



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

MARIA APARECIDA ALVES SOBREIRA CARVALHO

**FORTALECIMENTO DAS PESSOAS COM TRANSTORNOS
MENTAIS: A EXPERIÊNCIA DOS USUÁRIOS DO MOVIMENTO DE
SAÚDE MENTAL COMUNITÁRIA DO BOM JARDIM**

**FORTALEZA-CE
2010**

MARIA APARECIDA ALVES SOBREIRA CARVALHO

**FORTALECIMENTO DAS PESSOAS COM TRANSTORNOS
MENTAIS: A EXPERIÊNCIA DOS USUÁRIOS DO MOVIMENTO DE
SAÚDE MENTAL COMUNITÁRIA DO BOM JARDIM**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Verônica Moraes Ximenes

FORTALEZA-CE
2010

"Lecturis saltem"

Ficha Catalográfica elaborada por

Telma Regina Abreu Camboim – Bibliotecária – CRB-3/593

tregina@ufc.br

Biblioteca de Ciências Humanas – UFC

C325f

Carvalho, Maria Aparecida Alves Sobreira.

Fortalecimento das pessoas com transtornos mentais [manuscrito] : a experiência dos usuários do movimento de saúde mental comunitária do Bom Jardim / por Maria Aparecida Alves Sobreira Carvalho. – 2010.

128f. : il. ; 31 cm.

Cópia de computador (printout(s)).

Dissertação(Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Humanidades, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Fortaleza(CE), 16/12/2010.

Orientação: Profª. Drª. Verônica Moraes Ximenes.

Inclui bibliografia.

1-DOENTES MENTAIS – CUIDADO E TRATAMENTO – BOM JARDIM (FORTALEZA,CE).2-SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL COMUNITÁRIA – AVALIAÇÃO – BOM JARDIM(FORTALEZA,CE).3-PSIQUIATRIA – BRASIL. 4-REFORMA DO SISTEMA DE SAÚDE – BRASIL.5-MOVIMENTO DE SAÚDE MENTAL COMUNITÁRIA DO BOM JARDIM.I-Ximenes, Verônica Moraes, orientador.II-Universidade Federal do Ceará. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III-Título.

CDD(22ª ed.) 362.22098131

02/11

MARIA APARECIDA ALVES SOBREIRA CARVALHO

**FORTALECIMENTO DAS PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS: A
EXPERIÊNCIA DOS USUÁRIOS DO MOVIMENTO DE SAÚDE MENTAL
COMUNITÁRIA DO BOM JARDIM**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Aprovada em 16/12/2010.

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Verônica Moraes Ximenes (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará – UFC

Profa. Dra. Maria de Nazaré de Oliveira Fraga
Universidade Federal do Ceará – UFC

Profa. Dra. Magda Diniz Bezerra Dimenstein
Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN

AGRADECIMENTOS

Aos meus amores, Wagner, Alice e Amanda. Pelo incentivo e compreensão das minhas ausências.

Aos meus pais, Francisco e Alda, pelo amor incondicional e acolhimento no retorno à casa paterna.

Aos meus sogros, Nildo e Marlene, sempre atentos e cuidadosos.

Ao Movimento, por sua acolhida e disponibilidade, sempre tentando facilitar meu percurso. Obrigada pelos bons encontros.

Às pessoas que foram os sujeitos desta pesquisa, pelos ensinamentos que me fizeram repensar as perspectivas de trabalho em saúde mental.

À Verônica Moraes Ximenes que aceitou o desafio de ser minha orientadora assumindo a função com extrema competência, sensibilidade e amorosidade.

Ao Dr. Joab Soares, secretário de Saúde de Iguatu e Adianel Rosa Aoyama, gerente do CEDETRAN, por oportunizarem a realização deste mestrado.

À Sicília, amiga com quem compartilhei as dores e alegrias do mestrado.

Aos amigos do grupo de pesquisa, Liliane, Karynne, Andrea, Léo, Mariana, Natália, Jéssica, Karina, pelos conhecimentos e alegrias partilhadas.

À professora Maria Lúcia Bosi, pelo prazer de aprender com sua forma de fazer ciência. Alegre, ética, sempre reconhecendo o que cada um tem de melhor.

Às professoras, Maria de Nazaré de Oliveira Fraga e Magda Diniz Bezerra Dimenstein, pela disponibilidade e generosas contribuições a esta investigação.

À Luana, Gilza, Milena, Verônica e Ana Ignêz, que me acolheram no retorno a Fortaleza, onde retomamos o vínculo de amigas-irmãs.

Aos amigos da Escola de Saúde Pública, Socorrinha, Ney, Lili, Hidelbânia, Venceslau, Fátima, Joênia, Andrea e Alessandra, pelo carinho e compreensão nas minhas ausências do trabalho em virtude das atribuições do mestrado.

À Jacirene, grande incentivadora e amiga.

À Verinha que me fortaleceu na determinação de realizar um mestrado.

Às amigas-irmãs de Iguatu e comadres, Nalra e Danúsia, pelo carinho e atenção, sempre ao meu lado. São minhas fortalezas.

Aos amigos do Cedetran, Jesusete, Luciene, Valdelúcia e Elisabete, pela compreensão nas minhas ausências.

À Cleide que participou do cuidado das nossas filhas, Amanda e Alice.

RESUMO

Este estudo se inscreve no campo da avaliação qualitativa de serviços de saúde mental, tendo como objetivo compreender como as práticas de cuidado impactam no fortalecimento das pessoas com transtornos mentais acompanhadas pelo Movimento de Saúde Mental Comunitária do Bom Jardim em Fortaleza-Ce. Esta instituição é uma Organização Não-Governamental criada em 1996 pelos missionários combonianos e lideranças das Comunidades Eclesiais de Base, no município de Fortaleza-Ceará. Nesta experiência em saúde mental que nasce do movimento popular, emergem os questionamentos que norteiam esta investigação, pois encontro pessoas que entraram no Movimento com diagnóstico de transtorno mental e passaram do papel de usuário para o de cuidador. Para compreender esta mudança de lugar social no estatuto da loucura, utilizo os aportes da psicologia comunitária, Góis e Montero, e os pressupostos da Reforma Psiquiátrica brasileira, Amarante e Rotelli. Metodologicamente utilizo a perspectiva crítica da hermenêutica, em um estudo de caso do Movimento de Saúde Mental Comunitário do Bom Jardim. A aproximação do campo de pesquisa se deu no período de agosto de 2009 a março de 2010 e a aplicação das técnicas de pesquisa ocorreu nos meses de junho e julho de 2010. Os participantes da pesquisa foram 8 pessoas que entraram no Movimento com diagnóstico de transtorno mental e passaram para o papel de cuidadores e o presidente do Movimento de Saúde Mental Comunitária do Bom Jardim. Utilizei como técnicas de pesquisa o grupo focal, entrevista em profundidade e entrevistas mediadas pela autofotografia. Após a produção e transcrição dos dados, foi construída uma rede interpretativa com dois temas, fortalecimento das pessoas com transtorno mental e cuidado. Os resultados apontam que a participação das pessoas com transtornos mentais em uma diversidade de atividades de cuidado do Movimento favorecem o fortalecimento, ocorrendo a mudança das crenças sobre si mesmo, sobre o mundo, experimentando a coragem de fazer diferente, superando atitudes fatalistas que promovem a passividade, acomodação e desqualificação. Há o resgate do valor pessoal e poder pessoal, o desenvolvimento do sentimento de pertença à comunidade e a capacidade de refletir e agir sobre a realidade. O Movimento apresenta características inovadoras no cuidado em saúde mental, quando inaugura um novo espaço social para a loucura, por meio do voluntariado. No desenvolvimento desta atividade são diminuídos os sentimentos de isolamento, solidão, anomia e alienação, favorecendo novos espaços de trocas na comunidade. Outra característica inovadora no cuidado em saúde mental é a dimensão espiritual reconhecida no Movimento como uma ligação com o transcendente, em uma vivência mais livre da institucionalização, ligada aos processos de desenvolvimento pessoal, mediados pela profunda implicação com o Outro e com o desenvolvimento comunitário.

Palavras-chave: Cuidado. Reforma Psiquiátrica. Fortalecimento. Transtorno mental. Avaliação de serviços.

ABSTRACT

This study falls within the field of qualitative assessment of mental health services, aiming to understand how care practices impact on the empowerment of people with mental disorders accompanied by the Movement for Mental Health Community in Bom Jardim. This institution is an NGO established in 1996 by the Comboni Missionaries and leaders of the Basic Ecclesial Communities, in Fortaleza-Ce. During this experiment in mental health, which comes from the popular movement, I met people who took part in the movement with a diagnosis of mental disorder, who are now caretakers. To understand this change in the social status of madness, I used the contributions from the community psychology, Gois and Montero, and the assumptions of the Brazilian Psychiatric Reform, Amarante and Rotelli. The methodology used was the perspective of hermeneutics in a critical case study of the Community Mental Health Movement in Bom Jardim. The field study took place from August 2009 to March 2010 and the application of the instruments occurred during June and July 2010. The participants were eight people who took part in the movement with a diagnosis of mental disorder, and now work as caretakers, as well as the president of the Community Mental Health Movement in Bom Jardim. The instruments used were focus groups, depth interviews and interviews mediated by the autodescriptions. After the production and transcription of data, an interpretive network was constructed. It concerned two issues: empowerment of people with mental illness and caretaking. The results indicate that the participation of people with mental disorders in a variety of caretaking activities favor the strengthening of the movement, leading to a change in beliefs about oneself and the world, experiencing the courage to do things differently, overcoming fatalistic attitudes that promote passivity, accommodation and disqualification. There is the rescue of personal worth and personal power, developing a sense of community ownership and ability to reflect and act upon reality. The Movement presents innovative features in mental health care when it starts a new social space for madness, through volunteering. The development of this activity decreases isolation, loneliness, alienation and anomie, promoting new areas of trade in the community. Another innovative feature in mental health care is recognized in the spiritual dimension of the movement as a link with the transcendent, in a freer experience of institutionalization, linked to the process of personal development, mediated by the deep involvement with the Other and to community development.

Keywords: Care. Psychiatric Reform. Empowerment. Mental disorders. Evaluation of services.

LISTA DE QUADROS

1	Relação entre os objetivos específicos, suas categorias e subcategorias	26
2	Saúde Comunitária e modelo clínico tradicional	80

LISTA DE FOTOS

1	Foto 13. Jarbas: A entrada do Movimento, um recanto	42
2	Foto 15. Jarbas: minha família	45
3	Foto 01. Paulo: mãe maravilhosa	46
4	Foto 02. Paulo mãe maravilhosa	46
5	Foto 04. Paulo: meu pai	46
6	Foto 07. Paulo: meu pai	46
7	Foto 16. Jarbas: encontrar pessoas, resgate, caminhar sozinho	47
8	Foto 04. Jarbas: Casa de Aprendizagem	52
9	Foto 06. Paulo: um ajudando o outro	53
10	Foto 09. Jarbas: dificuldade e melhora	55
11	Foto 10. Jarbas: dificuldade, melhora e preconceito	55
12	Foto 08. Jarbas: uma coisa nova, mudança, quebra do paradigma médico	56
13	Foto 11. Jarbas: uma coisa nova, mudança, quebra do paradigma médico	56
14	Foto 08. Paulo: aqui mudou a minha vida	58
15	Foto 09. Paulo: natureza é vida, é amor, é compaixão, é tranquilidade	59
16	Foto 10. Paulo: natureza é vida, é amor, é compaixão, é tranquilidade	59
17	Foto 12. Jarbas: a Terapia Comunitária	60
18	Foto 01. Jarbas: almoço junto, grande família	61
19	Foto 03. Jarbas: recanto, descanso	62
20	Foto 11. Paulo: onde tudo começou: encontros com o padre Rino	64
21	Foto 12. Paulo: onde tudo começou: encontros com o padre Rino	64
22	Foto 07. Jarbas: um momento difícil	84
23	Foto 05. Paulo: a palhoça: onde tudo começou	84
24	Foto 05. Jarbas: a recepção do Movimento	85
25	Foto 06. Jarbas: a recepção do Movimento	85
26	Foto 13. Jarbas: A entrada no Movimento, um recanto	87
27	Foto 08. Paulo: aqui mudou a minha vida	87
28	Foto 02. Jarbas: Pessoas juntas, família, comunidade lutando por seus objetivos	98

SUMÁRIO

RESUMO	05
ABSTRACT	06
LISTA DE QUADROS E FOTOS	07
1 INTRODUÇÃO	09
2 O PROCESSO METODOLÓGICO	16
2.1 Tipo de Pesquisa	16
2.2 Caracterização do Local da Pesquisa	18
2.3 Os Sujeitos da Pesquisa	23
2.4 Procedimentos de Pesquisa	25
2.5 Interpretação do Material	31
2.6 Aspectos Éticos	32
3 FORTALECIMENTO: A EMERGÊNCIA DO SUJEITO INDIVIDUAL E COLETIVO	34
3.1 Fortalecimento: origem e definição	36
3.2 Fortalecimento e saúde mental	37
3.3 Categorias de análise do fortalecimento	41
3.3.1 Valor pessoal e poder pessoal	41
3.3.2 Sentimento de pertença à comunidade	44
3.3.3 Capacidade de refletir e agir sobre a realidade	48
3.3.4 Capacidade de desenvolver estratégias de mudança	51
3.3.5 Novas perspectivas de fortalecimento	54
3.3.5.1 Uso da medicação: uma possibilidade de escolha	54
3.3.5.2 Perspectiva Biocêntrica	57
3.3.5.3 Vinculação com a liderança	61
3.4 O curador ferido: as mudanças percebidas	65
4 CUIDADO EM SAÚDE MENTAL	70
4.1 Dimensão Teórico-Conceitual	71
4.1.1 Evolução do conceito de desinstitucionalização	71
4.1.2 Saúde Mental Comunitária	74
4.2 Dimensão Técnico-Assistencial	82
4.2.1 Chegada ao movimento	83
4.2.2 Práticas de cuidado	89
4.3 Dimensão Sociocultural	94
4.4 Dimensão Espiritual	96
4.5 Lógica Manicomial e a Biopolítica que se inscreve no cuidado	101
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	106
REFERÊNCIAS	111
APÊNDICES	120
ANEXO	125

1 INTRODUÇÃO

Este estudo se inscreve no campo da avaliação qualitativa de serviços de saúde mental, tendo como objeto o impacto das práticas de cuidado do Movimento de Saúde Mental Comunitário do Bom Jardim (Movimento) no fortalecimento das pessoas com transtornos mentais. O impacto é considerado no relato das mudanças ocorridas na vida das pessoas com transtornos mentais desde a sua participação no Movimento, reconhecendo mudanças de caráter individual (sentimentos, sensações, idéias e percepções) e de caráter coletivo (possibilidade de participar e influir nos espaços coletivos).

O Movimento de Saúde Mental Comunitário do Bom Jardim é uma ONG criada em 1996 pelos missionários combonianos¹ e lideranças das Comunidades Eclesiais de Base da região do Grande Bom Jardim em Fortaleza (CE), tendo como objetivo, segundo o Movimento (2010), favorecer o desenvolvimento, o aumento da consciência de si, o reconhecimento das potencialidades e da dignidade de cada um, tornando-os capazes de enfrentar as problemáticas advindas das situações de exclusão em que viviam.

Reconhecendo que toda investigação nasce das inquietações e da história do pesquisador, faz-se necessário contextualizar o interesse por este tema. No segundo ano da graduação em psicologia, em 1987, participei do Projeto de Psicologia Comunitária da Universidade Federal do Ceará, que posteriormente se organizou como Núcleo de Psicologia Comunitária (NUCOM). Coordenava, em conjunto com lideranças da comunidade, grupos de idosos na zona urbana de Fortaleza e posteriormente grupos de trabalhadores rurais no interior do Ceará. Experiência que me fez compreender a necessidade da participação política da população na mudança das situações de opressão e a possibilidade de superação do sentimento de impotência e fragilidade por meio de grupos organizados e cooperativos. Como fundamentação das atividades desenvolvidas, estudávamos a pedagogia da Libertação (Paulo Freire), a psicologia histórico-cultural (Vygotsky, Leontiev e Luria), a Psicologia Humanista (Carl Rogers) e o Sistema Biodança (Rolando Toro).

¹ 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 (MOVIMENTO DE SAÚDE MENTAL COMUNITÁRIO DO BOM JARDIM, 2010).

Pouco tempo depois da graduação, em 1991, fui convidada a trabalhar no município de Iguatu, que implantava o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), modelo de serviço que preconizava a Reforma Psiquiátrica brasileira na substituição do modelo hospitalocêntrico. No município de Iguatu, em 1991, foi implantado o primeiro CAPS do Nordeste, com uma equipe cheia de sonhos de poder organizar um serviço de saúde mental humanizado, onde a atenção desenvolvida pudesse impedir a internação de pacientes em hospitais psiquiátricos e promover uma atenção de maior qualidade às pessoas com transtornos mentais.

No desenvolvimento do trabalho nos deparamos com um grande número de pessoas em busca de atendimento, lotando todas as agendas de marcação, com aumento gradativo do fluxo de encaminhamentos de outros serviços que excedia a cota negociada. Havia grande pressão para um atendimento que se assemelhava ao serviço ambulatorial, em que a atenção era dirigida mais à doença do que à saúde mental.

O modelo médico emergia em meu trabalho na perspectiva do cuidado ligado à clínica da psicologia, mesmo notando o paradoxo com a experiência em psicologia comunitária. Mas o que fazer? Percebia que os usuários do serviço desenvolviam uma dependência, relatando a sensação de impotência nas vivências fora da instituição, medo do futuro e dificuldade de dar sentido à sua vida. As atividades se restringiam ao espaço do serviço e pouco se articulavam às redes sociais. Esse era um tema de constantes inquietações e discussões da equipe, mas não sabíamos como sair daquela forma de cuidado.

Em 2003, fiz o curso de especialização em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará, escolhendo como tema da monografia as ações de saúde mental realizadas por médicos e enfermeiros do Programa de Saúde da Família de Iguatu (Carvalho, 2003). Nos resultados, apareceram a lógica do encaminhamento, o medo de cuidar de quem tem uma experiência subjetiva diferente e a pressa em medicar. Dados que mostravam como o CAPS precisava se aproximar mais da Atenção Primária, qualificando um maior número de cuidadores, com uma maior articulação na rede social. Após 15 anos de trabalho no CAPS, fui transferida para a Escola de Saúde Pública de Iguatu (ESPI), tendo como desafio, junto com uma equipe interdisciplinar, a qualificação dos profissionais do SUS de 17 municípios da região, numa política de educação permanente. A realização do mestrado se tornou, então, fundamental nesta caminhada.

Ao entrar no mestrado em Psicologia da Universidade Federal do Ceará, em 2009, fui convidada a fazer parte do grupo de pesquisa que investiga “Práticas inovadoras e desinstitucionalização: analisando um movimento comunitário em saúde mental no nordeste

do Brasil”, que tem como objeto de estudo a experiência do Movimento. Este grupo é coordenado pela professora Dra. Maria Lúcia Magalhães Bosi e pela professora Dra. Verônica Moraes Ximenes, envolvendo alunos da graduação, mestrado e doutorado do Departamento de Saúde Comunitária e Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Ceará.

A pesquisa realizada tem como objetivo analisar a experiência do Movimento de Saúde Mental Comunitária do Bom Jardim, de maneira a compreender, com base na perspectiva de seus usuários, trabalhadores e coordenadores, em que medida as práticas implementadas se constituem como contribuição inovadora no sentido da qualidade do cuidado em saúde mental e na perspectiva de uma compreensão ampliada de desinstitucionalização. Esta dissertação intenta apreender um aspecto da pesquisa maior financiada pelo CNPq.

O Movimento realiza, desde 1996, ações que integram a saúde mental, a arte, a cultura, a educação e a profissionalização em âmbito local. Historicamente é herdeiro da tradição das Comunidades Eclesiais de Base (CEBs) e da atuação de missionários combonianos.

A organização do Movimento foi estruturada com a participação do padre Otorrino Bonvini, missionário italiano e psiquiatra e lideranças das CEBs que trabalhavam na comunidade do Bom Jardim. Em 1995, realizou um convênio com a Secretaria de Saúde de Fortaleza para criar o CAPS Comunitário do Bom Jardim, que atualmente é referência para a Regional V ². O Movimento define como missão o acolhimento do ser humano, respeitando suas dimensões bio-psico-sócio-espirituais, promovendo o desenvolvimento dos seus potenciais, através do resgate dos valores humanos e culturais, no sentido de favorecer a qualidade das relações pessoais, interpessoais e comunitárias para a promoção do dom da vida (MOVIMENTO DE SAÚDE MENTAL COMUNITÁRIO DO BOM JARDIM, 2009).

Ao me deparar com uma experiência em saúde mental que nasce do movimento popular, que parece ser diferente da que eu vivenciei no CAPS de Iguatu, emergem os questionamentos que norteiam esta investigação: As práticas de cuidado do Movimento favorecem o desenvolvimento do fortalecimento das pessoas com transtornos mentais? O que as pessoas com transtornos mentais apontam como fortalecimento? Que sentidos as pessoas com transtornos mentais atribuem às práticas de cuidado do Movimento em seu processo de

² A cidade de Fortaleza é dividida em Distritos de Saúde inseridos nas 6 Secretarias Executivas Regionais (SER), prestando assistência à população residente nos 84 bairros existentes e funcionando como instâncias executoras das políticas públicas municipais. O Movimento de Saúde Mental Comunitária do Bom Jardim realiza suas ações predominantemente na região do Grande Bom Jardim (GBJ), área que congrega cinco (5) bairros da periferia na Regional V.

fortalecimento? Como ocorreu a mudança do papel de usuário para o de cuidador? O Movimento traz inovações em relação às dimensões preconizadas pela Reforma Psiquiátrica Brasileira?

Apresento como pergunta de partida: como ocorreu o impacto das práticas de cuidado do Movimento no fortalecimento das pessoas com transtornos mentais que vivenciaram o papel de usuário e mudaram para o papel de cuidador? Como objetivo geral da pesquisa, busco compreender como as práticas de cuidado impactaram no fortalecimento das pessoas com transtornos mentais do MSMCBJ. Para alcançar este objetivo geral, delimito como objetivos específicos compreender os sentidos atribuídos ao processo de fortalecimento pelas pessoas com transtornos mentais do Movimento e analisar a relação entre o fortalecimento das pessoas com transtornos mentais e a participação nas práticas de cuidado do Movimento.

Apesar de vários avanços identificados na Reforma Psiquiátrica Brasileira, se observam nos serviços de saúde mental e na vida cotidiana o que Machado e Lavrador (2001) intitulam “desejos de manicômio” como desejos de dominar, de subjugar, de classificar, de hierarquizar, de oprimir e de controlar. Estes desejos atravessam o processo social e se fazem presentes nas práticas e concepções no campo da saúde mental. Autores como Amarante (2003); Dimenstein (2004); Amorim e Dimenstein (2009); Fraga, Souza e Braga (2006); Antunes e Queiroz (2007) colocam a necessidade de uma reflexão sobre o descompasso entre o discurso e as práticas da Reforma Psiquiátrica. Continuam presentes nos serviços de saúde mental novos estereótipos e formas de aprisionamento, sendo necessário compreender a loucura além da perspectiva biológica, reconhecendo suas bases no desenvolvimento histórico da sociedade.

A relevância de estudos na área de saúde mental decorre do crescente número de pessoas com transtornos mentais. Segundo a Organização Mundial de Saúde (Brasil, 2001), os transtornos mentais afetam de 20 a 25% de todas as pessoas do mundo, em algum momento da vida. Atualmente, estima-se que 450 milhões de pessoas apresentam transtornos dessa natureza, entre as quais 24 milhões com esquizofrenia e 70 milhões com dependência alcoólica. A perspectiva é que esses números venham a aumentar em consequência de profundas transformações sociais, por sua vez geradoras de tensões percebidas como insuportáveis pelos indivíduos.

O cuidado em saúde mental vem mudando de acordo com questões políticas, econômicas e institucionais (FOUCAULT, 1975). No Brasil, final da década de 1970, intensifica-se um movimento que questiona os modelos vigentes de cuidado às pessoas com

transtornos mentais, envolvendo trabalhadores, usuários de serviços, famílias e sociedade organizada, culminando na Reforma Psiquiátrica. Baseada na reforma psiquiátrica italiana, busca a desinstitucionalização da loucura através do dismantelamento de uma trama de saberes e práticas que supere o modelo médico assistencial baseado nos manicômios. Para efetivação deste modelo é editada a portaria 224/92, primeiro documento oficial a estabelecer critérios para credenciamento e financiamento de CAPS pelo SUS, favorecendo um aumento significativo de serviços. Regulamentou as equipes de saúde mental em unidades básicas de saúde, ambulatorios de saúde mental, Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), hospitais-dia e serviços de emergência em hospitais gerais (BRASIL, 2004).

Foucault (1975), ao abordar a constituição histórica da doença mental, pontua a necessidade de questionar como a cultura chegou a dar à doença o sentido do desvio, e ao doente um *status* de exclusão e como, apesar disso, a sociedade exprime-se em formas mórbidas nas quais recusa reconhecer-se. Assim, a história da loucura revela a partir do século XII um processo de exclusão, em que a cura do louco “significa reinculcar-lhe os sentimentos de dependência, humildade, culpa, reconhecimento que são a armadura moral da vida familiar” (FOUCAULT, 1975, p. 82).

O transtorno mental se concretiza num contexto sócio-histórico específico, em processo em que as atividades externas e funções interpessoais, transformam-se em atividades internas, intrapsicológicas. Atividades internas em que o sentido permite a emergência de processos de singularização em uma trama interacional histórica e culturalmente situada. Zanella (2004) e Barros et al. (2009) afirmam que Vygotsky relata a necessidade da psicologia passar a considerar o conceito de “sentido” em seu caráter dinâmico, complexo e instável da significação, onde a possibilidade de o sujeito atribuir sentidos diversos ao socialmente estabelecido demarca a sua condição de autor. Este poder de atribuir sentidos foi subtraído historicamente quando os loucos tiveram seus direitos civis cassados, a fala destituída por “não ter sentido” e as relações ameaçadas pela exclusão no manicômio.

Abordar o processo de fortalecimento das pessoas com transtornos mentais do Movimento faz parte do problema central desta investigação, adotando o conceito de fortalecimento, definido por Montero (2003, p. 72) como:

o processo mediante o qual os membros de uma comunidade (indivíduos interessados e grupos organizados) 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.

Este processo tem relação com um sentido de competência pessoal e vontade de atuar no espaço público, sendo fundamental no processo de desenvolvimento da saúde mental. Favorece relações de cuidado consigo, com o outro e com seu entorno, quando estimula a participação, autonomia das pessoas e dos grupos na busca da transformação de si mesmo e da sua realidade.

O fortalecimento também se aproxima de outros conceitos como *empowerment*, potenciação, empoderamento, apoderamento, autonomia e cidadania por defenderem uma linha de trabalho que favorece o desenvolvimento das pessoas a partir da participação, do fomento às suas potencialidades, buscando superar as abordagens assistencialistas.

Escolhi o termo fortalecimento definido por Montero (2003) por ser um conceito que advém da práxis da psicologia comunitária da América Latina, dessa forma se aproximando da nossa realidade histórica; por superar a confusão de alguns termos que apresentam o prefixo *em* como *em* (poderar) e *em* (powerment) que podem dar a idéia de atribuir a noção de poder como algo vindo de fora do indivíduo ou de sua comunidade ou da presença de um outro implícito que autoriza ou dota de poder alguém; e por fim, por refletir melhor a prática de cuidado em saúde mental que desejamos significar.

Considero nesta investigação a definição de cuidado como um campo que engloba “um conjunto de saberes e práticas que, contemporaneamente, vem sendo imbuído de novos sentidos e enunciados, constituindo-se, assim, em território interdisciplinar sob o signo da multiplicidade” (DUARTE, 2004, p.155). É definido como um campo que objetiva relações de acolhimento, vínculo, escuta e compromisso ético-político com os usuários, dirigindo a organização do trabalho para a elaboração de projetos terapêuticos que promovam a emergência do sujeito. É importante salientar que abordamos o cuidado em uma perspectiva ético-política e técnica, não o circunscrevendo apenas às questões relacionais.

A literatura sobre este tema no campo social, da saúde e da saúde mental, apresenta diferentes visões e sentidos, com diversas perspectivas ideológicas e políticas. Discute, em sua maioria, abordagens e estratégias voltadas para o trabalho do profissional, para que desenvolva um papel mais ativo no fomento à participação dos usuários nos serviços. Outras vertentes privilegiam os processos de subjetivação que se forjam na construção da autonomia das pessoas com transtornos mentais. Dentre estes autores se destaca Vasconcelos (2003) que investiga perspectivas mais autonomistas de empoderamento de grupos sociais submetidos a processos de opressão e discriminação, com ênfase nas pessoas com transtornos mentais.

Diante dos estudos revisados neste campo, esta pesquisa inova ao avaliar um serviço de saúde mental a partir da perspectiva das pessoas com transtornos mentais que passaram do papel de usuários para o de cuidador em um serviço de saúde mental, configurando novas relações de poder, resistente à normatização imposta ao usual papel de paciente.

A relevância desta pesquisa está na possibilidade de instrumentalizar os serviços de saúde mental na avaliação de suas práticas de cuidado, tendo o fortalecimento das pessoas com transtornos mentais um aspecto importante neste processo. Outro aspecto é a necessidade de crescimento na área da saúde mental de uma psicologia libertadora que forneça indícios para uma política de saúde mental integrada à comunidade em suas interfaces, capaz de produzir impactos reais na cultura e na qualidade da atenção à saúde mental, enfrentando, assim, o desafio de fortalecer uma rede de atenção à saúde mental com características mais participativa, democrática e crítica.

A organização desta investigação está dividida em capítulos, iniciando pelo Processo Metodológico, onde adoto a abordagem qualitativa, na perspectiva da hermenêutica crítica, por permitir tanto uma aproximação com a realidade investigada, quanto o desvelar dos sentidos do fortalecimento das pessoas com transtorno mentais nas práticas de cuidado do Movimento.

Nos capítulos teóricos, apresento também a discussão dos resultados encontrados, tentando imbricar a teoria com a vivência das pessoas com transtornos mentais. Neste intento, a teoria ganha novos matizes, pois se aproxima da realidade estudada. Neste processo pude reconhecer as limitações da minha base teórica inicial e buscar outras que subsidiaram as descobertas do campo de pesquisa. O terceiro capítulo Fortalecimento: a emergência do sujeito individual e coletivo aborda a noção de sujeito como protagonista do processo de fortalecimento, a origem deste conceito, sua relação com o campo da saúde mental e suas categorias de análise. Apresento esta discussão aliada à rede interpretativa deste tema, tendo por base os subtemas: o acolhimento, a vivência de novos papéis e o curador ferido.

No quarto capítulo, Cuidado em saúde mental, direciono a compreensão do cuidado realizado no Movimento, adotando como parâmetro as dimensões da Reforma Psiquiátrica brasileira e os subtemas da rede interpretativa: a chegada ao Movimento, as Práticas de Cuidado e Saúde Mental Comunitária.

Sabendo das limitações de uma dissertação e de seu caráter processual, nas Considerações Finais retomo o objetivo desta pesquisa e apresento os resultados na perspectiva de um caminho que tece arremates e se abre para outras investigações.

2 O PROCESSO METODOLÓGICO

Descrevo o percurso metodológico para que fique claro o caminho percorrido e a busca de coerência com os objetivos elencados. Descrevo o tipo de pesquisa, a caracterização do campo da pesquisa, os sujeitos, a escolha dos instrumentos, a forma como interpretei o material e uma pequena discussão sobre os aspectos éticos.

A metodologia escolhida neste estudo está no campo da pesquisa qualitativa, tendo como objeto o impacto das práticas de cuidado no fortalecimento das pessoas com transtornos mentais do Movimento de Saúde Mental Comunitária do Bom Jardim. Busco olhar a produção da subjetividade dos sujeitos implicados, suas histórias, lutas, valores, dores, sentimentos e percepções.

2.1 Tipo de Pesquisa

Nos diversos enfoques existentes de pesquisa qualitativa, percorro uma perspectiva crítica definida por Bosi e Mercado (2007, p.58) como a que busca:

desvelar o sentido das experiências humanas, reconhecendo, contudo, que o sofrimento, a dor, a angústia e qualquer processo de significação são também (mas não somente) produto e manifestação das condições objetivas e estruturais em que vivem os coletivos humanos. Em consequência, a disponibilidade, o uso e avaliação dos recursos de atenção à enfermidade, quaisquer que sejam, deverão ser entendidos a partir da dimensão simbólica referida ao contexto material e social que os rodeiam.

A perspectiva crítica da hermenêutica tem como fundamento Gadamer que, segundo Minayo (2008), trabalha com a comunicação da vida cotidiana e do senso comum, dentro dos pressupostos de que o ser humano é histórico e finito complementando-se por meio da comunicação; sua linguagem é limitada, ocupando um ponto no tempo e no espaço; por isso, é preciso compreender também seu contexto e sua cultura.

Do ponto de vista metodológico, a abordagem hermenêutica se encaminha dentro dos parâmetros:

a) busca esclarecer o contexto dos diferentes atores e das propostas que produzem; b) acredita que existe um teor de racionalidade e de responsabilidade nas diferentes linguagens que servem como veículo de comunicação; c) coloca os fatos, os relatos e as observações no contexto dos atores; d) assume seu papel de julgar e tomar posição sobre o que ouve, observa e compartilha; e e) produz um relato dos fatos em que os diferentes atores se sintam contemplados (MINAYO, 2008, p. 167).

Outra característica desta pesquisa é seu caráter exploratório, definido por Piovesan e Temporini (1995) como um estudo que tem por finalidade conhecer a variável de estudo tal como se apresenta, seu significado e o contexto onde ela se insere. Pressupõe-se que o comportamento humano é melhor compreendido no contexto social onde ocorre. Faço um estudo de caso do Movimento, que Gil (2007) caracteriza como um estudo profundo e exaustivo de um ou de poucos objetos, de maneira a permitir o seu conhecimento amplo e detalhado. Ressalta que o investigador deve redobrar os cuidados no planejamento, coleta e análise dos dados para que assuma um rigor, já que os procedimentos metodológicos não são rígidos como os experimentos e levantamentos.

Neste estudo de caso analiso o processo de pessoas que “passaram por um momento pessoal de crise, superaram a crise e vieram trabalhar a serviço da comunidade” (MOVIMENTO DE SAÚDE MENTAL COMUNITÁRIO DO BOM JARDIM, 2009). Busco compreender o processo de fortalecimento das pessoas com transtorno mental que entraram nas atividades de cuidado do Movimento e hoje desenvolvem atividades de cuidado. Ao buscar este estatuto de compreensão e explicação do objeto, não pretendo generalizar os achados encontrados, mas compreender profundamente como se organiza e é significada esta experiência.

A aproximação deste espaço de pesquisa desafiou muitos conceitos estabelecidos, inclusive meu processo de autocuidado. No período de agosto de 2009 a março de 2010, participei de atividades no Movimento, realizei entrevistas exploratórias, conversei com as pessoas, estive presente no campo. Registrei algumas destas atividades no diário de campo (Apêndice A).

Nas atividades de que participei, sempre havia um momento de relaxamento, integração com o grupo e autorreflexão, onde questionavam o que estávamos fazendo com a nossa história, do cuidado com a nossa existência. Este questionamento é explicitado pela hermenêutica, quando Gadamer (2006, p. 12) afirma: “sem uma prévia compreensão de si, que é neste sentido um preconceito, e sem a disposição para uma autocrítica, que é igualmente fundada na autocompreensão, a compreensão histórica não seria possível nem teria sentido”. Portanto, conhecer a história do outro é também explicar a minha própria história, pois na compreensão hermenêutica o pesquisador, ao se encontrar de forma profunda com o outro, é “capaz de aprender com minha natureza e os meus limites” (GADAMER, 2006, p. 13).

2.2 Caracterização do Local da Pesquisa

Esta pesquisa foi realizada no município de Fortaleza, capital do Estado do Ceará, com população estimada de 2.431.415 habitantes, sendo que 1.001.369 são do sexo masculino e 1.430.046 do sexo feminino (IBGE, 2007). Fortaleza se subdivide em 06 Distritos de Saúde inseridos nas 06 Secretarias Executivas Regionais (SER), prestando assistência à população residente nos 84 bairros existentes e funcionando como instâncias executoras das políticas públicas municipais.

Mais precisamente, desenvolvi a pesquisa no Movimento de Saúde Mental do Bom Jardim, uma ONG situada no Grande Bom Jardim, uma das regiões mais populosas de Fortaleza. Está localizada no sudoeste da capital e conta com uma população estimada de 220 mil habitantes. Segundo Ribeiro (2008), grande parte dessa população enfrenta 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. A região é formada pelos bairros: Bom Jardim, Canindezinho, Granja Lisboa, Granja Portugal e Siqueira. Outras comunidades também compõem o Grande Bom Jardim, como Parque Santo Amaro, Jardim Jatobá, Parque Jary, Parque São João, Parque Nazaré, Jerusalém, Parque São Vicente, Nossa Senhora Aparecida, Belém, Santa Cecília, Valverde, Nova Canudos, Granja Lisboa e Palmares.

O Movimento iniciou suas atividades em 1996 (MOVIMENTO DE SAÚDE MENTAL COMUNITÁRIO DO BOM JARDIM, 2007) sob a coordenação do Padre Ottorino Bonvini, padre Rino, como é usualmente chamado, e de algumas lideranças das CEBs. Iniciaram com criação de espaços de escuta e de acompanhamento terapêutico para famílias em situação de risco, em um trabalho voluntário. A população vivia em estado de extrema pobreza, marcada pela marginalização social, convivia com a falta de recursos básicos, com um baixo desenvolvimento escolar, desemprego, falta de perspectivas e baixa estima. Com o passar do tempo, o grupo de voluntários sentiu a necessidade de se organizar e em março de 1998 fundou o Movimento de Saúde Mental Comunitária do Bom Jardim. Como primeiro passo, o Movimento preparou profissionais para o atendimento à comunidade, e em parceria com a Universidade Federal do Ceará formou um grupo de terapeutas comunitários para atuar na região.

O Movimento inicia com os grupos de terapia comunitária e amplia suas atividades a partir da escuta das necessidades da comunidade, estruturando diversas atividades

e projetos (MOVIMENTO DE SAÚDE MENTAL COMUNITÁRIO DO BOM JARDIM, 2007). Para maior compreensão da diversidade de ações do Movimento, caracterizarei cada projeto e ação desenvolvida:

- Terapia da Autoestima: desenvolvida desde 1996, é um instrumento de resgate da cidadania ativa, fortalecimento da autonomia, dignidade e sabedoria de cada ser. É baseada na Abordagem Sistêmica Comunitária e nos elementos da abordagem transpessoal, sendo realizada com crianças, adolescentes e adultos da comunidade. Vivenciar a autoestima é trazer o ser humano para assumir o seu lugar, reconectando as raízes com a mãe-terra, com o universo, com o sistema familiar e com a comunidade. Por meio do processo orgânico de suas técnicas, dinâmicas e partilhas, prioriza o acolhimento do ser para o despertar do seu potencial criativo de forma lúdica e participativa;
- Terapia Comunitária (TC) é a porta de entrada do Movimento, onde as pessoas são acolhidas e partilham suas dificuldades e alegrias. Juntas, tentam encontrar a solução para os problemas ou aprendem a melhor forma de conviver com eles. Utiliza-se a Abordagem Sistêmica Comunitária, baseada no princípio da circularidade, no qual não existem vítimas e perseguidores, pois todos são co-responsáveis. Existe no Bom Jardim uma rede de mais de 20 grupos, acolhendo aproximadamente 500 pessoas por mês;
- Centro de Aprendizagem do Bom Jardim (CABJ): nasceu em 1996 a partir da necessidade de jovens oriundos da escola pública que desejavam realizar as provas do vestibular. Esses mesmos jovens tomaram a iniciativa de organizar um espaço para aulas noturnas. A ideia era fazer dessas aulas um reforço e espaço para tirar dúvidas, além de acrescentar os conteúdos ainda não vistos na escola, direcionados para as provas. O primeiro passo foi mapear dentro do bairro pessoas que já estivessem cursando uma faculdade, que dispusessem de tempo para ajudar a quem ainda estava buscando uma vaga na universidade. O projeto hoje conta com voluntários de outros bairros e pessoas que já passaram no vestibular e voltaram para dar aulas;
- Projeto “Sim à Vida, Não às Drogas”, desde 1998 desenvolve um conjunto de ações com crianças e adolescentes de 7 a 14 anos, com o objetivo de preveni-las da dependência química. Utiliza-se da arte e cultura, efetivando o Estatuto da Criança e do Adolescente, construindo e reelaborando conjuntamente com os acolhidos a

consciência sobre seus direitos e deveres. Faz parte de um projeto de extensão da Universidade Federal do Ceará (UFC);

- Biodança: é um sistema que promove o desenvolvimento humano, utilizando a música, o movimento e a vivência para integração consigo, com o outro e com a totalidade. Utilizada no Movimento há mais de 10 anos, vem gerando nos participantes a alegria de viver, contribuindo para a melhoria nas relações pessoais, familiares e comunitárias. O Movimento tem parceria com a Escola de Biodança do Ceará (EBC), com bolsas para a comunidade e participação de estagiários e voluntários nos grupos;
- Casa de Aprendizagem Ezequiel Ramin: a partir de 2001 vários adolescentes que participavam do projeto "Sim à Vida, Não às Drogas" não puderam mais continuar por estarem fora da faixa etária do mesmo. O fato de completarem 15 anos impossibilitava aos jovens continuarem vivenciando um rico processo de aprendizagem e transformação em suas vidas. Para preencher este vazio, foi criada a Casa de Aprendizagem Ezequiel Ramin, o que viabilizou a continuidade do acompanhamento dos jovens através dos diversos cursos nas áreas de artesanato, informática, vendas, línguas (italiano), pequenos negócios, cursos de garçom e garçonete e serviços domésticos. 40 jovens conseguiram retirar sua carteira de habilitação nas categorias A e B, a partir de um projeto realizado em parceria pelo Movimento, o Colégio Santa Cecília e a AutoEscola Líder. Em um dos projetos desenvolvidos, Mulheres em Ação, 50 mulheres chefes de famílias e vítimas de algum tipo de violência (sexual, física e/ou psicológica) participaram de vivências para potencialização dos valores humanos e equilíbrio da autoestima, além de terem feito curso básico de informática e formação na área de serviços domésticos, visando à geração de renda. Durante os cursos de profissionalização, eles/as discutem os problemas sociais que vivenciam em suas comunidades, de forma criativa e crítica;
- Horta Comunitária: proporciona à comunidade o contato com a terra, resgatando suas raízes culturais, estimulando a comunhão entre a natureza e o ser humano, assumindo uma perspectiva pedagógica transformadora. Partindo dos saberes trazidos por essas pessoas, busca-se desenvolver habilidades no trato com a terra, possibilitando a geração de renda. Na horta são cultivadas verduras e plantas medicinais, envolvendo diversos voluntários, entre os quais, usuários do Centro de Atenção Psicossocial Comunitário do Bom Jardim (CAPS), com os quais são desenvolvidas atividades de terapia ocupacional. Fazem parte também da horta pessoas que cumprem pena

alternativa, por meio de parceria com o Setor de Penas Alternativas do Fórum Clóvis Beviláqua;

- PETI- Programa de Erradicação do Trabalho Infantil: o Movimento acolhe desde 2004 uma jornada ampliada do PETI, que corresponde ao atendimento de 100 crianças e adolescentes de 7 a 16 anos. Tem como objetivo contribuir para erradicação de trabalho infantil no Brasil por meio de duas ações articuladas: serviço socioeducativo ofertado a crianças e adolescentes afastados do trabalho precoce e transferência de renda para as famílias. Os beneficiados são antigos catadores de resíduos para reciclagem, vendedores em sinais e terminais, engraxates e trabalhadores domésticos.
- Centro de Atenção Psicossocial Comunitário do Bom Jardim (CAPS) foi criado em 2005 pela Prefeitura Municipal de Fortaleza, funcionando em co-gestão com o Movimento. É um dispositivo de tratamento e reinserção social de pessoas com transtornos mentais mais severos e persistentes, procurando oferecer aos seus usuários um leque de atividades, cuidados personalizados, comunitários e promotores de vida.
- Ponto de Cultura Casa AME (Arte, Música e Espetáculo) Dom Franco Masserdotti, inaugurado em janeiro de 2006, tem como proposta acolher as pessoas que tenham sensibilidade, gosto e prazer pela Arte, Música e Espetáculo. O objetivo da Casa é também proporcionar às comunidades do Grande Bom Jardim um espaço de encontro, escuta, cidadania, lazer e cultura, através das oficinas de teclado, violão, bateria, piano, flauta, percussão, cartões orgânicos, pintura, mosaico e teatro. Por meio da Arte-terapia, favorece crianças, adolescentes, jovens e mulheres da comunidade, além dos usuários do CAPS Comunitário do Bom Jardim. Através da arte, eles passam a expressar e compreender as situações vivenciadas, adquirem informações e a partir daí podem intervir na realidade com mais segurança, em busca da conquista de sua cidadania. O Movimento, através da Casa AME (Arte, Música e Espetáculo), foi selecionado pelo Ministério da Cultura (MinC) em 2008, como Ponto de Cultura;
- Massoterapia: é uma prática milenar de cura e restauração da saúde que promove o bem-estar pessoal. No Movimento são utilizadas técnicas de massagem relaxante, Shantala, Shiatsu, Reflexologia, entre outras, que proporcionam efeitos terapêuticos de relaxamento. A equipe de massoterapeutas é composta por moradores do Bom Jardim e voluntários locais, nacionais e internacionais;
- Formação: O Movimento oferece várias formações que têm por base a Abordagem Sistêmica Comunitária, fundamentada na co-responsabilidade, autonomia e

valorização de si, do outro e da comunidade. São oferecidos cursos de Terapia Comunitária, Massoterapia, Abordagem Sistêmica Comunitária, Prevenção da Dependência Química, Eneagrama, Relações Humanas, Constelação Familiar, Autoestima, Saúde Mental. Como Pólo formador integra a Associação Brasileira de Terapia Comunitária (Abratecom). Em parceria com a Universidade Federal do Ceará (UFC), são realizadas aulas do curso de especialização em Terapia Familiar, e estudantes do curso de Medicina participaram de atividades didáticas nos espaços do Movimento; com a Universidade Estadual do Ceará (UECE) são realizadas aulas do curso de especialização em Saúde Mental no Movimento; com a Residência de Psiquiatria do Hospital de Messejana é oferecida supervisão para os estudantes do curso de especialização em psiquiatria, e com o Instituto Teológico Pastoral (ITEP) é realizado o curso de Terapia Familiar.

- Telecentro Comunitário do Bom Jardim: é um espaço público equipado com computadores conectados à internet em banda larga, onde são realizadas atividades, por meio do uso das Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs). O objetivo desse projeto é promover o desenvolvimento social e econômico da comunidade, reduzindo a exclusão social, digital e criando oportunidades de emprego.

Esta diversidade de práticas faz parte do modelo teórico criado pelo Movimento que se denomina Abordagem Sistêmica Comunitária que foi apresentada oficialmente na sede da OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde) em Washington (EUA) em julho de 2008. Neste evento, a OPAS indicou o Movimento como um dos modelos de referência para a possível expansão na América Latina de ações de Saúde Mental Comunitária. A Abordagem Sistêmica Comunitária foi reconhecida como Tecnologia Social na premiação da Fundação Banco do Brasil, edição 2009³. Na definição do Movimento, esta abordagem (MOVIMENTO DE SAÚDE MENTAL COMUNITÁRIO BOM JARDIM, 2009, p.7):

reúne uma série de técnicas para o desenvolvimento de uma terapia de múltiplo impacto, tais como: Terapia Comunitária, a Terapia da Respiração, a Constelação Familiar, a Biodança, a Massoterapia entre outras terapias complementares para o resgate da auto-estima e a promoção da vida. Na perspectiva sistêmica bio-psico-sócio-espiritual, a ação terapêutica abrange as várias dimensões do ser humano oferecendo espaços de formação, de geração de emprego e renda, de prevenção da

³ O Movimento foi um dos finalistas do Prêmio da Fundação Banco do Brasil de Tecnologia Social. O prêmio é realizado a cada dois anos e reconhece iniciativas sociais que garantem melhores condições de vida para muitos brasileiros, por meio da valorização da vida, da cidadania, da igualdade de direitos e do espírito solidário, representando possibilidades reais de transformação social. O Banco de Tecnologias Sociais está localizado no site www.fundacaobancodobrasil.org.br.

dependência química, de preparação universitária, e participação sócio-política no respeito das diferenças culturais e subjetivas, facilitando o processo de empoderamento da comunidade como uma ação conectada a um senso de responsabilidade pelo trabalho, pela aquisição de autoconhecimento e pela capacidade de produzir mudanças.

Uma característica importante que é ressaltada pelo Movimento é a mística, que tem raiz profunda nos ideais do italiano Daniel Comboni, fundador da ordem dos padres combonianos, que realizou um trabalho de evangelização revolucionário na África, reconhecendo os povos africanos como sujeitos do seu próprio resgate. O Movimento afirma que sua organização foi fundada na compreensão de que a revolução do futuro não será só uma mudança ideológica, econômica ou política, mas será uma mudança da qualidade das relações do ser humano consigo mesmo, o próximo e o transcendente. Continuamente, nos documentos do Movimento (MOVIMENTO DE SAÚDE MENTAL COMUNITÁRIO DO BOM JARDIM, 2005, 2006, 2007, 2009) é ressaltada a capacidade das pessoas de enfrentarem seus problemas, o desenvolvimento da cidadania e a superação da condição de vítima.

2.3 Os Sujeitos da Pesquisa

Sabendo que, na tradição qualitativa, o interesse não é na quantidade de sujeitos, mas na qualidade das informações ante o objeto a ser desvelado, os sujeitos deste estudo foram 8 pessoas que entraram no Movimento como usuários e hoje estão assumindo alguma atividade de cuidado e o presidente do Movimento, padre Rino. As 8 pessoas foram selecionadas de acordo com os seguintes critérios:

- ✓ Ter entrado no Movimento como usuário, com diagnóstico de transtorno mental;
- ✓ Ter no mínimo 1 ano de vinculação ao Movimento como facilitador de atividade de cuidado, por acreditar que neste período a pessoa tenha maior familiaridade com as práticas de cuidado do Movimento, podendo discorrer sobre o mesmo;
- ✓ Ter idade mínima de 18 anos – para poder se responsabilizar por seu discurso;
- ✓ Poder comparecer no dia marcado para realização do Grupo Focal, tendo em vista a grande quantidade de atribuições destas pessoas e a dificuldade de marcar uma data propícia aos envolvidos na pesquisa;
- ✓ Declarar sua anuência ao estudo após ciência do termo de consentimento livre e esclarecido.

O presidente do Movimento está como sujeito deste estudo por ter participado da estruturação de todas as atividades de cuidado do Movimento, sendo um informante-chave para que eu pudesse compreender a dinâmica da instituição, seus pressupostos teóricos e metodológicos. Para identificação das pessoas que entraram no Movimento como usuários e estão como cuidadores, dentro dos critérios elencados acima, foi solicitado ao padre Rino, que é psiquiatra, presidente do Movimento e realiza atendimentos psiquiátricos no Movimento, para construir uma relação de possíveis participantes deste estudo. Diante desta solicitação por telefone, ele me convidou para um almoço em sua casa, no dia 8 de março de 2010, para que pudéssemos discutir a pesquisa. Neste almoço estavam presentes 15 pessoas, entre coordenadores do Movimento e funcionários do setor administrativo. Após a refeição ele chamou a atenção de todos e pediu que eu explicasse o que desejava pesquisar. Quando relatei, ele foi indagando aos presentes sobre as pessoas que entraram no Movimento com transtorno mental. Começaram a lembrar de vários nomes, a lista foi crescendo muito, quando pontuei que estas pessoas precisavam estar realizando atividades de cuidado e ainda ligadas ao Movimento, para que eu pudesse ter um acesso mais fácil.

Os participantes do almoço falaram de inúmeras pessoas que passaram pelo Movimento e estavam em outros bairros ou cidades realizando trabalhos sociais, inclusive muitos padres e freiras. Alguns dos presentes se incluíram na lista, falando de forma espontânea, de como entraram nas atividades de cuidado do Movimento. Padre Rino sugeriu que eu perguntasse a estas pessoas da lista qual era o diagnóstico delas, pois todas foram informadas e poderiam conversar sobre isto. Eu pedi que ele apontasse o diagnóstico de cada um, já que era uma prerrogativa do médico. Esta relação de pessoas que entraram no Movimento com diagnóstico de transtorno mental e hoje são cuidadores, estão listadas no Apêndice A. Foram indicados nomes fictícios para resguardar a confidencialidade, permanecendo a indicação das atividades de cuidado realizadas por cada um. A relação construída coletivamente, de acordo com os critérios elencados para inclusão nesta pesquisa, se restringiu a 21 pessoas. Esta forma de lidar com o diagnóstico e suas definições normativas me surpreendeu, pois padre Rino agiu de forma contrária a muitos psiquiatras, que trazem unicamente para si a responsabilidade da normatização, sem pactuar, dividir ou disponibilizar abertamente informações.

Das 21 pessoas relacionadas, 8 se encontraram dentro dos critérios elencados para participação nesta pesquisa. Ao convidar as pessoas, notei grande receptividade, quando demonstravam o desejo de poder ajudar o Movimento, mas observei ainda dificuldade de encontrar uma data que pudesse conciliar o momento do grupo focal com a agenda deles. O

convite era feito pessoalmente e em alguns casos pelo telefone, quando não conseguia localizar a pessoa no período em que eu podia ir ao Movimento. O nome fictício destas pessoas foi escolhido por cada um destes sujeitos.

2.4 Procedimentos de Pesquisa

No desenvolvimento da pesquisa utilizei como técnicas: 1 sessão de grupo focal e 2 entrevistas mediadas pela autofotografia com as 8 pessoas que entraram no Movimento como usuários e mudaram para o papel de cuidadores e 1 entrevista em profundidade com o padre Rino, presidente do Movimento. Ressalto que esta entrevista com o padre Rino foi coordenada pela professora Maria Lúcia Bosi, fazendo parte da pesquisa maior “Práticas inovadoras e desinstitucionalização: analisando um movimento comunitário em saúde mental no nordeste do Brasil” da qual esta dissertação se origina.

A escolha das técnicas de pesquisa foi realizada posteriormente ao conhecimento do campo de estudo. A aproximação do Movimento foi iniciada com almoço na casa do padre Rino em março de 2009, onde vários participantes da pesquisa, referidos na introdução, compareceram para um primeiro momento de apresentação e escuta sobre a organização e funcionamento da instituição. Nesta visita, se destacaram vários aspectos do ambiente e das pessoas: o espaço colorido, verde e bem cuidado; a presença de vários animais na casa; a partilha de um almoço em que pessoas de outras nacionalidades faziam parte; a oração conjunta antes do almoço em que as pessoas se deram as mãos e agradeceram o alimento; o abraço e o sorriso na recepção. Apesar de tantos componentes positivos, me senti deslocada. Local estranho, grupo que eu não conhecia, mas com o qual acabava de estabelecer um vínculo formal. Continuamente tinha que repetir o meu nome, pois era a “moça do mestrado”.

A aproximação do cotidiano do Movimento aconteceu por meio de visitas sistemáticas às diversas atividades, as quais registrei no diário de campo. Este é um recurso da etnometodologia que consiste em estudar e analisar as atividades cotidianas dos membros de uma comunidade, procurando descobrir a forma como eles as tornam visíveis, racionais e reportáveis, ou seja, como eles as consideram válidas (HAGUETTI, 2005). É a oportunidade de conhecer o que é a realidade e como ela se configura para os nossos informantes. Também é ocasião para interagir, abrindo possibilidades para uma escuta empática e compreensiva da história das pessoas, buscando reduzir o peso agregado à função de pesquisador externo à realidade dos informantes.

Para Montero (2006), o diário de campo tem como características: descrições detalhadas e extensas; não segue necessariamente uma ordem cronológica, podendo estar organizado por temas, problemas de investigação, características teóricas ou metodológicas; é um instrumento que pode chegar a ser publicado; combina rigorosas observações de campo com análises e interpretações relacionadas com as bases teóricas escolhidas; deve relatar como se chega a certas ideias, como se desenvolvem suas análises e interpretações, como superou e aprendeu com seus erros e acertos; e, por fim, deve ser escrito ao final da jornada de trabalho, com cuidado, narrando o que foi observado, impressões a partir das notas de campo, dos materiais secundários e das técnicas para obter os dados (entrevistas, participação em atividades, grupos focais etc). A citação do diário de campo nesta investigação é codificada pelas iniciais DC e a data de realização da atividade indicando dia, mês e ano, por exemplo: DC 30.11.2009. Aos poucos, quando comecei a participar das atividades, as pessoas começaram a me chamar pelo nome, perguntar como ia a pesquisa ou indicar outras atividades. A partir dessas aproximações, determinei os critérios de inclusão dos sujeitos na pesquisa e escolhi algumas técnicas que favoreceriam uma aproximação do meu objeto. De acordo com os objetivos específicos, organizei no Quadro 1 uma síntese das categorias e subcategorias que fazem parte da construção dos instrumentos:

Quadro 1: Relação entre os objetivos específicos, suas categorias e subcategorias

OBJETIVOS	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
1. Compreender os sentidos atribuídos ao processo de fortalecimento das pessoas com transtornos mentais do MSMCBJ	• Sentido de fortalecimento • Transtorno mental	1.1. Valor pessoal 1.2. Poder pessoal 1.3. Sentimento de pertencimento à comunidade 1.4. Participação em atividades comunitárias 1.5. Sentido do transtorno mental em sua vida
2. Analisar a relação entre o fortalecimento das pessoas com transtornos mentais e a participação nas práticas de cuidado do MSMCBJ	• Práticas de cuidado do MSMCBJ • Fortalecimento	2.1. Mudanças na vida, de caráter individual (sentimentos, sensações, ideias e percepções) após a participação no Movimento; 2.2. Mudanças na vida, de caráter coletivo (participação em espaços coletivos) após a participação no Movimento; 2.3. Existência do transtorno mental: limitações e possibilidades.

Fonte: Elaborado pela autora.

Para alcançar o primeiro objetivo “Compreender os sentidos atribuídos ao processo de fortalecimento das pessoas com transtornos mentais do MSMCBJ”, foram utilizadas como técnicas de pesquisa, uma sessão de grupo focal com 8 pessoas e 2 entrevistas mediadas pela autofotografia. Para iniciar a aplicação das técnicas de pesquisa, solicitei que uma das coordenadoras do Movimento e participante do grupo focal, me ajudasse na seleção do dia e local mais adequados para o grupo focal e as entrevistas. Todas as solicitações foram acolhidas prontamente por várias pessoas, desde a limpeza do espaço, os telefonemas para confirmação do grupo e a busca de remanejamento de pessoal para que os participantes do grupo pudessem estar no dia fixado.

Ao convidar as pessoas para o grupo focal informei sobre a pesquisa e seus objetivos, solicitando após os esclarecimentos a assinatura do Consentimento Livre e esclarecido (Apêndice B). Duas pessoas que convidamos pelo telefone assinaram o termo antes do grupo focal.

No grupo focal (roteiro - Apêndice C) investiguei as concepções sobre o Movimento, a vivência do transtorno mental e suas repercussões na família e comunidade, as práticas de cuidado que cada um vivenciou e as modificações ocorridas em sua vida desde a entrada no Movimento, evidenciando o que é comum entre eles e as diferenças entre as suas vivências, a percepção dos grupos que participaram e como chegaram a ser facilitadores de atividades de cuidado. Segundo Bauer e Gaskell (2005), o grupo focal é caracterizado como um debate aberto e acessível, tendo como objetivo estimular as pessoas a falar e a reagir ao que se diz no grupo, confrontando pontos de vista, comentando suas experiências e a do outro. Deve ser composto de 6 a 8 pessoas, com duração de 90 minutos. Para Minayo (2008), este número de participantes poderá chegar até 12, devendo ser utilizado um roteiro que iniciará com perguntas mais gerais, que possam deixar as pessoas mais à vontade, para depois aprofundar em questões mais específicas. É importante que o coordenador do grupo seja capaz de conseguir a participação e o ponto de vista de todos e de cada um. Terá a presença de um relator para que o coordenador fique mais livre para facilitar o grupo. Os discursos serão gravados, com a anuência dos participantes.

Realizei o grupo focal no dia 29 de junho de 2010, em um dia de sábado, no horário de 9:00 às 12:00 horas. A sala escolhida foi a de atendimento do padre Rino por ser a mais silenciosa, facilitando a gravação que foi permitida por todos. Estive na coordenação do grupo junto com outra auxiliar de pesquisa (mestranda em psicologia), que assumiu a função de relatora. Na condução do grupo focal me senti ansiosa, apesar da experiência em grupos terapêuticos durante 8 anos no CAPS de Iguatu e consultório particular. Uma das questões

que me incomodava era a realização de um grupo focado nos meus objetivos, que não partia da necessidade dos sujeitos; o receio de cortar a fala das pessoas que se alongavam em seus discursos e perder a oportunidade de compreender seu processo de fortalecimento; não ter condições de favorecer a oportunidade de expressão a todos os participantes; ter um único encontro e não conseguir aprofundar os objetivos da pesquisa.

Apesar da minha ansiedade, as pessoas tomaram conta do grupo, se desnudaram, se emocionaram, tiveram profundo respeito às vivências de cada um, quase não perceberam a passagem do tempo. Percebi que o grupo focal tinha um sentido também para eles, como explicita Inaê (GF, p.22):

Eu vou porque esse é um momento importante. Eu acredito assim pra mim, outras idéias, porque assim esse momento vai ajudar, me ajudou, estar nos ajudando e vai ajudar ao Movimento, então pra mim esse momento foi uma vivência de partilha de vida de cada um [...] eu sinto que vai ajudar, nós já tivemos várias experiências, ajuda o movimento e outras pessoas que virão porque é um registro dessa caminhada de promoção à vida

A experiência do grupo focal foi algo novo para eles, pois expressaram que foi a oportunidade de conhecerem a história de alguns, fortalecer os vínculos e reconhecer como cresceram em sua caminhada individual e coletiva. Para mim, foi um momento muito intenso, carregado de emoções, em que pessoas que pouco me conheciam apresentavam uma confiança profunda neste trabalho e em suas repercussões. Este processo me faz compreender as grandes dimensões éticas de uma pesquisa e minha implicação no retorno ao campo para apresentação e discussão dos achados.

Após a transcrição do grupo focal que foi realizada por um técnico e validada por mim, selecionei duas pessoas para entrevista em profundidade (roteiro - Apêndice E). Elas tinham falado menos no grupo focal e apresentavam um diagnóstico de maior comprometimento dos vínculos sociais. Paulo tinha diagnóstico de esquizofrenia, e Jarbas depressão, tendo ficado 2 anos sem sair de casa, por medo de que algo grave lhe acontecesse. Para Minayo (2008), na entrevista em profundidade, o informante deve ser convidado a falar livremente sobre um tema, e as perguntas do investigador, quando são feitas, buscam dar mais profundidade às reflexões.

De acordo com Bauer e Gaskell (2005), esta conversação dura normalmente entre uma hora e uma hora e meia, e o pesquisador deverá ter preparado um tópico guia. Estes autores descrevem passos que devem ser observados pelo pesquisador na condução deste procedimento: iniciar comentando rapidamente sobre a pesquisa e agradecendo a participação do entrevistado; justificar o uso do gravador; começar a conversar sobre o tema com

perguntas simples; manter o foco na escuta e no entendimento do que está sendo dito; dar ao informante tempo para pensar em suas respostas; aos poucos ir aprofundando as respostas, solicitando informações sobre o contexto, testando sua compreensão do que é dito; perguntar se o entrevistado tem algo a acrescentar, garantindo a confidencialidade do conteúdo; por fim, agradecer a contribuição e disponibilidade em participar da pesquisa.

A entrevista em profundidade foi mediada pela autofotografia. Nesse momento, cada pessoa utilizou 13 fotos que representaram o seu crescimento. O recurso autofotográfico, de acordo com Neiva-Silva (2003), foi inicialmente descrito por Robert Ziller, no final dos anos 70. O método autofotográfico consiste em solicitar a um sujeito que ele produza e apresente algumas fotografias ao pesquisador, descrevendo sua visão de um ambiente particular ou de si mesmo. Ao solicitar as fotografias, o pesquisador entrega uma câmera fotográfica ao sujeito e propõe a ele um tema específico, quase sempre em forma de pergunta. O sujeito deve responder a esta pergunta através de imagens fotográficas.

Ziller e Smith (apud NEIVA-SILVA, 2003) afirmam que a fotografia possui a vantagem de documentar a percepção do participante, com um mínimo de treino, evitando as desvantagens usuais das técnicas de relato verbal. Os autores ressaltam a vantagem de não ser o pesquisador quem direciona ou induz o olhar do participante para determinada categoria de resposta, é o próprio participante quem seleciona os estímulos. O uso da autofotografia abre a possibilidade de redimensionar o olhar dos sujeitos da pesquisa para a condição de autores de sua história, selecionando as partes de sua vida que desejam nos mostrar, os saberes que construiu sobre a sua vida. Outra vantagem deste método é a possibilidade de reflexão que as fotografias reveladas podem abrir. O uso da técnica de autofotografia nesta pesquisa se baseia nas pesquisas de Monteiro e Dollinger (1996) e Neiva-Silva (2003).

O uso da autofotografia nesta pesquisa teve como finalidade possibilitar o acesso à outra forma de linguagem que não se reduzisse à expressão verbal, que muitas vezes é limitada para referir experiências subjetivas do transtorno mental. Outra vantagem foi poder favorecer um tempo para que o sujeito pudesse refletir sobre as mudanças ocorridas em sua vida desde sua entrada no Movimento e selecionar as fotos que quisesse bater. Este é um tempo importante, pois o fortalecimento se constitui em um processo muitas vezes de pequenos eventos que vão construindo esta significação. No uso da autofotografia também pude reduzir meu viés como entrevistador, ao construir meu roteiro de entrevista de acordo com o olhar das fotografias do sujeito, que escolheu as fotos para apresentar sua história.

Para realização das entrevistas liguei para Paulo e Jarbas e perguntei se desejariam participar da segunda parte da pesquisa, quando tirariam as fotos. Após a concordância,

marquei uma reunião conjunta, no dia 5 de julho de 2010, para explicar o procedimento da autofotografia. A reunião durou cerca de 20 minutos e se realizou na Casa de Aprendizagem, local solicitado por Jarbas, em concordância com Paulo. Entreguei a cada um uma máquina fotográfica manual, com flash e filme com 24 poses e expliquei o seu manuseio, de acordo com a instrução: “Eu gostaria que você pensasse em sua vida, em como ela é hoje. Peço que tirem 12 fotos que possam me mostrar como era a sua vida antes de entrar no Movimento e como ela é hoje. Depois que você fizer as fotos, eu vou revelar e vamos conversar sobre elas. Após nossa conversa, você poderá levar as fotos para você. Não se preocupe, pois não precisa ter treino para bater as fotos. Não existem fotos bonitas ou feias, o importante é poder me mostrar como é sua vida e as coisas que foram importantes para o seu crescimento. Se tiver alguma foto guardada que você ache importante, pode trazer, junto com o filme que irei revelar”.

Pedi para testarem o manuseio da máquina fazendo 2 fotos, certificando que saberiam usar corretamente. Era uma segunda-feira e pedi para que a devolução da máquina fosse feita na sexta-feira seguinte. Acho que teria sido mais adequado o retorno após o final de semana, pois teriam mais tempo livre, fora dos compromissos de trabalho e estudo com maior oportunidade de diversificar as fotos. O período de tempo menor foi marcado porque moro fora de Fortaleza e tive receio de ocorrer algum problema na revelação.

Foi visível a alegria deles quando receberam a máquina, fizeram quase todas as fotografias naquela mesma tarde. Recebi as máquinas de volta na sexta-feira, dia 9 de julho de 2010, na palhoça do Movimento, em horário e local pré-fixado por eles. No recebimento das máquinas marquei as entrevistas individuais, sendo Paulo para 13 horas e Jarbas para 15 horas, do mesmo dia, na sala do padre Rino. Na entrega da máquina Jarbas trouxe duas fotos antigas, a primeira mostrava sua família e a outra foto uma visita a Aldeia Pitaguary. Paulo só trouxe a máquina com as fotos feitas por ele.

Jarbas e Paulo fotografaram, cada um, 13 situações de sua vida que aliaram ao tema fortalecimento, se atendo à proximidade da solicitação feita na instrução. Ao revelar as fotos, que ficaram bem nítidas, numerei cada uma para facilitar sua identificação durante a gravação das entrevistas. Foram reveladas duas cópias de cada fotografia, sendo um conjunto para o participante e o outro para a pesquisadora. As duas fotos antigas de Jarbas foram escaneadas. Antes da entrevista, fiz uma interpretação preliminar das fotos, definindo subsídios para entrevista.

As duas entrevistas foram realizadas, de forma individual, no dia 12 de julho de 2010, e gravadas com o consentimento dos participantes. A entrevista de Paulo teve a duração

de uma hora e a de Jarbas, uma hora e meia. Iniciei indagando sobre a experiência de fotografar, que foi descrita como um momento de alegria, de lembrar o passado, de valorizar as coisas importantes. Entreguei as fotos reveladas junto com as antigas e pedi que dessem um título a cada foto para que eu entendesse o sentido delas, em seguida solicitei o comentário de cada uma. A ordem seria dada pelo interesse de cada um. As perguntas foram surgindo a partir dos comentários de cada foto. Era necessário aprofundar os temas levantados. Indaguei também sobre as fotos ausentes, as pessoas e situações que tiveram o desejo de registrar e não estavam ali. Havia feito um roteiro de entrevista (Apêndice D), mas não foi seguido, pois a condução realmente foi mediada pela sequência das fotos que cada pessoa escolhia ou dos conteúdos omitidos, tendo como eixo a história de vida do sujeito e seu contexto.

O segundo objetivo, analisar a relação entre o fortalecimento das pessoas com transtornos mentais e a participação nas práticas de cuidado do MSMCBJ, foi contemplado pelo grupo focal que abordou a situação de cada um ao entrar no Movimento, sua mudança da condição de usuário para cuidador, as mudanças ocorridas na relação com sua família e comunidade, as dificuldades enfrentadas e suas formas de resolução. As duas entrevistas mediadas pela autofotografia também responderam a este objetivo por ter como foco a história de vida e as mudanças ocorridas na história de cada um, aprofundando o sentido do fortalecimento em sua história e o papel do Movimento neste processo. Para compreender as práticas de cuidado do Movimento foi fundamental a entrevista do padre Rino, identificando o porquê das escolhas das práticas do Movimento, seus fundamentos teóricos e metodológicos e sua percepção de implicação destas práticas na vida das pessoas. A entrevista foi realizada no dia 12 de abril de 2010, com duração de 3 horas, em uma sala da Universidade Estadual do Ceará, local escolhido por ele, em virtude de ser aluno do doutorado em Saúde Coletiva.

2.5 Interpretação do Material

O material discursivo do grupo focal e da entrevista com padre Rino foi transcrito por um técnico e posteriormente validado por mim. As duas entrevistas mediadas pela autofotografia foram transcritas por mim. Li o texto sucessivas vezes, buscando identificar as ideias que emergiam da fala dos sujeitos, de acordo com os pontos norteadores do diálogo. Fiz isso de maneira livre, sem nenhuma preocupação com a organização dos temas. Depois, organizei as ideias que se repetiam a partir dos dois temas centrais, o cuidado no Movimento e o fortalecimento das pessoas com transtornos mentais.

No tema cuidado no Movimento surgiram os subtemas: a chegada ao Movimento, as práticas de cuidado e saúde mental comunitária. No tema fortalecimento das pessoas com transtornos mentais, surgiram os subtemas: o acolhimento, a vivência de novos papéis e o curador ferido: as mudanças percebidas.

Foi construída uma rede interpretativa de cada tema, organizando as falas de acordo com os subtemas utilizando a compreensão proporcionada pela hermenêutica crítica. Ayres (2004) afirma que Gadamer, principal teórico da hermenêutica filosófica, não trata a hermenêutica como uma metodologia, mas como uma atitude filosófica. Procurei, portanto, utilizar a hermenêutica na busca de uma atitude de compreensão que perpassa toda a construção desta investigação. Bosi e Máximo (2006) afirmam que a perspectiva crítico-interpretativa visa à apreensão do significado do fenômeno sob estudo, a partir da ótica dos atores envolvidos, estabelecendo uma aproximação com a subjetividade, considerando-a em relação à materialidade a que se vincula.

A abordagem hermenêutica na área da saúde mental me permitiu explorar a experiência humana frente ao adoecimento, ao sofrimento, bem como suas formas de enfrentamento, recuperando a dimensão experiencial e psicossocial do processo de adoecimento e da construção da saúde. Na abordagem interpretativa (CAPRARA, 2003), a experiência do indivíduo coloca-se no primeiro plano da produção dos discursos científicos, dentro de uma perspectiva que procura o significado das ações na relação entre interpretante e interpretado, tentando superar a distância entre sujeito e objeto.

2.6 Aspectos Éticos

Apresento alguns aspectos éticos da pesquisa qualitativa que vão além dos procedimentos burocráticos. Demo (1998) alerta que é sempre possível reconstruir o melhor conhecimento possível para imbecilizar, torturar, destruir. Esta preocupação é citada por muitos críticos da ciência, porque, ao lado da instrumentalidade fantástica que coloca à disposição do ser humano, representa também risco forte de exclusão. A ciência costuma crescer tanto mais por força do mercado ou servindo aos poderosos, e nem sempre se guia pela ética do bem comum.

E, muitas vezes, a exclusão começa quando não reconhecemos nossa implicação no campo de pesquisa. Ressalto aqui as reflexões provocadoras da professora Maria Lúcia Bosi, nas reuniões do grupo de pesquisa, quando indagava: quais são os pré-conceitos que vocês levam ao Movimento? O que vocês esperam encontrar? Explicitem como esta pesquisa

ganha sentido na trajetória de vocês, reconheçam o que querem, para que possam escutar o outro de uma forma mais clara. Ao explicitar por escrito meus pré-conceitos, como exercício da pesquisa, descobri como estava impregnada da minha experiência no CAPS de Iguatu e não acreditava em uma experiência que pudesse favorecer o fortalecimento das pessoas com transtornos mentais, pois achava que mascaravam relações de tutela e dependência. Reconheço que a subjetividade do pesquisador é o seu principal instrumento de trabalho. Olhando minha humanidade, meus limites, tive maiores condições de respeitar a alteridade do outro.

Para conhecer o Movimento, participei o maior tempo possível de suas atividades conversando com as pessoas, conhecendo quem circulava nos espaços e como o Movimento se organizava. Conhecia e me deixava conhecer. Deste processo, nasceu um compromisso ético, na busca dos instrumentos de pesquisa que dessem voz às suas histórias, que pudessem diminuir a minha direcionalidade. Desta forma, vi que o retorno ao campo de pesquisa é um compromisso ético que deve se estender para além da entrega da cópia da dissertação para o Movimento.

De fevereiro a março de 2011, data a ser determinada em acordo com o Movimento, apresentarei os achados da dissertação para a coordenação do Movimento e sujeitos da pesquisa. No campo da saúde mental, publicarei artigos com os resultados desta dissertação e em conjunto com o grupo de pesquisa, realizaremos um seminário para divulgação dos resultados junto aos profissionais dos órgãos públicos de serviços de saúde mental, produção de materiais para distribuição e divulgação pela mídia que sejam mais acessíveis a comunidade.

Foram incluídas como sujeitos desta investigação as pessoas que aderiram por meio do Termo de Consentimento Informado (Apêndice B), onde constavam os objetivos da pesquisa, sua metodologia, a não obrigatoriedade da participação, como também a garantia do sigilo e do anonimato. Outro termo foi construído para autorizar a exposição das fotografias nesta dissertação de todas as pessoas que apareceram nas fotos.

A presente pesquisa esteve subordinada aos procedimentos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta a ética em pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil. Esta pesquisa foi aprovada no dia 17 de maio de 2010, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, protocolo COMPE No. 103/10 (Anexo A).

3. FORTALECIMENTO: A EMERGÊNCIA DO SUJEITO INDIVIDUAL E COLETIVO

Neste capítulo abordarei a noção de sujeito como protagonista do processo de fortalecimento, a origem do conceito de fortalecimento, sua relação com o campo da saúde mental e as categorias de análise. Na rede interpretativa do tema fortalecimento, surgiram três outros subtemas: o acolhimento, a vivência de novos papéis e o curador ferido. Na composição da rede interpretativa surgiram aspectos do fortalecimento diferentes dos inicialmente levantados na revisão teórica, que foram destacados como fundamentais para as pessoas com transtorno mental que serão apresentados no final deste capítulo.

Para Touraine (2002), há uma necessidade urgente de democracia na modernidade pela existência de inúmeros conflitos étnicos e religiosos espalhados por todo o planeta e a crescente exclusão social de grandes contingentes populacionais, cuja capacidade de sentir, pensar e de agir politicamente sofre tentativas de supressão. Entretanto, apesar das interdições, os sujeitos individuais e coletivos parecem resistir e lutar pela instalação de mecanismos que possibilitam a construção da democracia. Este sujeito só pode nascer da recomposição de uma experiência de vida pessoal autônoma, nas suas dimensões de liberdade e criação, “a exigência de liberdade e sua defesa contra tudo o que transforma o ser humano em instrumento, em objeto, ou em um absoluto estranho” (TOURAINÉ, 2002, p. 245).

Em Touraine (2002), o Sujeito vive em busca da sua liberdade através de lutas infundáveis contra a ordem estabelecida e os determinismos sociais. O indivíduo, na sua dimensão de Sujeito, agindo como ator, não se conforma ao lugar que ocupa na organização social, herdado pela tradição ou dado pela produção, mas age no sentido de modificar tanto o ambiente material, quanto o social e o cultural. Neste caso, o indivíduo, ao assumir sua dimensão de Sujeito, não apenas desempenha papéis conforme o esperado, mas os cria e recria, opõe resistência ao domínio da racionalidade que tende a querer transformá-lo em instrumento da produção e do consumo.

A Psicologia da Libertação (Martín-Baró, 1998) aponta para o conceito libertação e não liberdade, partindo do princípio de que estamos imersos em uma realidade de povos oprimidos por regimes autoritários, miséria, marginalização e violência, desafiando a psicologia a assumir sua responsabilidade histórica no enfrentamento de um processo de mudança deste contexto. Guareschi (2009) apresenta os pressupostos epistemológicos deste

conceito de Libertação: superação da dicotomia entre individual e social, a superação da dicotomia entre teoria e prática e a imprescindibilidade da dimensão ética.

Guareschi (2009) explica que os teóricos da libertação (Psicologia da Libertação, Teologia da Libertação e Pedagogia da Libertação), ao analisar os problemas teológicos, psicológicos, sociais ou educacionais, compreenderam que as raízes do subdesenvolvimento da América Latina têm como pano de fundo a necessidade de transformar as relações de dominação de um país sobre outro, que sustenta um sistema de dependência e exploração. Desta forma, a explicação dos problemas:

não é mais individualizante e psicológica, é relacional e social [...] o pressuposto era de que havia uma rede de relações que causavam o oposto da libertação, que era a opressão, a dominação. Era esse o pressuposto não apenas epistemológico, mas até mesmo antológico, presente neste conceito: a dimensão crítica, dialética, relacional, presente na realidade “libertação”(GUARESCHI, 2009, p. 56).

Implícito no conceito de libertação está sua força relacional, dialética e crítica. No segundo eixo epistemológico, Guareschi (2009) fala da impossibilidade de separar-se teoria e prática, pois cada conceito implica uma prática, uma opção política, que tenha coerência e assuma as consequências de sua posição. Freire (1983) também aponta a indivisibilidade entre o que se diz e o que se faz, sendo o principal conteúdo da educação o que se pratica.

O terceiro pressuposto para Guareschi (2009) é a dimensão ética da libertação, reconhecendo que a ciência toma partido, defende valores, devendo se perguntar para que serve e para quem serve. 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.

Nesta reconstrução, segundo Touraine (2002), o Sujeito emerge em sua relação com o outro, pois a consciência de si não permite o aparecimento do sujeito:

É somente quando o indivíduo sai de si mesmo e fala ao outro, não nos seus papéis, nas suas posições sociais, mas como sujeito, que ele é projetado fora do seu próprio si-mesmo, de suas determinações sociais, e se torna liberdade (TOURAINÉ, 2002, p. 239).

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.

3.1 Fortalecimento: origem e definição

A psicologia comunitária (GÓIS, 2003, 2005, 2008; MONTERO 2003, 2004, 2006) adota a noção de fortalecimento como uma das vias fundamentais para alcançar o desenvolvimento e a transformação das comunidades. Este termo emerge da práxis comunitária latinoamericana, possuindo um caráter de libertação, centrado na comunidade e nas pessoas que a constituem, onde os sujeitos são vistos como construtores de sua história.

O conceito de fortalecimento surgiu na América Latina no final da década de 70 quando se discutia que o investimento em políticas sociais centralizava-se nas instituições e esquecia as pessoas. Montero (2003) afirma que é necessário para a efetividade das políticas sociais o desenvolvimento de uma cidadania forte, consciente e crítica, pois do contrário, tende a predominar o clientelismo, a dependência e a passividade de seus usuários. Montero (2003) descreve que o termo fortalecimento foi usado inicialmente pelo panamenho Escovar, em 1979, como a capacidade de se produzir desenvolvimento do poder político e poder psicológico. Ele defendeu um modelo de psicologia social que facilitasse a superação da apatia, indiferença, falta de interesse político, negatividade e insegurança, em que pudessem ser modificadas as condutas pessoais, fortalecendo a capacidade das pessoas darem respostas positivas, controlarem e dominarem seu ambiente.

Montero (2003, p. 33) afirma que “o poder é um problema não só quando é exercido abusivamente, em uma relação dominante e opressora, mas também quando se ignora que o possui”. A noção de fortalecimento é descrita por esta autora como fundamental para que indivíduos e grupos possam chegar por si mesmos a transformações positivas que melhorem sua qualidade de vida e acesso a bens e serviços da sociedade. Montero (2003, p. 72) redefine, então, o conceito de fortalecimento, 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 a transformações de seu entorno segundo suas necessidades e aspirações, transformando-se ao mesmo tempo a si mesmos.

O fortalecimento é, portanto, um processo que ao mesmo tempo em que é individual e psicológico, é também um fenômeno grupal que se articula com o ambiente, onde o poder se constitui em um processo sociohistórico, individual e comunitário. Vázquez (2000), ao analisar os discursos nas disciplinas sociais e a literatura que aborda o desenvolvimento comunitário, nos chama a atenção que muitos autores descartam ou

minimizam o potencial das pessoas de mudarem suas condições de vidas, suas histórias de segregação e exclusão. Relata que implicitamente estes discursos abordavam os problemas psicossociais culpando a vítima, responsabilizando as pessoas ou conjuntos sociais mais vulneráveis pelos problemas que confrontavam ou ressaltavam elementos da cultura dominante como aspectos que serviriam de parâmetro ideal para o desenvolvimento comunitário.

Na definição de fortalecimento, é fundamental reconhecer as lutas históricas das comunidades e seus elementos culturais, evitando a comparação com a perspectiva de uma cultura dominante, competitiva, individualista e consumista. Os saberes, lideranças e iniciativas que surgem neste contexto devem ser reconhecidos como instrumentos de avanço desta comunidade e de seus membros. A história das pessoas com transtornos mentais precisa ser recontada, a partir de seus aspectos de superação, de não sujeição, de seus conflitos e confrontos, na perspectiva do reconhecimento de sua voz na construção do Movimento de Saúde Mental do Bom Jardim e da própria reforma psiquiátrica brasileira.

3.2 Fortalecimento e Saúde Mental

A sociedade brasileira, por apresentar uma formação social capitalista, apresenta uma dinâmica social caracterizada por histórias de opressão e sofrimento de grande parte da população. Boff (2000) afirma que o caráter mais usual da globalização é baseado no princípio de autodestruição do planeta em que as pessoas interagem de maneira instrumental e exploratória entre si, com o outro e com o mundo, onde os princípios de competitividade, individualismo e acumulação de riqueza são universalizados. Nesta estrutura quem tem capital mantém o poder e os processos de fortalecimento se tornam mais lentos.

Ao utilizar a noção de fortalecimento não posso me basear na busca de traços individuais sem levar em conta os fatores políticos e sociais que interferem nas relações. O trabalho psicossocial de fortalecimento deve superar a visão individualista e a tendência a psicologizar os problemas sociais, compreendendo que o fortalecimento se dá numa relação dialética entre indivíduos e coletividade. Montero (2003) alerta que parte do fortalecimento passa pelo desenvolvimento da capacidade de exigir o cumprimento de deveres, de exercer direitos de cidadania, de ocupar espaços públicos, sem reduzir os problemas sociais às limitações psicológicas, tratando-os como debilidades psíquicas ou assuntos de competência pessoal.

O conceito de fortalecimento, que tem grande ênfase nos estudos em psicologia comunitária, traz aportes para pensar nas possibilidades de produção coletiva da saúde mental e a real desconstrução de velhas práticas manicomiais, pois reconhece a capacidade dos indivíduos se implicarem e modificarem seus contextos. Segundo Amorim e Dimenstein (2009), é fundamental para a desconstrução do aparato manicomial a superação do sujeito-objeto, que se funda na concepção da loucura-alienação para o cidadão, com possibilidades infinitas de participação na vida social. É um projeto que não aponta para um modelo ideal, mas busca dar novos significados às relações de poder e saber.

Torre e Amarante (2001) colocam que é através do trabalho no campo social que a desconstrução atinge seu sentido mais abrangente, como processo mais amplo e complexo de participação popular. A participação se configura como um espaço de construção coletiva do protagonismo que requer a saída do assujeitamento, de uma relação de dominação e tutela para a constituição de um sujeito político, que debate o tratamento e sua instituição, conhece seus direitos, participa e interfere no campo político.

A discussão da reforma psiquiátrica se instala no campo técnico, assistencial, cultural e político, pois a ocorrência do sofrimento psíquico fragiliza a própria existência do indivíduo. Levanta problemas cotidianos e desafios que precisam ser enfrentados como: sensação de não ser compreendido em sua dor; períodos de melhora e piora dos sintomas às vezes de forma súbita; limitações da possibilidade de trabalhar, maior sensibilidade aos fatores estressantes; dificuldade nos relacionamentos; mudanças corporais devido ao uso de alguns medicamentos; despesas extras com medicações, exames e tratamento; riscos de efeitos colaterais dos medicamentos; tempo dispendido no tratamento; sintomas que favorecem a depreciação, segregação e isolamento pela representação negativa do transtorno mental na sociedade etc. Segundo Vasconcelos (2003), lidar com várias destas questões no contexto da vida contemporânea, que já apresenta suas pressões, geralmente adiciona às dificuldades intrínsecas da doença e do sofrimento mais frustração, irritabilidade, exaustão e, às vezes, revolta. Para a pessoa com transtorno mental aprender a lidar com estas questões é fundamental a existência de uma rede de apoio, suporte e solidariedade disponível no espaço comunitário.

Nesta rede de apoio, o conceito de fortalecimento é central no sentido de considerar este usuário como sujeito do tratamento, e não objeto de intervenção numa instituição específica, estimulando iniciativas de ajuda e suporte na comunidade, defesa dos direitos, possibilidade de criação de serviços, atividades e projetos liderados ou organizados por usuários, familiares ou cuidadores, luta por moradia, oportunidades de trabalho,

assistência social, educação e justiça. Essas iniciativas visam estruturar um serviço de saúde mental “forte” que, segundo Rotelli (2001a, p. 42), é “aquele serviço que não seleciona de nenhuma forma necessidades, demandas ou conflitos, mas ao contrário, elabora estratégias dinâmicas e individualizadas de resposta que tentam salvaguardar e ampliar a riqueza da vida das pessoas, doentes ou sãs”.

Carvalho (2004) fala do aspecto pedagógico do que chama *empowerment* comunitário, o qual toma os indivíduos e grupos socialmente excluídos como cidadãos portadores de direitos e do "direito a ter direitos", distanciando-se do projeto behaviorista que tende a representar os marginalizados como pessoas dependentes que devem ser ajudadas, socializadas e treinadas. O *empowerment* transforma-se, neste contexto, em um ato político libertador que se contrapõe à concepção bancária de educação.

Esta visão do fortalecimento destacada pode instrumentalizar os profissionais de saúde mental no delineamento de ações que tenham como objetivo a superação da desigualdade de poder predominante na relação com os usuários, fomentando um trabalho cujo pressuposto seja a parceria entre indivíduos e comunidades, no lugar da relação hierárquica capaz de confundir o trabalhador com o responsável pela prestação de serviços e o usuário com o paciente.

Discutir sobre fortalecimento é referenciar a construção da cidadania das pessoas com transtornos mentais, historicamente alvo de exclusão e destituição de poderes civis e de contratualidade. Masiglia (1987) faz um percurso histórico do desenvolvimento da cidadania da pessoa com transtorno mental, a partir dos documentos oficiais. Este resgate ressalta que a cidadania para o doente mental é um processo mais lento do que a cidadania do conjunto da população brasileira. Relata que a institucionalização do “não direito” das pessoas com transtornos mentais inicia em 1852 quando se constitui a primeira lei de assistência ao doente mental justificada no interesse em manter este grupo afastado do convívio social, criando também o primeiro hospital público, o “Hospital Pedro II”. Inicia-se a política oficial de tutela e segregação do doente mental, sendo criado em 1890 o Serviço de Assistência Médica aos Alienados. Em 1916, o Código Civil e a lei de 1919 estabelecem a incapacidade dos doentes mentais de exercer pessoalmente os atos da vida civil, a possibilidade de interdição por pais ou tutores, a nulidade de qualquer ato jurídico praticado por eles e a possibilidade de serem recolhidos para estabelecimentos especiais caso tenham comportamentos considerados inconvenientes.

Segundo Masiglia (1987), em 1940 é oficializado um decreto-lei específico para o doente mental incorporando o conceito de periculosidade, recomendando ao recolhimento em

manicômios, às casas de custódia e colônias agrícolas os indivíduos considerados perigosos. Em 1970, amplia-se a assistência aos doentes mentais com o convênio de instituições privadas, desta forma, este doente antes tutelado e improdutivo tornou-se importante instrumento de lucro para o setor privado.

Apenas em 1989, dá entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG), que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país (BRASIL, 2005). É o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica no campo legislativo e normativo. A partir do ano de 1992, os movimentos sociais, inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, conseguem aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. É somente no ano de 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, que a Lei Paulo Delgado é sancionada no país. Segundo Nicácio (2003), esta aprovação é de um substitutivo do Projeto de Lei original, que traz modificações importantes ao texto normativo, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios. Apesar deste limite, redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária e dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais.

Apesar dos avanços da lei, quero destacar a análise histórico-cultural e política da sociedade brasileira que Vasconcelos (2003) realiza ao destacar suas repercussões no movimento e organizações de pessoas com transtorno mental. Ao pesquisar os movimentos dos usuários em saúde mental dos países do norte da Europa e dos países anglo-saxônicos, o estudioso reconhece profundas diferenças em relação ao cenário brasileiro e dos demais países latino-americanos.

Segundo Vasconcelos (2003), nos países do norte da Europa e nos anglo-saxônicos os movimentos dos usuários em saúde mental tem um perfil extremamente independente e autonomista, em relação ao Estado, aos profissionais e às associações de familiares, criando dispositivos, projetos e serviços geridos por eles próprios. Esta característica é condicionada pelos aspectos próprios do sistema de bem-estar social e da cultura predominantemente individualista destes países.

No Brasil, Vasconcelos (2003) aponta a existência de uma cultura hegemonicamente hierárquica, onde a dependência pessoal é reconhecida e até mesmo cultivada, sendo que os elementos de autonomia e independência pessoal não são valorizados nas redes familiares, de vizinhança e social. Em segundo lugar, aponta a existência de um

capitalismo periférico, com políticas sociais pobres e segmentadas, com forte perfil de exploração e desigualdade entre as classes e grupos sociais, excluindo grandes contingentes da população do acesso aos bens materiais e serviços sociais básicos.

Vasconcelos (2003) continua sua análise referindo que no Brasil as políticas sociais tendem a ser predominantemente estatais e que as ONGs, associações voluntárias e filantrópicas vem se desenvolvendo como alternativa para organização de usuários de saúde mental. Em quarto lugar, afirma que os profissionais de saúde tendem a uma cultura terapêutica muito acentuada, enfatizando o papel do profissional no processo de tratamento e cura em detrimento de dispositivos mais horizontalizados, centrados na co-gestão ou autogestão e *empowerment*. Estas características sociohistóricas podem gerar, segundo Vasconcelos (2003), um movimento de usuários de saúde mental menos autonomista e independente, dada a cultura hierárquica, e uma tendência a ter prioritariamente mais grupos e associações mistas de usuários, familiares e profissionais.

A análise realizada por Masiglia (1987) e Vasconcelos (2003) me leva a reiterar a importância de trabalhar o conceito de fortalecimento na área de saúde mental no sentido de compreender o discurso das pessoas com transtornos mentais, suas narrativas de lutas e enfrentamento deste território social em que são consideradas invisíveis ou destituídas de poder. Considero que não são apáticas a este processo de subjugação e que estão desenvolvendo formas de enfrentamento ao seu sofrimento que precisam ser reconhecidas e valorizadas.

3.3 Categorias de Análise do Fortalecimento

Para que uma comunidade e seus membros se fortaleçam, Montero (2003) destaca aspectos capazes de gerar fortalecimento que entram em consenso com outros autores ou são por eles ampliados (FREIRE, 1979, 1984, 1996, 1998; GÓIS, 1993, 2003, 2005, 2008 e MARTÍN-BARÓ, 1998). Apresento os aspectos do processo de fortalecimento apontados por estes autores e referendados nos temas da rede interpretativa.

3.3.1 Valor pessoal e poder pessoal

Como foi descrito no capítulo anterior, as pessoas chegam ao Movimento com um processo de fragilização intensa, desesperança, enfocando sua história de dor. Emerge um processo de destituição do próprio valor, de restrição de espaços de fala e de relações sociais.

A existência de sintomas psiquiátricos cria um lugar à parte para o louco, o diferente, aquele que sente coisas estranhas, o que toma remédio controlado, o sem razão. Alguns destes aspectos foram percebidos por Góis (1993), em comunidades de baixa condição socioeconômica da zona urbana e rural.

Góis (2003) verificou a existência de uma rede ideológica voltada para o aniquilamento do oprimido, com características psicossociais e corporais que são traços de seu caráter, isto é, uma estrutura psicológica orientada para sua proteção, mas que, ao mesmo tempo, impede a expressão do seu valor pessoal e do seu poder pessoal. Em uma investigação sobre o desenvolvimento do valor pessoal e poder pessoal em ex-moradores de rua, Esmeraldo Filho (2006, p.10) afirma:

O conceito de valor pessoal e poder pessoal são categorias inerentes ao ser humano, mas que devido à forte opressão, desorganização social, miséria em que vive grande parte da população mundial, em geral, e brasileira, em particular, ficam sem brilho nas pessoas miseráveis, os quais, muitas vezes, não acreditam que a difícil realidade a que estão submetidos pode ser transformada. Ou seja, a realidade é muitas vezes considerada imutável para essas pessoas, e nada que elas façam poderá mudá-la, restando apenas aceitar o cruel destino que Deus quis para elas.

Como primeiro subtema da rede interpretativa do processo de fortalecimento das pessoas com transtornos mentais, surgiu a acolhida realizada no Movimento. Poder compartilhar espaços de escuta, com pessoas interessadas em sua história e que expressem afetividade, fortalecem seu sentido de vida:

Chegou (em minha casa) o padre Rino e me deu um abraço, foi um abraço assim bem acolhedor, que eu tava necessitando daquele abraço, como se dissesse “eu te vejo como gente”. Eu morava aqui no pantanal mesmo, aqui no Bom Jardim e na época não tinha nada, e um padre, um médico chegar na minha casa, casa de pobre, numa favela, chegar e abraçar, te abraçar e dizer “Eu vou te ajudar, se você quiser eu te ajudo. Sua família também vai te ajudar” (Rute, GF, p. 2).

Jarbas também fala da entrada no Movimento, como um espaço acolhedor, onde encontrou pessoas que acreditaram nele. A foto abaixo revela sua importância:



Foto 13: A entrada do Movimento, um recanto.

Diante da foto, Jarbas comenta que sua vida era cansada, tinha dificuldade de expressão e vínculo:

Essa aqui é da entrada no movimento [...] onde você podia respirar um pouco, eu vinha de uma vida muito estressante, uma caminhada muito cansada mesmo [...] assim fisicamente eu acho que tava bem, mas eu havia desabado, assim, acho que foi uma série de acontecimentos que me levaram a desistir de lutar pelos meus objetivos. Eu vim de dois anos de noivado que não deram certo, assim. Naquela época eu morava com meus pais, mas a gente não tinha assim um diálogo com eles, então vivia muito sozinho, resolvia minhas coisas muito sozinho, não falava muito, as coisas que eu comentava era com uns amigos, acho que me fechei demais, assim, para as pessoas, me fechei demais pras pessoas, guardei demais, eu acho. Acho que cheguei aqui psicologicamente arrasado (entrevista, p.2).

Desta acolhida no Movimento surgem processos novos de interação, vivência, representação e identificação, capazes de desenvolver a primeira característica do fortalecimento descrita por Montero (2003), que é um forte sentido de si mesmo em relação ao mundo. Convicção de que se tem algo a dizer, que pode fazer algo e que sua ação pessoal pode ter algum efeito sobre o entorno, que não se perderá na inutilidade.

Este processo é descrito por Góis (1993) como valor pessoal, 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. É sentir-se capaz de viver, de gostar de si mesmo, acreditar na sua capacidade de conviver e realizar trabalho. O poder pessoal é a capacidade de influir na construção de relações saudáveis com os outros e com a realidade. É a potência com que se vive a cada momento, buscando o crescimento de si e do outro, e a transformação da realidade. O reconhecimento de que cada pessoa tem um valor, que é especial e que tem várias aptidões a serem descobertas, é algo amplamente descrito como aspecto de fortalecimento pessoal que é potencializado pelo Movimento.

Ao desenvolver o valor pessoal e poder pessoal, há uma tendência a superar a visão fatalista da realidade (MARTÍN-BARÓ, 1998), de que não tem nada a fazer e que seu destino está traçado. 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. Aponta as ideias mais comuns da atitude fatalista: a vida está pré-definida e sua ação não pode mudar o destino, pois um Deus todo poderoso decide sua sorte e não pode ser questionado. Estas ideias desencadeiam elementos emocionais como resignação frente ao próprio destino, aceitação do sofrimento, e sensação de não se deixar afetar ou se emocionar pelos sucessos da vida.

Os traços ou tendências comportamentais do fatalismo latino-americano (MARTÍN-BARÓ, 1998) são a presença do conformismo, submissão e tendência à passividade. A pessoa reduz seu horizonte ao presente, sem memória do passado, ou valorização das lutas empreendidas, tendo dificuldade em planejar o futuro, por vê-lo imutável. Não há esforço para mudar a própria sorte.

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. Isto é visto no relato de Jarbas e Flor de Lótus:

Antes de chegar neste grupo eu não tinha muitos sonhos. Eu não sonhava, por exemplo, em ter uma família, eu não sonhava até um dia terminar os estudos e fazer uma faculdade, eu não tinha este tipo de sonho. Agora eu sonho com isso né, acho que talvez é essa uma diferença que fez.[...] tô fazendo o primeiro ano do ensino médio (Jarbas, entrevista, p. 4).

Eu descobri a questão do dom de fazer cartão orgânico, eu sempre gostei de arte, mas eu me achava incapaz e, quando eu comecei o curso de cartão orgânico, eu fui uma aula e desisti, eu não me achava capaz, eu não sei, pirava, na hora que eu olhei, não tenho paciência. E lá nesse curso pra ser terapeuta, na hora do relaxamento, eu muito preocupada em como ia pagar o curso, né, aí na hora do relaxamento veio o cartão orgânico na minha imagem né e eu digo, eu vou tentar quando chegar em casa. Não partilhei nada na hora de partilhar, mas no final, no dia seguinte eu realizei vinte cartões para vender e paguei o curso (Flor de Lótus, GF, p.10).

A superação do fatalismo não é algo que acontece de forma rápida ou fruto de um processo simples. Jarbas fala do cansaço de passar o dia trabalhando e ir para a escola à noite, tem dúvidas se deve continuar, pois já tem 36 anos e ainda está no ensino médio. Mas ao mesmo tempo, diz que continuar é uma conquista. Lembra de outra grande realização que foi planejar a construção de sua casa própria:

eu mesmo comprei um terreno, eu mesmo desenhei. Eu quero este quarto aqui, este banheiro aqui, esta área aqui. Muito legal (Jarbas, entrevista, p. 4).

Percebi nestas falas um uso recorrente do eu, não como traço de individualismo, vaidade ou exibicionismo, mas no sentido de mostrar que é capaz, que conseguiu realizar algo importante diante de tantas adversidades.

3.3.2 Sentimento de pertença à comunidade

Segundo Montero (2003), 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. Mantém laços afetivos mais amplos, superando as relações com seu grupo familiar. Ximenes et al. (2004) referem que foi

Sarason, em sua obra *The Psychological Sense of Community*, quem primeiro definiu sentimento de comunidade como o sentimento de que um *pertence a*, e é parte significativa de uma coletividade maior, é parte de uma rede de relações de apoio mútuo e que pode confiar e como resultado disso não experimenta sentimentos de solidão. O sentimento psicológico de comunidade vem a ser equivalente ao sentimento de pertença, mutualidade e interdependência; quem o possui sente-se necessitado da comunidade. Dilui o sentimento de alienação, anomia, isolamento e solidão e satisfaz as necessidades de intimidade, diversidade, pertença e utilidade.

Em uma revisão dos conceitos de Sentimento de Comunidade, Montero (2004) assinala a existência de quatro componentes: história e identidade social compartilhada por seus membros, segurança e apoio emocional; capacidade de influenciar o grupo e de sofrer influências; integração e satisfação de necessidades; interesse em compartilhar festas e acontecimentos, conhecer as pessoas por nome e sobrenome, manter relações estreitas e afetivas.

Jarbas fala de seus vínculos, das pessoas que foram importantes em seu processo de fortalecimento:



Foto 15: Minha família

Jarbas fala da avó e da tia que lhe apoiaram para que enfrentasse seu tratamento. Confiavam em sua recuperação e se interessavam por seu crescimento. Relata que foram fundamentais naquele momento inicial. Perguntei se havia outras pessoas que não estavam nas fotos. Ele falou sobre um amigo que não via há 5 anos, mas que o acompanhou por umas

6 vezes para ir à Terapia Comunitária quando tinha medo de sair de casa sozinho. Paulo coloca maior ênfase na família, principalmente seus pais, como suporte fundamental para seu crescimento:



Foto 1 e 2: A mãe maravilhosa



Foto 4 e 7: Meu pai

Paulo relata a presença e preocupação deles durante as suas crises, em que ficava escutando vozes, inquieto e com pensamentos suicidas:

Minha mãe é uma pessoa maravilhosa na minha vida. Eu agradeço a ela por ter ficado bom. Primeiro a Deus e depois a ela. Ela lutava noite e dia pra minha saúde acontecer. É tanto que ela pegou até uma estafa, bastante preocupada, ela chorou aqui no padre Rino uma vez, que não tava conseguindo fazer as coisinhas dela por

conta da minha doença. Eu disse pra ela: “chore não, que eu tô já ficando bom”. A senhora não se preocupe não, que as coisas de Deus elas são maravilhosas, quando acontecem, acontecem pela enésima potência [...] meu pai, uma pessoa também muito legal na minha vida. Foi ele que ajeitou tudo, foi em busca dos médicos, chegou a rezar, pediu ao irmão dele, ele tem um irmão que é teólogo, sabe? Aí ele disse que tava rezando, todo dia tirava o terço para mim, aí meu pai sempre convidava pra ir pras missas, aí eu ficava bem, me sentia bem tocando, com ele. Hoje inclusive a gente vai tocar na missa, do bairro, me sentia bem tocando com ele (entrevista, p.1).

O vínculo familiar fortaleceu Paulo para que ele continuasse o tratamento e se abrisse para atividades na comunidade, principalmente ligadas à música. Atualmente, os pais de Paulo são voluntários do Movimento. O pai é animador do grupo de Terapia Comunitária e a mãe coordena uma oficina de pintura junto aos usuários do CAPS. Paulo tocava bandeirola com o pai na Terapia Comunitária, mas deixou em função das atividades da sua graduação em matemática. Indagado sobre a presença de outras pessoas em sua vida que tiveram importância em seu crescimento, cita seus amigos da faculdade e o padre Rino.

Enquanto Paulo é mais restrito aos vínculos familiares, principalmente pai e mãe, Jarbas fala da ampliação de suas relações na comunidade, reconhecendo raízes indígenas que não sabia que existiam em sua história:

Isso já foi num processo assim de resgate mesmo, de caminhar sozinho, sei lá, pra mim foi como um momento de renascimento, que eu tava reaprendendo a viver, a sair e encontrar as pessoas. Foi num grupo de autoestima que fizemos um passeio à Aldeia dos Pitaguary, na época. Esse aqui é o cacique, acho que foi há uns 8 anos atrás (entrevista, p. 2).

Relata que este momento significou voltar a viver em sociedade, conviver com as pessoas. Apresenta a foto deste encontro:



Foto 16: Encontrar pessoas, resgate, caminhar sozinho.

Nesta experiência de participação nos grupos do Movimento, vemos emergir vínculos solidários, com intensa expressão das emoções e afetividade. Bomfim (1999) e Lane (1999) alertam que as ideologias e valores de dominação e opressão estão presentes na expressão de emoções e sentimentos, e que uma vez reconhecidos permitem uma maior integração entre o pensar, o sentir e o agir. “Dissociar o afeto da consciência e da atividade é estimular a alienação e a relação de dominação existente na sociedade” (BOMFIM, 1999, p. 99). Levar em consideração a expressão das emoções é reconhecer um elo que liga as pessoas na superação do sofrimento, abrindo espaço para a um sentimento de valorização pessoal e de cuidado nas relações. Lima, Bomfim e Pascual (2009, p. 239) afirmam que:

a emoção incita as pessoas a se agruparem enquanto sujeitos comprometidos com a realidade que vivenciam, com a transformação da sociedade, uma forma de superar o sofrimento, a construção da sua cidadania e a conquista dos seus direitos. Sujeitos que se emocionam, que têm afecções, que estão inseridos dialeticamente em um contexto social, econômico e histórico.

O sentido de comunidade, de fazer parte, de construir vínculos, é mediado pela participação no Movimento, principalmente na oportunidade de vivência de novos papéis, diferente do papel do louco no espaço social.

3.3.3 Capacidade de refletir e agir sobre a realidade

Um terceiro aspecto do fortalecimento, segundo Montero (2003), é 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. A pessoa é capaz de observar as dificuldades que enfrentou e organizar formas de superação, podendo reconstruir-se a cada desafio. 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 se aproximam do conceito de conscientização (FREIRE, 1983) como um processo em que as pessoas se encontram para “desvelar” a realidade, assumindo o ato ação – reflexão. Esta unidade dialética constitui, de maneira permanente, o modo de ser ou de transformar o mundo que caracteriza os homens. Segundo Freire (1983), a conscientização só acontece nas relações dialógicas, onde no encontro se solidariza o refletir e o agir de seus sujeitos endereçados ao mundo a ser

transformado e humanizado, não pode reduzir-se a um ato de depositar ideias de um sujeito no outro, nem troca de ideias. Faz-se necessário que a palavra circule, pois:

é um encontro entre os homens, mediatizados pelo mundo, para pronunciá-lo, não se esgotando, portanto, na relação eu-tu. É o encontro de homens que pronunciam o mundo, não deve ser doação do pronunciar de uns a outros. É um ato de criação... conquista do mundo para a libertação dos homens (FREIRE, 1983, p. 93).

Para que esse encontro possa gerar conscientização na ótica freiriana, Góis (2005) afirma que as pessoas da comunidade necessitam trocar a prática social individualista e dependente por uma prática comunitária ética e comunicativa. Com este objetivo, a facilitação dos grupos deve “centrar mais na comunicação, no diálogo-problematizador, na construção do conhecimento crítico e na ação solidária transformadora, não na ação unidirecional que vai do especialista ao morador” (GÓIS, 2005, p. 213).

Vieira e Ximenes (2008) ressaltam que o aspecto instrumental da conscientização se manifesta na elaboração de instrumentos que auxiliem na transformação da realidade, desenvolvendo novas formas de comunicação que, aliadas ao diálogo problematizador, parecem criar uma ambiência propícia para o desenvolvimento do ser humano na direção de seu reconhecimento como ser histórico e, conseqüentemente, inacabado.

A participação em grupos capaz de gerar fortalecimento é entendida pela psicologia comunitária 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 (MONTERO, 2004; GÓIS, 2005; VIEIRA, 2008). O ato de participar implica, portanto, a transformação na maneira do sujeito de refletir a realidade, reconhecendo-se capaz de apropriar-se desta e recriá-la. Implica a participação política através de suas representações ao nível das opções, das decisões e não só do fazer o já programado. A participação pressupõe uma relação dialógica mediante o respeito à cultura do outro, valorização do conhecimento que cada pessoa traz, que o que se trabalha, discute, seja relevante e significativo para todos.

Há diversas maneiras de participar, segundo Bordenave (2007): a participação de fato, ligada aos grupos primitivos como a família, os mecanismos de sobrevivência e o culto religioso; a participação espontânea, que é uma participação fluida, com o objetivo de satisfazer as necessidades psicológicas de pertencer, receber e dar afeto, obter reconhecimento e prestígio; a participação imposta na qual o indivíduo é obrigado a participar do grupo e realizar certas atividades consideradas indispensáveis, como o voto obrigatório nas eleições, ir à missa para os católicos; participação voluntária, em que o grupo é criado pelos próprios

participantes, que definem sua organização, estabelecem seus objetivos e métodos de trabalho, como as associações, sindicatos e cooperativas; a participação provocada, que ocorre quando agentes externos ajudam os outros a realizarem seus objetivos; e a participação concedida, pela qual as pessoas do grupo compartilham do poder cedido por aqueles considerados superiores, como a participação nos lucros das empresas e planejamento participativo.

Além dos tipos de participação, Bordenave (2007) categoriza os graus e níveis de participação que aumentam de acordo com o grau de controle de seus membros sobre as decisões e a importância das decisões de que as pessoas podem participar. O menor grau de participação é o da informação, quando as pessoas são informadas sobre as decisões já tomadas. Na consulta facultativa a organização superior consulta a opinião dos participantes, solicitando sugestões e críticas, embora a decisão final seja da direção. Um grau mais avançado de participação é a elaboração, na qual as pessoas recomendam medidas que a direção aceita ou rejeita; na co-gestão a administração é compartilhada mediante mecanismos de co-decisão e colegialidade; e o grau mais alto de participação é a autogestão no qual o grupo determina seus objetivos, escolhe seus meios e estabelece os controles.

É relatado pelos sujeitos da pesquisa um alto grau de participação na realização dos grupos, na condução da experiência do voluntariado, na oportunidade de planejar conjuntamente e de participar das capacitações e do envolvimento nas diretrizes do Movimento. Inaê fala do início do Movimento, da diferença do grupo anterior e da abertura para uma nova proposta de base comunitária:

Tinha o grupo, tinha essa abertura de colocar suas opiniões, não como aquele grupo primeiro, que eu posso, que eu mando, que eu faço né. (No Movimento) dava essa abertura né, de colocar, de discordar e como juntos encontrar uma solução, um caminho, dentro do bairro, de escutar, a partir das dificuldades do nosso bairro, como que a gente pode realmente melhorar. A questão da saúde também é muito forte né, a pedagogia, mas a saúde também é muito forte né, então vamos discutir juntos a saúde mental desse grupo, muito forte (GF, p. 18).

As mudanças no Movimento nascem de um processo de planejamento estratégico (MOVIMENTO DE SAÚDE MENTAL COMUNITÁRIO DO BOM JARDIM, 2007b), em que se envolvem os coordenadores do Movimento, ocorrendo de forma processual e ligada às necessidades e problemas compartilhados no cotidiano da instituição. A participação envolve de forma direta a questão de poder, o espaço de compartilhar solidariedades e de enfrentamento de conflitos. Ao considerar a forma e os tipos de participação que favorecem o

fortalecimento, reconhecemos a importância daquelas que possam gerar maior autonomia das pessoas.

Durante a realização do grupo focal foi visível a circulação da palavra, o interesse pela opinião do outro. Não havia temas proibidos ou que gerassem represálias, havendo espaço para contestação. Muitos falam que os grupos de autoestima potencializavam a coragem de expressão, de apresentar suas ideias e de poder defendê-las.

Góis (2005) chama a atenção para que a participação nas atividades comunitárias não seja valorizada só em sua dimensão instrumental, no que as pessoas são capazes de realizar juntas, mas também na dimensão comunicativa:

aprender a dizer sua própria palavra, debater idéias e dar sugestões ao grupo, executar as decisões tomadas pelo grupo e exercer funções de liderança. Isto significa que o desenvolvimento comunitário deve estimular a participação dos moradores mediante o diálogo-problematizador, a construção do conhecimento crítico, a ação coletiva e solidária, a dignidade humana e o respeito à natureza (GÓIS, 2005, p. 206).

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. É o compromisso com a expansão do Movimento:

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 momentâneo do movimento é esse, a gente já fez um círculo né, a gente já conseguiu de 93 pra 2005 conviver de uma forma, de 2005 até agora a gente tá convivendo né de outra forma de expansão e eu acho que o movimento é chamado a mais coisas, a desbravar mais horizontes (GF, p.24).

No processo de conscientização, a participação é um chamado a um compromisso comunitário, a uma expansão que possa ir além das questões psicológicas e subjetivas. Retoma um cuidado consigo e com o outro em uma dimensão social e ecológica, sendo capaz de transformar a si mesmo e se implicar no mundo.

3.3.4 Capacidade de desenvolver estratégias de mudança

Este aspecto está intrinsecamente ligado ao desenvolvimento da conscientização, pois ele só é concretizado por meio da ação social, quando a reflexão sobre o mundo desemboca em uma ação transformadora. Montero (2003) afirma que o quarto aspecto do fortalecimento advém da possibilidade de construir, desenvolver e adquirir estratégias e recursos adequados para chegar a posições individuais e coletivas que possam produzir intervenções significativas no entorno socialmente compartilhado.

Montero (2003, apud ZIMMERMAN e RAPPAPORT, 1988) considera que o sentido do fortalecimento psicológico se desenvolve com maior rapidez quando a pessoa toma parte das decisões, estabelece compromisso com os outros, sendo capaz de assumir mais responsabilidade. Este processo é vivenciado no Movimento pela oportunidade de participar de cursos e formações, descobrindo novas habilidades e capacidades. Jarbas fala da Casa de Aprendizagem como um espaço que lhe oportunizou tantas descobertas. Ele apresenta a foto 4:

Esta é a Casa de Aprendizagem, ela foi fundada, depois que eu tava participando dos grupos de autoestima, acho que depois de 1 ano e meio foi fundada. O objetivo era oferecer cursos para a comunidade e pras pessoas que participava dos grupos de autoestima. Aqui encontrei um lado que achava que eu não tinha, um lado meio artístico, eu acabei me apaixonando por uma oficina que existia na época, de cartões orgânicos. Eu participei assim, de aula de informática, dos cartões orgânicos, curso de pintura, então para mim foi aquela casa e aquela família que eu encontrei lá dentro (Jarbas, entrevista, p.3).



Foto 4: Casa de aprendizagem

A vivência de novos papéis foi capaz de redimensionar os conceitos aprendidos sobre si mesmo, descobrindo-se como um ser de novas possibilidades. Além da realização de oficinas, cursos e formações, o Movimento estrutura grande parte de suas atividades com pessoas voluntárias. A vivência do voluntariado foi destacada no capítulo anterior como uma experiência inovadora na perspectiva do cuidado em saúde mental. No processo de fortalecimento o voluntariado é também apontado como fator importante. Jarbas diz que foi muito tempo voluntário no Movimento, na horta comunitária, na oficina de cartões orgânicos e na farmácia viva. O voluntariado tem um sentido:

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, entrevista, p. 7, L.1-3).

Um voluntariado que gera fortalecimento porque é fruto de uma escolha, capaz de gerar aprendizados, superando a ideia do paciente sem poder de contratualidade. Não é capaz de gerar trocas financeiras, mas é permeado de outras trocas, extremamente potentes. São pessoas com transtornos mentais reconhecidas como sujeitos de desejo, chamados a produzir por meio do voluntariado, em atividades plenas de sentido, que além de responder às suas necessidades subjetivas, respondem também às necessidades da própria comunidade em que estão inseridas.

Paulo fala que no Movimento participou da aula de italiano, de teclado e de violão. A descoberta de novas habilidades oportunizou a possibilidade de dividir o que aprendeu por meio do voluntariado. Iniciou como animador da Terapia Comunitária, junto com seu pai, depois conduziu um grupo de reforço em matemática, junto com Suzana. Destaca a parceria nesta foto:



Foto 6: Um ajudando o outro

Intitula esta foto “um ajudando o outro”, pois teve oportunidade de aprender mais sobre a matemática e também tirar dúvidas de Suzana, pois “a gente ensinando a gente aprende, né, quanto mais a gente ensina mais a gente aprende não é só dá, dá, dá” (entrevista, p.3, L. 2-3). Interessante constatar que Paulo nunca deixou de escutar vozes, em um processo de alucinação auditiva característico da esquizofrenia. São vozes que o desqualificam, que ficam repetindo em sua cabeça:

vai ser mendigo, vai ser bandido, vai ser traficante. Aí eu ficava triste, mas hoje eu não fico mais não, porque eu sei que é um problema que eu tenho, uma doença (Paulo, entrevista, p.4).

Mesmo com a recorrência do sintoma, Paulo demonstra forte sentido de fortalecimento ao relatar o desenvolvimento do papel de professor de Matemática no Movimento. Neste voluntariado é reconhecido como uma pessoa capaz, que lança mão de seus conhecimentos e habilidades e disponibiliza-os para ajudar a comunidade. É reconhecido não só como aquele que sofre, mas que foi capaz de experimentar o sentido da saúde e dos vínculos comunitários em sua história:

A comunidade é o espaço de aprendizagens significativas e de expressão do poder pessoal e valor pessoal dos moradores, seja em situação de desenvolvimento pessoal e coletivo, seja em situação que envolva muita dor e sofrimento, mediante interações comunitárias pedagógicas e terapêuticas (Góis, 2008, p. 106).

Começo a compreender que o fortalecimento é imbricado na dimensão existencial, não existindo fases, modelos ou limitações. O processo de fortalecimento abre horizontes existenciais com profundas implicações na forma de compreender a vida, na expressão das emoções, na sensibilidade, em toda a teia de relações.

Apresento agora o terceiro subtema da rede interpretativa que fala das mudanças percebidas pelos sujeitos desta investigação, desde a sua entrada no Movimento.

3.3.5 Novas perspectivas do fortalecimento das pessoas com transtornos mentais

Apresento os aspectos do fortalecimento que se diferenciaram da revisão teórica inicial, mas que estão presente na vivência das pessoas com transtornos mentais desta investigação. Ao falar sobre fortalecimento utilizei inicialmente os aportes da psicologia comunitária, principalmente os estudos de Montero (2003) e Góis (1993, 2003, 2005, 2008). Na história das pessoas com transtornos mentais do Movimento surgiram novos aspectos que se destacaram como fundamentais em seu processo de crescimento.

3.3.5.1 Uso da medicação: uma possibilidade de escolha

Jarbas fala de um fator limitante para expressão do valor pessoal e poder pessoal, a existência de sintomas do transtorno mental, que desencadeou a convivência diária com a angústia, a tristeza e o medo. Diante desta experiência, Jarbas fala da importância da medicação adequada. Relata que o uso da medicação tem duas facetas:

Esta foi a dificuldade que eu tive, estas 2 (fotos), com os medicamentos, acho como ter que lidar com isso, ter que enfrentar, lidar com o preconceito lá fora. [...] Teve o

preconceito, mas também teve a coisa boa que foi a melhora, o resgate da autoestima melhor, da vida (entrevista, p.1).

Ele fez 2 fotos com este tema, demonstrando a necessidade de destacar a sua importância.



Foto 9- Dificuldade e melhora



Foto 10- Dificuldade, melhora e preconceito

Relata que teve que mudar o círculo de amigos, pois não podia participar do grupo da cerveja e precisou assumir o seu tratamento para alguns amigos mais íntimos, revelando que usava medicação controlada. Em um primeiro tratamento que fez antes de chegar ao Movimento, as doses da medicação prescrita geraram muita sonolência, vontade de se isolar:

Eu acho que eles só me deram aquilo para eu me acalmar, me manter num canto, mas não era a vida que eu queria pra mim, queria ter uma vida ativa (Jarbas, entrevista, p. 2).

A dose adequada da medicação foi então capaz de ajudá-lo a enfrentar seus outros 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. Então, mas vamos lá, devagarzinho (GF, p. 17).

O serviço de saúde mental, ao reconhecer as necessidades existenciais da pessoa com transtornos mentais, seu projeto de vida, bem como seus medos e limitações, favorece o

desenvolvimento de um processo de fortalecimento que gera autonomia em uma relação de responsabilidade compartilhada. Flor de Lótus fala de uma posição diferente em relação ao uso da medicação:

de tempo em tempo eu tinha crise de choro e ainda hoje eu tenho. O padre Rino já me ofereceu remédio várias vezes: Rino, eu não quero remédio, eu não quero, eu prefiro chá, chá, mas eu não quero tomar o remédio. Eu tinha um medo muito grande de me viciar em remédio né, na minha família tem vícios de várias coisas e eu tenho medo (GF, p. 8).

Esta oportunidade de ser escutado e reconhecido na relação com o médico psiquiatra é ressaltada também por Jarbas:

Nesta sala onde nós estamos [a sala aonde foi feita entrevista era a mesma do atendimento médico], eu quebrei todo aquele paradigma do médico que você chega lá, e não lhe ouve, que só prescreve aqui alguma coisa e lhe manda embora. Esta sala pra mim foi uma coisa nova, pra mim. Eu vinha do SUS, daquele sistema único que você chega e tá lá o médico, ele não olha pra sua cara. Mas aqui, o padre Rino não tá aqui [na foto], mas pra mim foi uma coisa nova, do médico assim, que mandou eu sentar, ficar à vontade, que me ouviu por mais de uma hora. Achei que era uma coisa, eu achava que não era deste planeta aqui (entrevista, p. 1 e 2).

Reconhecendo a importância de nova perspectiva de atenção, Jarbas apresenta duas fotos com o mesmo título:



Foto 8 e 11: Uma coisa nova, mudança, quebra do paradigma médico

Barrio et al (2008) afirmam a importância da farmacologia para a desinstitucionalização, contribuindo também para a humanização das práticas, reduzindo o recurso a outros métodos mais invasivos. Estes autores discutem que além da eficácia biológica, a tomada de medicamentos tem uma forma plural e paradoxal:

O mesmo tratamento pode significar coisas diferentes em momentos distintos da vida da pessoa. Assim, a medicação psiquiátrica pode, às vezes, trazer certa calma em um período de crise, mas também trazer um sentimento de falta de vitalidade, de abandono emotivo ou ser a fonte de efeitos secundários, difíceis de serem assumidos a longo prazo (BARRIO ET AL., 2008, p. 140).

Diante desta diversidade de relações com a medicação, estes autores afirmam a importância de que o usuário de um serviço de saúde mental tenha direito ao consentimento livre e esclarecido, devendo ser garantido o acompanhamento necessário para a suspensão da medicação de forma segura:

As decisões quanto à tomada de medicamentos dizem respeito exclusivamente à pessoa. Ela é responsável pelo seu procedimento e por assegurar o exercício de seus direitos, ela deve contar com a informação e um apoio adequado ao longo de seu procedimento (BARRIO ET AL., 2008, p. 144).

Somente quando esta pessoa oferece perigo para si mesma ou para os outros, de um ponto de vista legal, é que são exploradas outras condutas. Desta forma, vejo que o caminho é a negociação, em que nem sempre é possível o consenso, reconhecendo as experiências diversas, com várias dimensões socioculturais e relacionais em cena.

3.3.5.2 Perspectiva Biocêntrica

O Princípio Biocêntrico é o fundamento teórico, metodológico e vivencial desenvolvido na década de 1960, por Rolando Toro, cientista chileno. O princípio Biocêntrico tem como objetivo:

conexão com a vida por meio de um homem relacional, ecológico e cósmico, utiliza como mediação o sistema Biodança, através do qual se expressam os potenciais genéticos de vitalidade, sexualidade, afetividade, criatividade e transcendência. Este sistema utiliza a integração música-movimento-vivência como estrutura metodológica (TORO, 1991, s/p).

Resgatar os vínculos primordiais com a natureza e os seres existentes, segundo o princípio Biocêntrico (CAVALCANTE, 2001), é o caminho de superar a estrutura desagregadora da cultura, sinônimo de selvageria e da expressão grotesca do homem, representando a oportunidade de reconexão com os instintos, com as forças originárias da vida. É a oportunidade de um novo aprendizado existencial, de uma nova perspectiva de subjetividade que supere o individualismo, que esteja atenta às necessidades sociais, que seja capaz de comprometer-se com a própria vida, com a construção de uma sociedade mais amorosa e justa. Este processo de fortalecimento é capaz de gerar intensas mudanças na forma

de pensar e sentir o universo, sendo inteiro na forma de tecer seu próprio destino e aberto às infinitas conexões.

O princípio Biocêntrico fundamenta a Biodança, atividade que faz parte das abordagens terapêuticas do Movimento, sendo compreendida como um processo de desenvolvimento humano, uma ação bio-pedagógica, a favor dos potenciais de vida (MOVIMENTO DE SAÚDE MENTAL COMUNITÁRIO DO BOM JARDIM, 2010). Desenvolve a conexão consigo, com o Outro e com o transcendente.

Alguns sujeitos desta investigação ao falarem de seu crescimento, lembram de suas raízes, das imagens da vida de criança na zona rural, no interior do Ceará. Muitas pessoas que moram hoje em Fortaleza advêm da migração interna do Ceará, decorrente, segundo Bar-El (2002), das condições agroclimáticas, pouca disponibilidade de recursos naturais da zona semi-árida, a má distribuição de terras e a diminuição de acesso aos serviços públicos. Desta forma, muitas pessoas vieram para Fortaleza buscando melhores condições de vida, passando a morar na região periférica da cidade, ocasionando uma explosão de crescimento tendo em decorrência o aumento de favelas e o aumento dos problemas sociais.

Este fenômeno também fez parte da história da construção do bairro Bom Jardim. O desenho que é apresentado no muro de entrada da palhoça, primeiro espaço de acolhida do Movimento, conta isto:



Foto 8: Aqui mudou a minha vida

O desenho da fachada fala de pessoas que vem do interior, de uma história de sofrimento, afastamento dos vínculos comunitários e de suas raízes (estão em cor preta, descendo). Chegam ao Bom Jardim com uma sensação de tristeza e baixa autoestima (pessoas

sem cor, cabisbaixas). No Movimento tem a oportunidade de se deparar com uma diversidade de oportunidades de crescimento (símbolo da Abordagem Sistêmica Comunitária no canto superior direito), com a alegria, resgatando relações afetivas, aceitando as pessoas em sua diversidade de cor, raça, idade, religiosidade e condição social. Esta foto foi feita por Paulo, relatando a importância do Movimento em sua vida:

Quando eu cheguei aqui, mudou a minha vida. Antes eu já tinha passado por uma doutora na (rua) padre Valdevino, já tinha ido pro mental (Hospital de Saúde Mental de Messejana). Os médicos diziam não, vai ser internado [...] lá perto tinha uma amiga do padre Rino, a D. Edite, ela deu um toque: “ele vai pro CAPS, onde ele vai ser acompanhado, voltar a estudar, trabalhar, fazer as coisas dele” (entrevista, p. 1).

E na palhoça Paulo encontrou várias pessoas que também estavam sofrendo “que não era só uma coisa física” (GF, p. 12). Apesar da referência ao sofrimento visto na palhoça, Paulo destaca a presença da natureza no Movimento como expressão de tranquilidade nestas 2 fotos:



Foto 9 e 10: Natureza é vida, é amor, é compaixão, é tranquilidade.

Os espaços do Movimento são permeados de verde, de jardins bem cuidados, na casa de aprendizagem há diversos animais circulando livremente. São cachorros, periquitos, galinhas, gatos, cobra (a única que fica em local mais restrito), pavão e tartarugas. Nos demais espaços, vi a presença de muitos gatos que são alimentados e acarinhados. Isto me chamou a atenção, pois normalmente estes animais são enxotados das instituições.

Jarbas é funcionário do Movimento, sendo um dos responsáveis pela horta comunitária. Facilita oficinas de farmácia viva e grupos operativos com pessoas do CAPS Comunitário do Bom Jardim. Perguntado em sua entrevista sobre as fotos de coisas importantes para o seu crescimento que não estavam ali registradas, Jarbas fala da horta. Esta

horta que Jarbas comenta era em um quintal cedido por uma moradora do Bom Jardim, sendo depois transferida para um espaço do Movimento:

Comecei como voluntário, cuidando da horta. Hoje em dia lá foi desativado, é só um terreno hoje, lá no parque São Vicente, numa casa de uma pessoa. 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, assim (entrevista, p.5).

O verde aparece no foco de outra foto quando se refere ao espaço da terapia Comunitária, seu espaço de acolhida no início do Movimento:



Foto 12: A Terapia Comunitária

Jarbas lembra os trabalhos que lhe marcaram como voluntário, que se ligam também ao contato com a terra:

a gente foi também ajeitar o jardim da casa de aprendizagem que tava feio, e depois teve o trabalho com as crianças que eu me apaixonei, plantar plantas na rua, com as crianças do PETI (Programa de Erradicação do Trabalho Infantil), foi muito importante (Entrevista, p. 7).

Flor de Lótus ressignifica sua vivência no interior de Fortaleza, lembrando da proximidade dos animais domésticos e de como isto foi retomado em seu processo de crescimento:

Enquanto eu tava lá (casa de aprendizagem) tinha toda a bicharada né. Outra coisa que minha mãe não deixava a gente fazer, bicho não deveria entrar dentro de casa, e quando então a gente pegava, apanhava né, porque a gente podia adoecer, era chato [...] e lá eu recebi todos esses carinhos dos bichos né, ainda hoje eu tenho muito carinho pelos bichos (GF, p.9).

Estas experiências lembram a vivência biocêntrica enquanto dimensão ontológica, que segundo Góis (2002) é evolutiva e integradora da identidade, em um processo permanente

de construção ainda que o instante seja de dor e sofrimento. É uma vivência que potencializa a energia vital, abarcando cada vez mais novos circuitos energéticos, aumentando a vinculação da pessoa com o mundo.

3.3.5.3 Vinculação com a liderança

Ao longo deste texto é perceptível a relevância do padre Rino para estruturação do Movimento, como idealizador, presidente da instituição, padre, psiquiatra e terapeuta que acompanhou todos os sujeitos desta investigação. No trabalho de campo pude perceber um vínculo profundo das pessoas com ele, vínculo de afeto, de presença, de liberdade de discutir e expor pontos divergentes. Outro aspecto também relevante, neste ano de 2010, é a ausência do padre Rino nos espaços do Movimento decorrente das obrigações do seu doutorado e das viagens. Este fato tem gerado muita saudade e tristeza, bem como o temor de que esta ausência mude a diretriz e organização do Movimento.

De acordo com Pereira (2001), o líder é alguém em que a comunidade ou associação depositou a função de catalisar as suas ilusões, os seus desejos, as suas reivindicações:

Ele é a figura do “Pai”, que ativa as energias internas, estimulando o crescimento dos participantes. Coordena espaço para todos contribuírem com palavras, ações, revisões da caminhada etc. É alguém que escuta com atenção os desejos do grupo. Sua figura não é de poder supremo, mas de representante da lei que regula as relações entre os membros, criando, dessa forma, um sistema autônomo, democrático, autogestivo e de sistema de rede (Pereira, 2001, p. 312).

Reconhecendo a importância do padre Rino em sua trajetória, Jarbas tira a foto da mesa de almoço onde partilhava as refeições em sua casa, nos dias do grupo de autoestima, há cerca de 8 anos:



Foto 1: Almoço junto, grande família

Nesta mesa, Jarbas sentia-se incluído e valorizado:

Era o padre Rino mesmo, que ele convidava a gente, o grupo de autoestima. A gente participava de uma horta que tinha no parque São Vicente, a gente participava da quarta-feira pela manhã e à tarde ele convidava a gente para almoçar com ele lá, assim era muito especial este momento pro almoço. Não era o doutor. Era o amigo que convidava a gente pra almoçar na casa dele (Jarbas, Entrevista, p. 3).

Estas fotos demonstram que o padre Rino tem traços de uma liderança transformadora que, segundo Montero (2003), tem a presença de um forte componente afetivo, sendo capaz de desenvolver sólidos vínculos com os membros da comunidade, que correspondem com intensa simpatia e carinho.

Os espaços de sociabilidade, abertos para o compartilhar, são amplamente disponibilizados pelo padre Rino. Jarbas tirou uma foto que me chamou muito a atenção. É uma rede armada, dentro de uma capela:

Aqui era a capelinha onde a gente participava das oficinas. Esta rede está dentro da capela. Pois é, às vezes eu descansava depois do almoço, ia pra lá antes de vir pra cá, me sentia muito bem dentro desta capela (Jarbas, Entrevista, p. 3).



Foto 3: Recanto, descanso.

O espaço sagrado, de oração, é disponibilizado para a comunidade, como ambiente de descanso, de recarregar as forças para retomar a caminhada. A casa do padre Rino se localiza no andar superior da Casa de Aprendizagem. No térreo fica o espaço do almoço e a capela. Portanto, é a casa dele que é aberta para receber a comunidade de irmãos, de amigos.

Montero (2003) fala da existência de uma liderança que vai além do dever, que nasce de uma relação íntima e profundamente implicada com a comunidade, que é a liderança altruísta:

Para este líder o exercício da direção das tarefas comunitárias vai além do bom cumprimento, excede o esperado e o exigido, passando a construir o que se considera como um estado superior de ética, quer dizer, a consideração e respeito do Outro representado não só pelo coletivo da comunidade senão pelo ser humano (MONTERO, 2003, p. 110).

Assumir uma liderança na comunidade, segundo Montero (2003), apresenta efeitos perversos para seu líder, decorrente do estresse causado pelo excesso de atribuições quando a comunidade descarrega nele muitas responsabilidades, a dificuldade de contar com a participação de outras pessoas que possam dividir tarefas, a existência de rivalidades e ciúmes, o desgaste decorrente da falta de tempo para a família e questões pessoais, a exaustão, as pressões culturais, sociais e políticas.

O líder altruísta apresenta outra forma de relação com o trabalho comunitário concebendo seu trabalho como obra de vida, realizando-o com prazer e paixão. Para este líder, os efeitos perversos da liderança são minorados. Montero (2003, apud Farias, 2002), apresenta os aspectos presentes nestes líderes: consciência de que seu trabalho é parte de um movimento coletivo, que fomenta a participação dos outros; consideração do trabalho como um processo de ensino-aprendizagem; sentimentos de amor e carinho e respeito pelos membros da comunidade, seu país e o gênero humano; sentimentos de solidariedade, irmandade e compreensão pelas pessoas da comunidade; religiosidade sem fanatismo; capacidade de criação e imaginação; generosidade em relação ao seu tempo e esforço; dinamismo; sentimento vivo de esperança e otimismo; capacidade de assumir responsabilidade e otimismo; reflexão sobre as contradições e injustiças sociais; atitudes e comportamentos democráticos; desejo de saber, aprender mais, manter-se atualizado.

Esta afetividade e valorização do outro é percebido por Flor de Lótus ao falar, emocionada, sobre o tempo em que trabalhou na casa do padre Rino:

Acho que foi uma coisa assim que me ajudou muito ali, na Casa de Aprendizagem porque o Rino, o Rino, a pessoa do Rino, tudo o que você fizer ele agradece. Eu achava assim muito interessante, fazia um café, “querida, tá ótimo, tá delicioso, muito obrigado”, ia lá e dava um cheiro. Então naquele momento, tudo o que eu não recebi na minha infância, eu recebi no período que eu tava na Casa de Aprendizagem (choro) assim de reconhecimento, de valorização (GF, p. 9).

Paulo também destaca a importância do padre Rino em duas fotos, intitulando-as com o mesmo nome:



Fotos 11 e 12: Onde tudo começou: encontros com o padre Rino

Paulo começou o acompanhamento com intensos sintomas decorrentes da esquizofrenia. Neste período, padre Rino trabalhava como psiquiatra voluntário do Movimento, atendendo nos dias de terça-feira. Paulo descreve sua impressão:

realmente eu chegava aqui muito mal. Sempre ficava muito preocupado, assim esperando, dava aquela angústia, ele que demorava. Tinha gente que saía daqui meia-noite e eu não queria ficar aqui até meia-noite. Ficava meio angustiado, mas quando eu chegava aqui, aí passava a angústia, ele passava paz, passava tranquilidade, passava assim, confiança (Paulo, Entrevista, p.2).

Aponto a importância da existência de uma liderança com características democráticas, que fomente a participação, em uma relação com as pessoas que potencializa seu valor pessoal e poder pessoal como importante para o fortalecimento dos sujeitos com transtornos mentais. Uma relação que supere a dependência, mas que seja marcada pela proximidade e afetividade, como aponta Rute:

O padre Rino integrado com a gente. Agora ele não é só do Bom Jardim, ele é de toooodo mundo [RISOS] mas aí não dá pra tirar um pedacinho e dividir. Então aí a gente tem que só aprender a superar a saudade que a gente tem dele, da gente sentar e de conversar, de ouvir os conselhos dele, de como a gente deve fazer. Aí dá pra superar e ficar com saudade, mas que na hora assim, que à noite a saudade bate muito, eu mando uma mensagem pra ele, pergunto como é que ele vai, ou então eu ligo e ele me retorna quando pode, e assim, e isso ajuda muito (GF, p. 12).

É estabelecida com esta liderança uma relação de co-responsabilidade na construção dos caminhos traçados, superando a relação indivíduo-objeto, onde a pessoa com

transtornos mentais sente-se capaz de realizar mudanças pessoais e coletivas. Tem no líder uma referência, um amparo e não uma muleta.

3.4 O curador ferido: as mudanças percebidas

Para falar das mudanças existenciais percebidas na história dos sujeitos desta pesquisa a partir de sua participação no Movimento, utilizo o mito do curador ferido no intuito de expressar o caráter polissêmico da vivência das pessoas com transtornos mentais e do potencial de sua estrutura psíquica, que não pode ser concebida apenas como fragilizada. Apresentar o mito também tem a função de poder conectar-se com dilemas e desafios enfrentados pela humanidade, reconhecendo formas diferentes de enfrentamento e compreensão dos conflitos.

O mito do curador ferido é descrito por Vasconcelos (2003), de acordo com a tradição ioruba (com origem na Nigéria) e afro-brasileira. A figura de Omulu, também chamado de Obaluaê, Xapanã ou Sapatá, geralmente é representada pela sua cobertura de palha comprida sobre o corpo, para ocultar as diversas chagas provocadas pela peste da varíola em sua infância, como resultado de conflitos com sua mãe. Elas também foram provocadas pelas dificuldades vividas quando deixou a sua casa para procurar seu próprio caminho pelo mundo, com seus poucos recursos pessoais, quando passou fome e sede, dada a rejeição que sofrera por suas chagas em suas primeiras buscas pelas vilas e aldeias. As feridas tiveram ainda origem na febre, nas chagas dos espinhos e picadas de mosquitos, em sua passagem sozinho pelas florestas, onde passou a viver após a rejeição nas cidades.

Essa experiência em lidar com as próprias dores e doenças o capacitou a ser um curador, acolhendo a um chamado de uma voz interior. Carregando então seus apetrechos de cura, compostos de vários tipos de água, remédios e poções (*atós*), passou a visitar aldeias onde antes fora rejeitado. Seus habitantes agora imploravam por sua cura e proteção. Ele curava todos os doentes, bem como fazia o ritual de proteção, varrendo a peste para fora das casas com sua vassoura de fibras de coqueiro, o *xarará*. Da mesma forma, voltou a sua própria casa, curando seus próprios pais.

Este é um mito que fala de uma dor intensa e solitária, que junto com as chagas, produz intensas mudanças. Conflitos que, se vivenciados de forma inteira e profunda, são capazes 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, a primeira coisa que o povo diz “Ah, é muito horrível”. É horrível mesmo e precisa ser tratado, mas 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, precisa de ajuda (GF I, p. 19).

Flor de Lótus sofreu uma série de problemas na infância, alguns conflitos extremamente dolorosos que passou muito tempo para reconhecer. Estas dores provocaram uma sensibilidade à flor da pele:

E aí eu enxergo coisas à distância. Por exemplo, se eu escuto uma criança chorando, muitas crianças choram, você tá aqui e uma no vizinho chora, mas quando é algo mais forte eu sinto. Eu entro em pânico, eu entro em desespero, eu não posso fazer nada, mas eu sinto que é alguma coisa porque tá registrado aqui. Então você sente à distância quando tá acontecendo, algum perigo (GF, p. 11).

Flor de Lótus tem a sensação de não poder fazer muita coisa, mas em diversos momentos do Grupo Focal fala em como aprendeu a tomar posição, da capacidade de escuta empática e amorosa na relação com as crianças que frequentam a biblioteca que coordena e como demonstra abertura para acolher, além do exercício de sua função profissional:

Eu já não me sinto só responsável pelo Movimento. Onde eu chego eu tenho uma visão diferente de uma pessoa que tá ali sentada. Você chega no ônibus, por exemplo, tem pessoas chorando e você já vê uma coisa diferente porque você já tem a prática, então em qualquer lugar que você vá você tem um olhar diferente, é um olhar diferenciado pras pessoas, entendeu. Então assim, você sente à distância quando uma pessoa tá passando por uma necessidade. Você chega perto, você conversa, você passa a mão. Alguma coisa acontece na sua vida diária porque você aprendeu aqui no dia-a-dia dentro do Movimento (GF, p.14).

Para Vasconcelos (2003, p. 305), as vivências de sofrimento de transtorno mental “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”. A transformação das feridas em poder de cura não é natural, se configurando como um processo de cuidado da alma, de ocupar-se consigo. Foucault (2006) disse que o tema do cuidado de si é uma formulação filosófica que aparece claramente desde o século V a. C., percorrendo toda a literatura grega, helenística e romana, assim como a espiritualidade cristã. Esta noção vai além de um conjunto de práticas, se constituindo uma maneira de ser, uma forma de reflexão sobre si mesmo e a vida que leva. Foucault retoma um discurso de Sócrates, em que ao se defender de seus acusadores, diz:

Meu caro, tu, um ateniense, da cidade mais importante e mais reputada por sua cultura e poderio, não te envergonhas de cuidares (epimeleisthai) de adquirir o

máximo de riquezas, fama e honrarias, e não te importares nem cogitares (epimelê, phrontízeis) da razão, da verdade e de melhorar quanto mais a tua alma? Ocupai-vos com tantas coisas, com vossa fortuna, com vossa reputação, não vos ocupais com vós mesmos (FOUCAULT, 2006, p. 8).

Neste texto, o cuidado de si representa o momento do despertar, o momento em que os olhos se abrem, em que saímos do sono e alcançamos a luz. É sinal de movimento, de permanente inquietude no sentido da existência. Foucault afirma que “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” (2006, p. 21).

Margarida fala desta transformação que qualifica a pessoa que passou pelo sofrimento em um cuidador diferenciado, que supera o domínio da técnica:

Quando você passa por uma situação que você sofreu e você vê alguém sofrendo, essa acolhida, esse olhar é muito mais humanizado do que pessoas que não passaram por esse sofrimento. Então você acolhe de outra forma diferente, você acolhe como se aquele sofrimento fosse seu, mas tá no outro, mas você sabe o que é que ele tá sentindo, é palpável, você sabe, às vezes, até aonde intervir melhor do que um outro profissional técnico (GF, p.4).

O ocupar-se consigo, o cuidar das próprias feridas, é um caminho apresentado pelos sujeitos desta pesquisa como propiciador de fortalecimento. Historicamente, o cuidado de si foi desprestigiado, conotado negativamente, significando egoísmo ou retorno a si mesmo, sem vinculação ao outro. Para Foucault (2006), este é um paradoxo da história moral em que o pensamento cartesiano desqualificou, excluindo este tema do campo do pensamento filosófico moderno. Esta exclusão traz graves consequências, dada a importância desta vivência que reconheço nestas histórias agora apresentadas.

A experiência do cuidado de si, para os sujeitos desta investigação, parece oportunizar espaços de libertação do próprio preconceito, facilitando conversões de olhar, modificações existenciais. Suzana fala do seu aprendizado:

Aqui eu aprendi que eu posso ser eu mesma. Até no meu trabalho eu tava com dificuldade de voltar pra sala de aula porque o meu problema foi estresse e foi devido ao trabalho, à carga horária muito alta no trabalho, recém-formada e o que aconteceu foi que depois de um certo trabalho aqui no movimento eu peguei uma turma de adultos. Meu Deus do céu! Eu fui assim com uma coisa maravilhosa porque eu pude ser eu mesma com eles, não precisava assim ficar impondo uma coisa que eu não era (Suzana, GF, p.17).

Estas modificações ocorridas trazem repercussões de cura para os outros, como no mito do curador ferido, pois o cuidado de si “é uma atitude - para consigo, para com os outros,

para com o mundo” (FOUCAULT, 2006, p. 14). Esta vinculação com o outro é então vivida com imenso prazer, em que cuidar do outro também retoma o cuidar de si. Jarbas fala desta relação com o grupo de pessoas que apresentam transtorno mental grave e fazem atividades na horta comunitária, sob a sua supervisão:

O grupo de terapia ocupacional é uma coisa que eu nunca perco assim o prazer por isso. Eu já perdi o prazer por outras coisas, mas o grupo de terapia ocupacional eu não sei dizer por que eu não perco o prazer. No dia eu chego cedo, é um grupo que já tem mais de 4 anos. É uma coisa que me dá prazer, eu não sei explicar, eu me sinto bem tá com as pessoas do CAPS, mesmo tendo aquele mito que as pessoas que vem de internamento são agressivas, coisa e tal. Mas eu não vejo isso, vejo pessoas que sofrem muito, mas de alguma forma tão querendo viver, querendo ser feliz.

Aparecida: Parece com tuas coisas?

Parece. Como se eu tivesse naquele grupo, que eu também participasse daquele grupo, tivesse precisando deles também. É tanto assim que nas primeiras vezes que eu comecei a participar eu me emocionava, mas não demonstrava pra ninguém (Jarbas, entrevista, p. 6).

O curador ferido voltou à sua cidade curando até as pessoas de sua família. Suzana fala de como o seu processo de fortalecimento repercutiu na vida das pessoas:

mais de uma ano que eu saí de lá (local de trabalho), quase um ano e meio, uma das orientadoras chegou e disse “eu quero saber onde é esse grupo de Biodança que tu tá participando, porque tu evoluiu muito”. Eu fui melhorando e isso também se refletiu na própria vizinhança, assim, de pessoas chegarem pra mim e perguntar “O que é que tu tá fazendo, eu quero também” (Suzana, GF, P19).

É interessante reconhecer nos relatos que apresento nesta dissertação que as pessoas não fogem da dor, mas redimensionam seu sofrimento. Foucault (2006, p. 14 e 15) lembra que epiméleia designa a realização de ações, “ações que são exercidas de si para consigo, ações pelas quais nos assumimos, nos modificamos, nos purificamos, nos transformamos e nos transfiguramos. Daí uma série de práticas que são, na sua maioria, exercícios, cujo destino será bem longo”.

O processo de fortalecimento é longo e árduo, não tendo um desenvolvimento linear. Ele é feito de altos e baixos, e a cada dificuldade, de acordo como é conduzido, pode ser oportunidade de novos aprendizados. Portanto, não há um ponto de chegada. Isto é reconhecido pelas histórias de Flor de Lótus, quando fala que o autoconhecimento foi capaz de lhe puxar de uma situação de desespero:

Na terapia comunitária eu tive a oportunidade de ser constelada [vivência da Constelação Familiar], que foi assim um momento assim muito doloroso, muito difícil. Eu achava que aquele momento eu não ia voltar mais né porque mexeu com um ponto forte que tava me bloqueando e que hoje eu tenho essa consciência de que me puxou, me acordou, me deu uma sacudida [...] antes eu tinha entrado numa crise

muito forte onde eu olhava pra cima e via as cordas tudo ao meu redor pra eu me enforçar né, não tinha nem uma corda, mas eu via e eu ficava desesperada (GF, p.10).

Suzana reconhece que a fragilidade e a dor fazem parte de sua existência, bem como a coragem e o fortalecimento. Ela fala da visão que tem do grupo de Terapia Comunitária em que foi participante e hoje é co-facilitadora:

Não como um grupo que eu sou a terapeuta, que eu sou a co-terapeuta, mas que eu sou uma participante e que, num momento que eu não esteja muito bem, eu posso ficar lá na roda. Nós estamos sempre na roda, todos na mesma roda, mas eu posso não estar facilitando, eu posso também partilhar. Nem um terapeuta eu vejo como Deus, mas como alguém que também tem sentimento, que tem emoção, que sofre, que chora, que ri. Então isso me anima sempre a estar vindo (Suzana, GF, p. 22).

Este voltar à roda, demonstrar necessidade de cuidado e ajuda, é mais um indício da existência de um fortalecimento que supera a máscara da imponência, reconhecendo humildemente as nossas contradições. Concordo com Rivera (2004) quando afirma que no interior das comunidades e das relações entre as pessoas se produzem estratégias, resistências, às vezes definidas como desvios, loucuras, dependências ou delinquências, que muitas vezes são mecanismos inteligentes de proteção:

O refortalecimento sugere a idéia de força e de fortaleza; estruturas (afetivas e cognitivas), atitudes, discursos, práticas comunitárias, experiências [...] desenvolvidas pelas pessoas, muitas vezes em condições precárias, para proteger-se. O refortalecimento adquire sentido em qualquer cenário onde abundem relações de dominação; pois onde abundam relações de dominação aumentam, mais ainda, as resistências (RIVERA, 2004, p. 47).

Muitas vezes o que posso compreender como debilidade, são fortalezas no enfrentamento de situações de opressão, que se ocultam a olhares pouco atentos ou apressados.

4 CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

Existe um caráter polissêmico do conceito de cuidado refletido em múltiplas formas de produção dos serviços de saúde mental, balizadas pelas concepções construídas sobre o adoecimento e a existência da pessoa com transtorno mental.

Direciono a compreensão do cuidado realizado no Movimento, adotando como parâmetro as dimensões da Reforma Psiquiátrica brasileira e os temas surgidos na rede interpretativa. Do tema cuidado, baseado nas vivências relatadas pelos sujeitos desta investigação, surgiram outros subtemas decorrentes: a chegada ao Movimento, as práticas de cuidado e Saúde Mental Comunitária.

A Reforma Psiquiátrica brasileira aponta para a substituição do modo de atenção asilar para o da atenção psicossocial, que seja capaz de produzir, segundo Amarante (1994, 2003), modificações nas dimensões: teórico-conceitual, técnico-assistencial, sociocultural e jurídico-política. A dimensão *teórico-conceitual* diz respeito à produção de conhecimentos e ao redimensionamento do objeto de trabalho dos serviços de saúde mental. Nesta dimensão, abordarei a evolução de um conceito que é basilar neste campo, que é a desinstitucionalização, e a discussão de um dos temas da rede interpretativa, a Saúde Mental Comunitária. Na dimensão *técnico-assistencial* se discute o novo modelo assistencial que possa superar espaços de custódia, interdição e alienação do sujeito. Nesta dimensão serão discutidos os subtemas da rede interpretativa: a chegada ao Movimento e as práticas de cuidado, que se ligam ao processo de organização do modelo assistencial do Movimento.

A vivência das práticas de cuidado no Movimento será abordada na dimensão *sociocultural* da Reforma Psiquiátrica, onde se discute a transformação do lugar social da loucura e como o Movimento lida com este espaço da diferença, com o preconceito e o estigma. Na dimensão jurídico-política da Reforma Psiquiátrica, se rediscutem e redefinem as relações sociais e civis em termos de cidadania, de direitos humanos e sociais, bem como o arcabouço jurídico-institucional de modelo de atenção à saúde mental. Esta dimensão é parcialmente contemplada no próximo capítulo onde apresento o processo de fortalecimento das pessoas com transtornos mentais, com ênfase em seus aspectos subjetivos. Além destas dimensões postas, apresento a dimensão espiritual que é reconhecida pelo Movimento, mas desconsiderada pela Reforma Psiquiátrica. Apresento o Movimento em seu caráter inovador e em seus processos contraditórios no cuidado em saúde mental. Retomo Deleuze (2008), Hardt e Negri (2001) para abordar as capturas deste poder institucionalizante.

4.1 Dimensão Teórico-Conceitual

Nesta dimensão, Amarante (1994, 2003) aborda a necessidade de redimensionar o objeto da saúde mental, de reconstruir novos saberes que sustentem as novas práticas, desconstruindo os conceitos produzidos pela psiquiatria. Conceitos como alienação/doença mental, isolamento terapêutico, degeneração, normalidade/anormalidade, terapêutica e cura. Para Amarante (2009), o conceito de desinstitucionalização é fundamental para compreender esta base epistemológica, apontando para um processo ético-estético, de reconhecimento de novas situações que produzem novos sujeitos, novos sujeitos de direito. Abordarei agora a construção do conceito de desinstitucionalização e como se configura esta premissa na Reforma Psiquiátrica brasileira.

4.1.1 Evolução do conceito de Desinstitucionalização

Após as duas grandes guerras mundiais, segundo Barros (1994), ocorreu um processo de reestruturação socioinstitucional das sociedades européias e americanas, no qual os governos passaram a responsabilizar-se – oficialmente – pelos problemas sociais. O surgimento dessas ideias de caráter reformista ocorreu diante do aumento do custo de vida, das mortes em massa, da fome e de eventos decorrentes do envolvimento na II Guerra Mundial e da fragilização socioeconômica, na crise de 1924. Neste período, aconteceu uma retomada da valorização da vida como um incremento da própria valorização do direito à saúde. De acordo com Menezes e Yasui (2009), surge a implantação do primeiro seguro-saúde em 1942, com o Plano *Beveridge*, na Inglaterra, que serviu de exemplo para a reforma de vários sistemas de saúde, inclusive o americano.

Como um dos desdobramentos de tal fato, surge a ideia da desospitalização, fundamentada na crítica aos hospitais psiquiátricos. Isso porque, no contexto pós-guerra, não se admitia a realidade violenta dos asilos. Dessa impossibilidade, surge, segundo Menezes e Yasui (2009), a psiquiatria preventiva ou comunitária americana, as comunidades terapêuticas na Inglaterra e a psiquiatria institucional e a psiquiatria de setor na França. Já o conceito de desinstitucionalização, surge um pouco mais tarde, na década de 1960, nos Estados Unidos, sob o comando do governo Kennedy, com “alta” dos pacientes psiquiátricos e sua reinserção na comunidade. Segundo Amarante (1992, p. 17), esta proposta “reporta à Psiquiatria um campo epistêmico que delineia o ‘ideal da saúde mental’ [...] e edifica o ideal da ausência das doenças mentais no meio social”.

A desospitalização pretendida, no período citado, não pressupunha a criação de novos serviços, nem questionava o papel do hospital psiquiátrico como instituição total e da própria psiquiatria como campo do saber que se fundamenta historicamente no diagnóstico e na exclusão da loucura. Por essa razão, Amarante (1992) categoriza este momento como fundamentado no modelo preventivo-comunitário, que pressupõe a linearidade no desenvolvimento da saúde-doença, a existência de uma evolução histórica da apresentação das doenças no tempo e no espaço, tendo a estatística como grande instrumento de avaliação, podendo quase tudo ser reduzido à relação causa-efeito.

Segundo Amarante (1992), o que se viu a partir desta “nova” política foi a saída do paciente do hospital psiquiátrico sem articulação com outros serviços, passando a viver sem condições de exercer os seus direitos. Houve aumento dos ambulatorios de saúde mental, com consequente crescimento da demanda ambulatorial e hospitalar. Oliveira e Alesi (2005) referem que a desospitalização em nada modifica a definição de objeto, objetivos e instrumentos de intervenção previstos no modelo médico psiquiátrico tradicional.

A Reforma Psiquiátrica não pode ser compreendida como um rearranjo administrativo da rede de assistência, pois adota como radicalidade de sua proposição, a modificação de seu objeto de intervenção, da doença mental, abstratamente concebida, para um sujeito histórico que sofre de um transtorno mental.

A Reforma Psiquiátrica brasileira busca superar a noção da desinstitucionalização para além da de desospitalização, influenciada pelo referencial teórico e prático promovido pela Psiquiatria Democrática italiana, que surgiu no fim da década de 60 do século XX, sob a influência de Franco Basaglia. Ele propôs uma nova maneira de lidar com a doença mental, com o objetivo de recuperar a complexidade da loucura, que diz respeito ao homem, à família, à sociedade e a vários outros determinantes. Refere que o hospital psiquiátrico atua como um instrumento de repressão e controle:

A imagem do homem petrificado dos nossos hospitais, o homem imóvel, sem objetivo, sem futuro, sem um interesse, um olhar, uma expectativa, uma esperança para a qual apontar; o homem aplacado e livre dos excessos da doença, mas já destruído pelo poder da instituição; o homem que só poderá ser impelido à busca de si mesmo, à reconquista da própria individualidade somente pela posse da própria liberdade, se não quisermos que continue a identificar seu vazio interior com o espaço do manicômio (BASAGLIA, 2005, p. 27).

Nesta perspectiva, Amarante (1994) compreende a desinstitucionalização como desconstrução de saberes, discursos e práticas psiquiátricas que sustentam a loucura, reduzida ao signo da doença mental, e reforçam a instituição hospitalar. Busca a desconstrução de

técnicas e conceitos centrados na doença, podendo construir outras concepções de saúde, da doença e do terapêutico, produzindo espaços sociais que tornem possível a ausência do manicômio.

O Movimento se aproxima desta compreensão de desinstitucionalização quando se organiza a partir de ações de promoção da saúde mental, sendo conceituado por Alex:

[O Movimento é] um grupo de pessoas que têm uma profissionalidade, que trabalha com saúde mental, com a missão, a capacidade de não julgar, acolher as diferenças e de trabalhar com as pessoas, mas também tem a capacidade de estimular a transformação de qualquer tipo de pessoa que esteja pronto pra mudar (GF, p.3).

No desenvolvimento de suas atividades, Alex aponta uma concepção de saúde mental que não se pauta no diagnóstico, mas no cuidado e na possibilidade de dar suporte para o crescimento das pessoas, sejam crianças, adolescentes ou adultos. Busca reconhecer as necessidades e fragilidades de cada etapa da vida, estrutura ações diversificadas para responder às demandas de uma comunidade extremamente pobre, que convive diariamente com a fome, a violência e a falta de perspectiva. As ações do Movimento vão além das atividades terapêuticas que usualmente são predominantes nos serviços de saúde mental, ampliando-se para os campos da arte, cultura, formação e inserção no mercado de trabalho.

Quando o Movimento decidiu trabalhar com saúde mental, esta opção gerou algumas dificuldades na captação de recursos para o financiamento de seus projetos. Margarida conta que os financiadores questionavam:

O que é que este movimento, que é da saúde mental, tem a ver com isso? Então a gente justificativa, ia trabalhando todo esse processo e aos poucos o movimento ia sendo reconhecido né, até entender que cultura faz parte da saúde mental, até entender que trabalhar com crianças e adolescentes faz parte de uma promoção de saúde mental (GF, p.21).

Rotelli (2001b) diz que as instituições de saúde mental devem ser reinventadas para que sejam capazes de construir novas práticas de cuidado, redefinindo como objeto de trabalho a existência-sofrimento dos pacientes, superando o foco na doença, reconstruindo a complexidade do objeto que tinha sido extremamente simplificado em uma relação causa-efeito.

Margarida aponta a perspectiva do trabalho comunitário como capaz de assumir este desafio:

O movimento sempre trabalhou a perspectiva de promoção da saúde mental também né. Só que pra você promover a saúde mental, o Movimento pensou em várias atividades, a partir da própria demanda da terapia comunitária, então isso tá de certa

forma, trazendo outro estilo (...) se você tira a comunitária você vai cair sempre na questão da saúde mental, transtorno mental, do hospital, da medicação. Quando você abre pra comunitária você vai vendo outra perspectiva (GF, p. 20).

O Movimento, ao incorporar o comunitário em sua perspectiva de trabalho em saúde mental, reconhece que o cerne das decisões e dos enfrentamentos no espaço da saúde mental se encontra na comunidade, nos grupos, instituições e pessoas que convivem em seu entorno. Reconhecer a importância da comunidade na construção da saúde mental significa a emergência de novos espaços de expressão do diferente, em novas formas de pensar e sentir a realidade, desafiando sustentar a grandeza de criar modos de existência que potencializem a vida. Aprofundarei esta discussão apresentando a saúde comunitária, subtema que emergiu da rede interpretativa.

4.1.2 Saúde Mental Comunitária

A atenção à doença pressupõe a centralização no diagnóstico, prognóstico e terapia, quando o serviço absorve toda a função de cuidado sem interlocução com a comunidade. Compreender a existência-sofrimento tem como base um contexto específico, em um dado momento histórico que considera as relações estabelecidas em uma comunidade, com presença de solidariedade, conflitos e singularidades. Mas a que conceito de comunidade me refiro? O conceito de comunidade é controverso e questionável. Segundo Pereira (2001, p.146), o termo pode carregar em si distintas acepções, uma delas seria aquela que dissemina “[...] a fantasia da unidade, da uniformidade, da ilusão, da perspectiva dos elementos serem profunda e absolutamente solidários, cooperativos e coesos”. Nesse sentido, comunidade assume a conotação de estrutura unificadora, sem conflitos e com uma história de unidade comum. Acerca da mesma perspectiva, Zygmunt Bauman (2003, p.09) ancora suas críticas, chegando a defender que “comunidade é nos dias de hoje outro nome do paraíso perdido – mas a que esperamos ansiosamente retornar, e assim buscamos febrilmente os caminhos que podem levar-nos até lá”.

Concordo com Sawaia (1996, p.38) que refuta a conotação de comunidade como unidade consensual, quando afirma que esta “deve oferecer um espaço total de atitudes particulares”. Na mesma linha de pensamento, Góis (2008, p. 85) define comunidade como

[...] o lugar de moradia, de permanência estável e duradoura, de crescimento, de orientação e proteção da individualidade [...] apresenta um processo sociopsicológico próprio, cheio de contradições, antagonismos e interesses comuns

que servem de construção e orientação das ações dos moradores em relação ao próprio lugar e à sua inserção no conjunto da sociedade.

A despeito da polêmica em torno do tema, vejo a comunidade como organização societal enormemente potencializadora do desenvolvimento humano, um lugar privilegiado de interação e vinculação dos sujeitos. Portanto, *lócus* principal de atuação dos serviços na produção do cuidado, estabelecendo a crença no poder comunitário de tomada de decisões quanto às suas próprias questões de saúde-doença.

A Reforma Psiquiátrica brasileira trabalha com o conceito de território que se refere “à área de responsabilidade de uma unidade de saúde. Baseia-se em critérios de acessibilidade geográfica e de fluxo da população. Deve ser constituída por conglomerados de setores censitários” (SOUSA UNGLERT, 1999, p. 222). Além deste espaço geográfico, o território é gerador de uma dinâmica que envolve também uma territorialidade política e simbólica. De acordo com Filho e Nóbrega (2004), no território as pessoas e grupos estariam mais ligados ao espaço simbólico-cultural (ou comunitário) e às relações de afetividade, aí vivenciadas, do que ao espaço geográfico em si. Este espaço organizado subsidia uma ordem:

um referencial que permite aos atores dar um sentido ao mundo em que vivem e às suas próprias ações. Ela designa, classifica, liga, coloca em ordem. Define os próprios princípios de classificação que permitem ordenar a sociedade em grupos distintos, desde os grupos totêmicos até às categorias profissionais. Fornece esquemas de interpretação que dão sentido às dificuldades da existência, apresentando-as como elementos de uma ordem ou como fruto de sua perturbação (MOTTA, 1997, p. 27).

A perspectiva de trabalho no território se contrapõe ao modelo de atenção centrado nos especialismos, que adota uma perspectiva de saúde fragmentada, distante da realidade concreta dos sujeitos, o qual tem sido intensamente questionado desde a década de 1980, com o Movimento da Reforma Sanitária. A importância da produção deste espaço social capaz de acolher a loucura é fundamental quando historicamente os espaços institucionais que foram criados sob a lógica do manicômio, não tinham como objetivo o cuidado em saúde mental. Pautados no aprisionamento das singularidades, das diferenças, em um empenho de conduzir a uma normatividade social. Foucault (1975, p.66) afirma que em meados do século XVIII o mundo da loucura vai se tornando o mundo da exclusão, onde a internação “não põe em questão as relações da loucura com a doença, mas as relações da sociedade consigo própria, com o que ela reconhece ou não na conduta dos indivíduos”. Eram enclausurados os loucos, inválidos, pobres, mendigos, libertinos e velhos, que tinham em comum a incapacidade de tomar parte na produção, na circulação ou no acúmulo das riquezas, a internação adquirindo sentido na reestruturação do espaço social.

Foucault (1999), ao analisar o estatuto que a loucura vai adquirir na cultura ocidental, destaca sua relação com a experiência trágica do homem no mundo, em proveito da verdade e da moral. Na época Clássica, segundo Machado (1981), a loucura é excluída da ordem da razão, tendo em Descartes o grande marco filosófico, que vê a loucura como possibilidade de comprometer o pensamento - se alguém é louco não pode pensar. Para Descartes, não havia um pensamento louco, mas sim um homem louco. Portanto, o que distingue o homem do animal é a racionalidade, sendo que os loucos eram vistos como animais a serem domados.

No final o século XVIII, a loucura é designada como doença mental, quando, segundo Machado (1981, p. 87), a psiquiatria instala o silêncio do louco, quando afirma que esta ciência “adota como linguagem um monólogo da razão sobre a loucura”. Este autor relata que a grande mudança que assinala a segunda metade do século XVIII com relação aos loucos é o isolamento solitário proveniente da sua falta de razão, da incapacidade para o trabalho e periculosidade.

No século XIX, ocorreu a revolução psiquiátrica, quando a reclusão dos loucos toma um caráter de tratamento. Foucault (1975, p. 82) afirma:

reconstituiu em torno deles todo um encadeamento moral, que transformava o asilo numa espécie de instância perpétua de julgamento: o louco tinha que ser vigiado nos seus gestos, rebaixado nas suas pretensões, contradito no seu delírio, ridicularizado nos seus erros: a sanção tinha que seguir imediatamente qualquer desvio em relação a uma conduta normal. E isto sob a direção do médico que está encarregado mais de um controle ético que de uma intervenção terapêutica.

No desenvolvimento do conceito de loucura, existe uma recorrente explicação a partir da sua dimensão negativa, do que falta, da lógica cartesiana excludente: normalidade-loucura, razão-alienação. No processo de desinstitucionalização existe também, de forma premente, a resistência de um pensamento culturalmente instalado, no qual a ideia de cuidado, vida e esperança é perdida no emaranhado da doença. Portanto, a comunidade como espaço de cuidado da saúde mental necessita superar ações de prescrição, medicalização e normatização da dor.

Nicácio e Campos (2005) afirmam que os serviços de saúde mental devem reconhecer e acompanhar seus usuários em seus diferentes contextos de relações, reconhecendo os recursos institucionais e comunitários presentes no território, criando múltiplas formas de interação que sustentem e promovam novas possibilidades de vida. O processo de desinstitucionalização é uma construção cotidiana dos serviços de saúde mental,

um movimento contínuo e coletivo, em que se inauguram novas formas de relação com os usuários, entre os trabalhadores e com o território. Busca-se a diversidade de contratualidades, produzindo relações de reciprocidade e intenso confronto com a reprodução, rigidez e institucionalização.

É preciso reconhecer que não há saúde com ausência total de angústia e sofrimento, onde o limite é dado pelo próprio indivíduo, não podendo haver controle ou regulação do Outro. Para lidar com a saúde mental, é fundamental perceber a beleza da impermanência do humano, descrita por Gadamer (2006, p.136):

É difícil imaginar um estado permanente de bem estar. Me parece estranha a descrição do ser divino fornecida por Aristóteles, um ser que está contínua e ininterruptamente presente a si mesmo e desfruta de si em sua própria presença e na de todos, os quais lhe são concedidos mirar. Esse deus não pode, por exemplo, saber o que é despertar este momento em que o “ai” nasce e se torna claro, e quando ocorre tudo aquilo que se relaciona com o amanhã. Expectativa, preocupação, esperança, futuro, tudo isso reside no despertar, e lhe corresponde o segredo do dormir e do adormecer.

No reconhecimento da saúde como equilíbrio oscilante, da dor como parte da vida e de um processo de aprendizado, Alex fala de como o Movimento lida com o medo da loucura e o preconceito:

a saúde mental no movimento não é individual, é comunitária, a saúde mental é comunitária, não é saúde mental das pessoas, mas a saúde mental coletiva, então nessa perspectiva o preconceito faz parte de um tratamento. Tratar uma família inteira, então uma família que tem uma pessoa com problema e a pessoa tem que ser tratada, através do preconceito você trata todo mundo (GF, p.20).

Flor de Lótus fala como a vivência de sua dor foi oportunidade de mudança da compreensão das pessoas com quem convivia no trabalho, onde o cuidado almejava mais que a exclusiva remissão de sintomas psiquiátricos:

Eu trabalhava na casa dessa família né e toda quarta-feira eu vinha para o Movimento. Muitas vezes, quando a gente tá assim trabalhando (nos grupos terapêuticos), mexe na ferida e você chora, você revivencia as coisas ruins. Eu chegava lá e às vezes ela (a patroa) dizia “Que diabo é isso, tu vai pra um grupo pra se sentir bem e chega desse jeito?”. Aí eu ia explicar pra ela, ela tinha uma rejeição muito grande à psiquiatria, a família dela toda tinha, porque ela já tinha ido a um psiquiatra e tinha tomado muito remédio (...). Aí eu explicava pra ela o que é que acontecia, como era a atividade, pra de certa forma ela me entender (...) e quando foi dois anos depois ela chegou até a trazer a irmã dela pra cá, pra se cuidar no grupo. Assim, vai quebrando essa questão do preconceito. Porque eu acho que as pessoas tratam a gente com preconceito é porque de certa forma também a gente aceita isso (GF, p.18).

Estas mudanças ocorreram porque as estratégias de cuidado do Movimento estavam sintonizadas com os projetos de felicidade dos sujeitos. Lembro de Franco et al.

(2009) que a partir de Deleuze e Guatarri fala do desejo enquanto força propulsora da ação, que tem a energia capaz de criar um novo devir para o mundo da vida, com aspectos de revolução. O desejo enquanto propulsor de realização dos projetos de felicidade que têm intensa repercussão no modo de vida do sujeito e nos Outros. Ayres (2004, p.19) diz que “a noção de felicidade remete a uma experiência vivida valorada positivamente, experiência esta que, frequentemente, independe de um estado de completo bem-estar ou perfeita normalidade morfofuncional”. Esta forma de cuidar não persegue uma normatização, pois nesta relação se acolhem os medos, angústias e desassossegos do outro e de nós mesmos, podendo superar a correria, os vícios do trabalho, as intolerâncias e a cronificação das práticas.

Outro autor que apresento para dialogar sobre saúde comunitária é Góis (2008, p.104) que aborda a saúde como “um conceito positivo e coletivo, por nela se considerar como ponto de partida, o potencial de vida e a experiência acumulada, presentes em cada morador e entre os moradores”. Esta perspectiva nasce do princípio de que a nossa sociedade é uma sociedade de classes, e que a saúde tem uma origem, além de natural, profundamente histórico-cultural e ideológica.

No início do Movimento o ponto de partida foram os moradores do bairro Bom Jardim que tinham uma caminhada missionária junto com os padres Combonianos desde 1986. Padre Rino, ao chegar ao Bom Jardim, descreve o que encontrou:

No Bom Jardim existia a chamada Comunidade de Comunidade, profundamente sistêmica, com descentralização, protagonização de leigos, união entre fé e vida, conscientização política, participação nos movimentos sociais. Então o background, o terreno onde eu semeei estava muito pronto, estava aberto (entrevista, p. 12).

Desta forma, foi considerado na base de criação do Movimento, o lugar físico-social, o modo de vida da população e o potencial de desenvolvimento dos moradores. O Movimento começou com a construção de uma palhoça, baseada no modelo do Projeto quatro varas⁴, desenvolvido pelo psiquiatra Adalberto Barreto, em Fortaleza-CE, no bairro Pirambu. As atividades do Movimento iniciaram com a formação dos primeiros terapeutas comunitários do bairro, que foram voluntários para criação de vários espaços de escuta e acompanhamento terapêutico.

⁴ O Projeto quatro varas nasceu, segundo Giffoni (2008), 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 (MISMEC).

Para desconstrução da rede de instituições totais em saúde mental, de acordo com Vieira Filho e Nóbrega (2004), é necessária uma estratégia política, institucional e técnico-profissional de desmontagem do circuito hospitalocêntrico e das representações sociais excludentes. Em contrapartida, deve-se buscar construir novas práticas e instituições que questionem continuamente as formas recicladas de opressão, repressão e exclusão social do usuário. Essas mudanças permitiriam a manifestação de um fluxo dialógico nas práticas intra e interinstitucionais, como também invenções terapêuticas comprometidas com a sua liberdade e inclusão social.

Para facilitar o estabelecimento de redes de cuidado em saúde mental, o Ministério da Saúde propôs a estratégia do Apoio Matricial, definida como:

Um arranjo organizacional que viabiliza o suporte técnico em áreas específicas para equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde. Nesse arranjo, a equipe de saúde mental compartilha alguns casos com as equipes de Atenção Básica. Esse compartilhamento se produz em forma de corresponsabilização pelos casos, que podem se efetivar através de discussões conjuntas de casos, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos, e também na forma de supervisão e capacitação (BRASIL, 2005, p. 34).

Para Dimenstein et al. (2009), a articulação realizada pelo matriciamento cria a possibilidade de efetivar a tão almejada clínica ampliada, cuja função, por excelência, seria acompanhar movimentos, metamorfoses subjetivas, paisagens que vão se processando cotidianamente na vida, proporcionando um meio criador para encontros e composições. Uma clínica como prática política que tem a ver com afeto e com a fabricação de modos de existência para facilitar o direcionamento dos fluxos na rede, promovendo uma articulação entre os equipamentos de saúde mental e as Unidades Básicas de Saúde.

Para discutir o enfoque da Saúde Comunitária trago Góis (2008) que apresenta as distinções deste modelo em relação ao modelo clínico tradicional:

Quadro 02 - Saúde Comunitária e modelo clínico tradicional

Dimensão da Ação	Saúde Comunitária - Facilitação -	Serviços Clínicos Tradicionais - Intervenção -
Lugar de atuação	Comunidade (sócio-ambiental)	Instituições de Saúde
Focalização	Ênfase no potencial da comunidade	Ênfase no problema individual
Tipo de serviços	Ênfase em serviços preventivos	Ênfase em serviços terapêuticos
Como se distribui o serviço	Prioridade para as atividades de educação	Serviços clínicos diretos aos clientes individualizados
Estratégias de serviço	Dirigidas a um grande número de pessoas, incluindo psicoterapia breve e intervenção em crise.	Medicina e Psicoterapia individual prolongada
Tipo de planejamento	Planejamento dirigido às necessidades, problemas de alto risco e coordenação de serviços	Serviços individuais não planejados, sem coordenação comunitária, demanda espontânea, longas listas e filas de espera.
Recursos humanos	Profissionais de Saúde, não profissionais, estagiários, pessoas pertencentes à comunidade.	Profissionais tradicionais de saúde (Enfermeiro, Médicos, Psicólogos, Assistentes Sociais, Odontólogos, Terapeutas Ocupacionais e outros).
Tomada de decisões	Responsabilidade compartilhada entre a comunidade e os profissionais.	Controle profissional de todos os serviços de saúde.
Supostos etiológicos	Origem social da enfermidade e do transtorno mental.	Causa intrapsíquica ou orgânica da enfermidade.

Fonte: Adaptado de Bloom (1973) por Góis (2008, p.105).

No quadro 01, o enfoque da Saúde se dá na comunidade e com a comunidade, reconhecendo o seu potencial social de saúde. Nesta visão, a saúde é compreendida como um valor que, muitas vezes, se apresenta de forma diferente entre os moradores da mesma comunidade, para o qual, portanto, é preciso criar espaços de diálogo-vivência-ação visando à construção de um olhar coletivo e de uma prática coletiva em saúde. Para Góis (2008), a preocupação é fomentar e facilitar a formação e/ou fortalecimento de grupos comunitários, trabalhar com os moradores na direção de metas, aspirações e tarefas compartilhadas que integrem e fortaleçam as redes comunitárias de proteção e cuidado.

A ênfase é na prevenção e promoção, na educação, em estratégias metodológicas de participação social e mobilização social direcionadas para grupos, coletivos ou categorias e setores da comunidade/território. A atuação requer a compreensão integral da realidade comunitária, um olhar para essa realidade de modo multidimensional e multidirecional, compreendendo suas forças e fraquezas, sua história, cultura e subjetividade:

Olhar a comunidade em sua fragilidade e, ao mesmo tempo, em seu potencial de saúde e desenvolvimento, não significa esquecer as desigualdades sociais, as questões de classe, a ideologia de submissão e resignação e a identidade de oprimido e explorado, mas sim explicitá-las, compreendê-las na direção da saúde da população, de sua vida, libertação e cidadania (GÓIS, 2008, p. 106).

Esta perspectiva da Saúde Comunitária é amplamente observada no Movimento quando se estrutura por meio da Abordagem Sistêmica Comunitária (MOVIMENTO DE SAÚDE MENTAL COMUNITÁRIO, 2008), que está descrito no capítulo metodológico.

O padre Rino fala dos pressupostos teóricos que fundamentam esta abordagem, a psicologia da libertação de Martín-Baró, a Educação Libertadora de Paulo Freire e a Teologia da Libertação de Leonardo Boff. Padre Rino afirma que a semente da abordagem sistêmica se inscreve em sua história de vida:

Mudava a percepção né, como mudava a questão do foco né que no lugar de você ver árvore você vê a floresta como um todo. Então a semente da sistêmica veio daí né, ver as coisas como interligadas (...) porque realmente a cultura indígena se liga com a minha cultura do campo, de ter a liberdade de nadar no rio nu, de trepar nas árvores e de fazer as coisas mais indígena mesmo né. Depois eu descobri que a cultura lakota tem uma cosmologia que é sistêmica, que é a cara da teoria da complexidade e tá tudo interligado (entrevista, p. 8).

Esta abordagem reconhece a interação entre as várias experiências e disciplinas como facilitadores do desenvolvimento humano e da própria comunidade integrando as atividades terapêuticas, mas também a participação popular nos conselhos comunitários de saúde, nos fóruns de enfrentamento à violência contra crianças e adolescentes, a participação em conselhos comunitários, as atividades de promoção a saúde, as manifestações culturais, os cursos de profissionalização, a mobilização por melhorias estruturais do bairro como saneamento básico e segurança pública.

Além dos aspectos terapêuticos há uma preocupação do Movimento com a profissionalização das pessoas, reconhecendo a necessidade da existência de ações de formação e capacitação para o mundo do trabalho, a partir das necessidades da comunidade. Padre Rino fala do investimento do Movimento na profissionalização dos moradores do Bom Jardim:

Infelizmente as pessoas da comunidade são aqueles de nível médio. Tínhamos só uma terapeuta ocupacional que era mesmo da comunidade. Mas por quê? Por que atualmente ainda não tem médicos no Bom Jardim? O único psiquiatra do Bom Jardim sou eu atualmente, porque quando eu cheguei em noventa e seis só 1% da população do Bom Jardim tinha acesso a universidade, desse número não se tinha classificação de quantos conseguiam terminar a faculdade e de medicina (hoje) tem três ou quatro estudantes do Bom Jardim, já. E vão ter mais né. Por isso que inclusive tem um cursinho pré-vestibular desde noventa e seis, e essa foi a primeira coisa que a gente detectou logo (entrevista, p.23).

De acordo com o que vem sendo exposto acima, o Movimento se organiza procurando desenvolver os potenciais da comunidade, reconhecendo suas raízes e formas de enfrentamento. Ao qualificar as pessoas da comunidade para o trabalho, incluindo-as nos serviços realizados para a própria comunidade, este profissional tem maiores condições de imprimir em seu cotidiano algumas diferenças, pelo conhecimento que tem da comunidade, a possibilidade de vínculo que advém do sentimento de pertencimento e uma linguagem mais próxima das pessoas. Esta dimensão favoreceria o acolhimento e a humanização das práticas realizadas. Reconhecendo este fato, o Movimento acolhe prioritariamente os profissionais da comunidade, quando estão qualificados para exercer as funções exigidas na instituição.

Apresentarei agora como se organizam as práticas de cuidado do Movimento ao discutir a dimensão técnico-assistencial do serviço. Lembro que esta dimensão vai ser apresentada a partir da vivência dos sujeitos da pesquisa nas atividades de cuidado do Movimento.

4.2 Dimensão Técnico-Assistencial

Na dimensão técnico-assistencial da Reforma Psiquiátrica, se discute o novo modelo assistencial, da possibilidade de fortalecimento de uma rede territorial de atenção à saúde mental, com características de interdisciplinaridade e intersetorialidade. A interdisciplinaridade, segundo Vieira Filho e Nóbrega (2004), é uma vivência de cooperação nas relações de poder e interlocuções entre colegas, onde a horizontalização do poder facilita o fluxo comunicativo entre profissionais e a possibilidade de exercer diferentes papéis e funções relativas ao contexto interventivo multifacetado. Neste sentido, há um trabalho coordenado na realização das diversas ações de saúde mental, com uma coerência entre saberes e fazeres.

A perspectiva da intersetorialidade é baseada na construção de uma rede de acolhimento e cuidado, flexíveis e que façam uma ponte com outros setores, principalmente assistência social, educação e cultura. O trabalho intersetorial é uma linha estratégica para promover a responsabilização pactuada entre diversos gestores, profissionais e os sujeitos como protagonistas dos serviços de saúde.

A dimensão técnico-assistencial apresenta, segundo Yasui (2006), um constante movimento entre a prática e a teoria, propondo a construção de uma nova organização de serviços, articulando uma rede de espaços de sociabilidade, de produção de subjetividades, de

geração de renda, de apoio social, de moradia, enfim, de produção de vida. Para Amarante e Torre (2001), este modelo deve instrumentalizar as pessoas para o exercício da vida civil, criando uma rede assistencial externa intermediária, não-cronificante e não-burocratizada, ligada à sociedade e à comunidade.

Amarante e Torre (2001) apontam uma discussão importante, referindo que muitos serviços de saúde mental se dizem inovadores e substitutivos à lógica manicomial, mas precisam ser avaliados de forma consistente em sua relação com a loucura. Estes novos serviços devem promover:

rupturas – aqui entendidas no sentido epistemológico ou arqueológico, de rompimento radical com determinado paradigma, ou de construção de um novo paradigma – com o modelo anterior, é o de produzir estruturas ou recursos que efetivamente não reproduzam as bases teórico-práticas do modelo psiquiátrico clássico, que fundou a noção de doença mental como sinônimo de desrazão e patologia, que fundou o manicômio como lugar de cura e que fundou a cura como ortopedia e normalização (AMARANTE e TORRE, 2001, p. 35).

Se não existirem rupturas, não existem serviços novos, mas apenas maquiagens nos velhos moldes do asilo. Apresento agora a discussão da dimensão técnico-assistencial no Movimento, a partir dos temas da rede interpretativa: a chegada ao Movimento e práticas de cuidado, buscando descortinar suas práticas e sua relação com a loucura.

4.2.1 Chegada ao Movimento

Normalmente, as pessoas chegam ao Movimento por meio da Terapia Comunitária. É um espaço aberto para escuta, reflexão e troca de experiências, em que os participantes se encontram para buscar soluções para seus conflitos pessoais e familiares. No Movimento existem 08 grupos de Terapia Comunitária, que acontecem em diversos espaços do Bom Jardim: Casa do Idoso, Postos de saúde, salão da Igreja Católica, Palhoça do Movimento, CAPS e a Oca Terapêutica na Aldeia dos Pitaguary, atendendo aproximadamente 500 pessoas por semana (MOVIMENTO DE SAÚDE MENTAL COMUNITÁRIO DO BOM JARDIM, 2010). Estes grupos funcionam de segunda a sábado, em uma estrutura que não limita o número de participantes, estando abertos para pessoas da comunidade, visitantes do Movimento ou curiosos. A participação é espontânea, não sendo necessário prévio agendamento.

Ao participar de um Grupo de Terapia Comunitária, vi cerca de 30 pessoas na palhoça, em círculo, ansiosas, esperando um momento de escuta e aconchego. A facilitadora inicia o encontro dizendo que aquele é um espaço para quem tem “dores na alma” e descreve

as regras do grupo: fale eu, não diga nós, assuma o que você está passando; faça silêncio pois todo mundo quer ser escutado; não julgue, não existe o certo ou errado, não procure culpados; não dê conselho, divida como enfrentou seus problemas e cada um decide a forma de enfrentar os seus; não fale segredos, mas coisas que deseja partilhar.

Escutei dores diferentes, desde a mulher que tinha medo de sair sozinha; a mãe preocupada com o filho que tinha insônia e falava sozinho; a mulher jovem que tinha se prostituído, com história de abandono e violência familiar. Percebi muita tensão emocional, apenas uma pessoa tem espaço maior para falar, aquele que o grupo votou. Ao final, existe música, abraços e acolhimento. As facilitadoras ficam ao final para orientações e encaminhamentos para outras atividades ou serviços.

O Movimento é um dos 14 polos formadores em Terapia Comunitária do país, reconhecido pela Associação Brasileira de Terapia Comunitária – Abratecom (MOVIMENTO DE SAÚDE MENTAL COMUNITÁRIA DO BOM JARDIM, 2009). Os grupos de Terapia Comunitária do Bom Jardim são campos de estágio para esta formação e muitos terapeutas são da própria comunidade, pois o Movimento oferece os cursos de formação para entidades que trabalham com famílias, crianças e adolescentes em situação de risco e para as comunidades eclesiais e pastorais sociais.

A partir dos problemas socializados na Terapia Comunitária é que o Movimento conhece as necessidades da comunidade e organiza as demais atividades do Movimento. Paulo e Jarbas falam da palhoça onde iniciaram a Terapia Comunitária. Jarbas intitula a foto 7 que representa a Terapia Comunitária como “um momento difícil”, e Paulo apresenta a foto 5, intitulando “a palhoça: onde tudo começou”:



Foto 7: Um momento difícil



Foto 5: A palhoça: onde tudo começou

Jarbas diz que iniciar pela Terapia Comunitária foi muito difícil por ter que expor seus problemas para muitas pessoas desconhecidas:

Foi complicado, ter que me expor assim, mas aí as terapeutas passaram uma coisa assim, que eu fiquei seguro, que as coisas que você falava, que eu podia falar, que deveria confiar no grupo e acabei naquele mesmo dia, partilhando a minha dificuldade. Foi muito legal a experiência (entrevista, p.2).

Reconhece até hoje a importância destas terapeutas que o receberam e que ainda estão no Movimento. As fotos 5 e 6, Jarbas intitulou “a recepção do Movimento”:



Fotos 5 e 6: A recepção do Movimento

Entrar no Movimento não segue nenhum protocolo burocrático, a procura é espontânea, por meio das indicações de amigos, familiares ou encaminhamentos de outras paróquias ou serviços de saúde. As pessoas chegam com histórias de depressão, tentativa de suicídio, medo e desesperança. Rute e Jarbas falam deste começo:

eu vivia praticamente dentro de uma rede, não queria mais viver, a vida não valia a pena, e só ia pro médico pegar mesmo os remédios, diazepam e lexotan, somente. Quando eu ia, eles me davam o internamento pra ir pro hospital psiquiátrico e eu morria de medo, dizia pro médico que eu não sou louca, (...) é uma tristeza muito grande, dói muito, uma vez eu perguntei assim, se ele sabia o que era dor na alma, eu acho que ele disse assim “Ela é louca mesmo” (Rute, GF, p.2).

Eu vim de um hospital público né, do hospital mental, não olhavam pra mim, não conversava, não tinham tempo. Então eu tive que abandonar aquele tratamento, não tava funcionando, eu só dormia, só vivia dentro de casa. Então pra mim eu acho que o Movimento foi um caminho né, até as pessoas que estavam perto de mim não acreditavam que conseguisse voltar a realmente conviver na sociedade (Jarbas, GF, p.4).

Chegam ao Movimento com grande fragilidade emocional, culpa, medo, baixa estima, imersos em sintomas que não eram acolhidos como expressão da sua existência. Outras pessoas como Margarida e Inaê referem outros motivos para entrar no Movimento.

Elas são moradoras do Bom Jardim e participavam do grupo das Comunidades Eclesiais de Base (CEBs). Frequentavam o grupo de autoestima e foram chamadas pelo padre Rino para construir a proposta da Organização Não-Governamental (ONG). Margarida fala deste começo:

eu vim pra cá também, vim nessa perspectiva das Comunidades Eclesiais de Base, uma vontade de fazer algo diferente e que eu não conseguia. Era algo que me impulsionava muito, então assim, eu comecei a participar, da terapia e eu vim né, participar como alguém que precisava de um espaço (...) trabalhava muito a questão pessoal, foco individual, coletivo, a comunidade (GF, p.4).

Alex entrou no Movimento por curiosidade, viu um vídeo do Movimento, na casa de seus pais na Itália, em uma visita do Padre Rino e achou interessante a experiência. Essa diversidade de motivos mostra que o Movimento é uma instituição que possui um caráter flexível de inclusão, não restringindo o acesso pelo diagnóstico, situação social ou território de origem. Da Terapia Comunitária as pessoas podem escolher um leque de opções de cuidado para participar, desde as diversas abordagens terapêuticas, atividades ligadas à arte e cultura ou cursos de formação. A inclusão de cada pessoa nos grupos do Movimento parte de um pressuposto básico: você tem vontade de participar? Quer conhecer para ver se gosta, se é uma abordagem que te conduz ao autocuidado e autoconhecimento?

Este parece um cotidiano que aponta para a saúde, como definido por Mecca e Castro (2008, p. 381):

quando pensamos em um cotidiano que aponte para saúde, ele deve se constituir com base nas escolhas de cada sujeito e compartilhado numa rede de encontros capaz de absorver o que o sujeito puder expressar, a emergência do desejo e do sentido. Um cotidiano que se apresenta de maneira porosa ao aparecimento do inusitado, do estranho, às diversas formas de ser e estar no mundo, às possibilidades de criação de encontro do que é próprio com o que é compartilhado.

A capacidade de acolhimento do Movimento é algo amplamente destacado por todos os sujeitos da pesquisa, quando usam diversas metáforas para designar o Movimento: útero, mãe que abre os braços, grande família, fonte de vida, espaço de renascimento, local de sentir as sensações e de reaprender a andar, acolhe as diferenças, ajuda a crescer. São figuras que falam além de uma linguagem estática ou de um jargão, percebidas em cada ida minha ao Movimento, na recepção, no interesse em orientar, na disposição em ajudar, no olhar, no aperto de mão ou abraço.

Paulo e Jarbas falam desta entrada no Movimento, reconhecendo a palhoça onde foram acolhidos. Jarbas apresenta a foto 13, intitulando “a entrada no Movimento, um recanto”, e Paulo apresenta a foto 8, intitulando “aqui mudou a minha vida”:



Foto 13: A entrada no Movimento, um recanto



Foto 8: aqui mudou a minha vida

É um espaço definido por eles como prazeroso e quente de afetos. Paulo fala de como chegou à palhoça pela primeira vez:

aí quando eu cheguei aqui eu tava bem mal, pra caramba, me tremendo, um choque, não conseguia andar direito, se batendo. Aí quando eu cheguei aqui, no mesmo dia, as coisas começaram a melhorar, aos poucos (entrevista, p.1).

O acolhimento se constitui como uma tecnologia leve, relacional, que tem como componente a relação entre o profissional de saúde e o usuário que pressupõe a escuta, a responsabilização e a autonomia dos sujeitos. O acolhimento acontece para além de um dia marcado para triagem, em uma rede de conversações. Teixeira (2003, p. 100) concebe que o acolhimento:

tem em todos os lugares e o papel de tudo receber, tudo interligar, tudo mover por esse espaço. É o elemento que, de certa forma, conecta uma conversa à outra, interconecta os diferentes espaços de conversa. Em qualquer encontro trabalhador-usuário, em qualquer de nossas conversas, não cessamos de “acolher” novas possíveis demandas que, eventualmente, “convidam” o usuário a frequentar outros espaços, a entreter outras conversas.

O acolhimento então se constitui em uma rede de encontros, para além das técnicas assistenciais, em que sempre surgem novas necessidades, que possam vir a ser satisfeitas pelo serviço. Este acolhimento admite diferentes trânsitos pelo serviço, mediados pelo prazer e pela necessidade dos sujeitos.

Para Matumoto (2008), o acolhimento é mais do que um fenômeno linguístico, devendo efetivar-se na intencionalidade de ações e organização do serviço de saúde. Ele possibilita a captação das necessidades de saúde manifestadas pelo usuário tendo como consequência uma resposta da instituição de saúde, um processo de trabalho que concretize

ações que respondam às necessidades escutadas. Desta maneira, o acolhimento tem a potencialidade de inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde.

Fracolli e Zoboli (2004) referem que o acolhimento deve partir de três princípios, sendo o primeiro, atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. Assim, o serviço de saúde assume sua função precípua, de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população. O segundo princípio é a reorganização do processo de trabalho, de forma que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde. A consulta médica é requisitada só para os casos em que ela se justifica. O último princípio é a qualificação da relação trabalhador-usuário, tendo como base os parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania. Essa é a argamassa capaz de unir solidamente os trabalhadores e usuários em torno de interesses comuns.

Goldeberg (1996), falando de acolhimento no CAPS, afirma a importância de receber cada pessoa do jeito que ela é, em um processo de abertura ao Outro:

Há o acolhimento que ocorre sob esta atmosfera de disponibilidade da equipe (...), para recorrer mais uma vez aos termos de Jean Oury: “Para acolher alguém, é necessário colocar-se na mesma paisagem: sente-se, então, tudo. Não é por intuição, é direito. Não é tampouco “visível”, mas é algo do sentir. Participa-se”. Nesse sentido, acolher um paciente pela primeira vez, por exemplo, não é estar do outro lado de uma mesa, observando o comportamento, mas estar disposto a recebê-lo e estar com ele *na* situação, participando, tentando aprender um código desconhecido (GOLDEBERG, 1996, p. 41).

Na acolhida de um serviço de saúde mental destaco também a seriedade que deve ser dada à fala e expressão do sujeito, favorecendo com que ele seja o protagonista do seu tratamento, desde o momento da entrada no serviço. Mesmo que o seu pensamento esteja confuso, de difícil compreensão, devo procurar me aproximar deste código desconhecido, como diz Goldeberg. Esta fala, que se diz desestruturada pelos manuais de psiquiatria, traz pedaços da história de vida de uma pessoa, seus problemas não resolvidos, seus amores inacabados, fragmentos imersos em uma sensação de sofrimento e desmerecimento intenso.

Dimenstein et al (2005) afirma que ainda há muitos entraves para a acessibilidade do usuário ao campo da saúde mental, pois as unidades básicas de saúde vêm tradicionalmente respondendo por menos de 10% da demanda, quando deveria ser o local privilegiado de acolhimento, evitando que o hospital psiquiátrico se configure enquanto porta de entrada para os serviços. Esta realidade confirma a dificuldade de inserção da saúde mental na atenção básica e o papel centralizador ocupado pelo hospital psiquiátrico na rede de

cuidados. Considera-se que é preciso conhecer a qualidade do atendimento que é ofertado, que práticas de saúde são produzidas, ou seja, que estratégias podem ser produzidas pelos serviços para que essa demanda em saúde mental encontre resolutividade sem que seja necessário recorrer ao hospital psiquiátrico.

No Movimento foi destacada pelos sujeitos desta pesquisa, a existência de um acolhimento que se baseou na escuta, no abraço, no olhar, no respeito às possibilidades de escolha, na crença de que cada um era um sujeito de possibilidades. Foi percebido também o acolhimento pelo cuidado com a ambiência, organização e limpeza do espaço, presença de plantas e animais. Quanto à equipe técnica, não há centralização no profissional médico, sendo os terapeutas comunitários os principais agentes de escuta e encaminhamento da pessoa que busca o Movimento. Foi reconhecido um acolhimento para do atendimento, em uma dimensão técnica e relacional.

4.2.2 Práticas de cuidado

As práticas de cuidado do Movimento fazem parte da Abordagem Sistêmica Comunitária (MOVIMENTO DE SAÚDE MENTAL COMUNITÁRIO DO BOM JARDIM, 2008) que é uma abordagem de múltiplo impacto, pois abre um leque de oportunidades de escolha, vendo as necessidades de cada faixa etária e dos diversos modos de existência, desejos e habilidades.

As pessoas com transtornos mentais estão nos mais diversos grupos, não restringindo a participação às abordagens terapêuticas, mas participam dos grupos ligados à arte e espetáculo, dos cursos profissionalizantes e diversas formações oferecidas pelo Movimento. Na composição dos grupos as pessoas não são identificadas pelo diagnóstico, sendo levado em conta o interesse e a possibilidade de assumir os horários e tarefas propostas pela atividade. Algumas pessoas são encaminhadas pelos profissionais de saúde, mas encontramos a divulgação dos cursos, oficinas e formações nos portões do Movimento, nos murais e na mídia. Participam tanto pessoas da comunidade como de outras instituições interessadas, não havendo seleção pela procedência, *status* social ou condição financeira.

Nas práticas de cuidado do Movimento, a dor não é desmerecida, nem enfocada, mas faz parte do processo de vida e não pode ser descontextualizada de suas formas de expressão no trabalho, na família ou nas relações sociais. Suzana fala disso, relatando sua entrada no Movimento com uma história de depressão psicótica, com várias tentativas de

suicídio, tendo sido acompanhada anteriormente em um CAPS apenas pelo psiquiatra com uso exclusivo de medicação. Suzana percebe que é vista no Movimento de forma diferente:

Fui num CAPS convencional e não foi a mesma coisa. Por quê? Porque aqui eu me senti parte de uma comunidade né, as minhas habilidades não foram desconsideradas, e quando eu cheguei pra ser atendida eu tava com uma patologia grave né, eu tava a todo instante praticamente tirando a minha vida. Mas a partir do momento que eu comecei a me estabilizar um pouco e não foi desconsiderado que eu tinha acabado de terminar uma graduação, não fui empurrada de diazepam e amytril como fui no outro CAPS né, no CAPS convencional. Então eu fui direcionada e fui convidada a fazer um curso de teclado né e até já saí tocando a música Asa Branca na primeira aula, então pra mim foi assim maravilhoso (GF, p.11).

A participação nos grupos não tem fins exclusivamente direcionados à remissão do sintoma, mas em uma perspectiva de crescimento pessoal, oportunidade de profissionalização ou descoberta de novas habilidades. Jarbas passou 2 anos sem sair de casa, tinha medo de passar mal, de que algo extremamente ruim e sem controle pudesse tomar-lhe conta. Iniciou participando da Terapia Comunitária precisando de um amigo para lhe acompanhar. Depois de ir ao Movimento, várias vezes acompanhado, foi sentindo maior segurança e confiança para ir sozinho às atividades. Jarbas conta que começou a participar de outros espaços do Movimento a partir de um convite:

O Movimento não é um posto que atende como o consultório mas lhe dá oportunidade. Eu lembrei que quando eu cheguei lá no consultório do padre Rino ele disse “ei, macho, vai abrir a Casa de Aprendizagem, e aí? Vai ver lá os cursos que vai acontecer lá”. Então achei interessante e fui (GF, p. 17).

Rotelli (2001b, p.91) afirma que os novos serviços de saúde mental deverão 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, sendo capaz de criar novas oportunidades e possibilidades para esta pessoa com transtorno mental. Rotelli (2001b) diz que são necessários laboratórios e não ambulatorios, definindo como laboratório um lugar de produção de cultura, de trabalho, de intercâmbio e de relações entre artistas, artesãos, pessoas doentes ou não.

O cuidado que facilita a emancipação pressupõe a existência de uma relação dialógica, em que a pessoa com transtorno mental 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. Freire (1983) afirma que a dialogicidade crítica pressupõe então um projeto humanizante e democrático, onde se aliam um aprofundamento da consciência de si mesmo e do mundo, em que o saber de um não se sobrepõe ao conhecimento dos demais. Na essência desta relação dialógica, está a palavra autêntica:

que é trabalho, que é práxis, é transformar o mundo, dizer a palavra não é privilégio de alguns homens, mas direito de todos os homens. Precisamente por isto, ninguém pode dizer a palavra verdadeira sozinho, ou dizê-la para os outros, num ato de prescrição, com o qual rouba a palavra aos demais (FREIRE, 1983, p.93).

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:

Não há diálogo, porém, se não há um profundo amor ao mundo e aos homens. Não é possível a pronúncia do mundo, que é um ato de criação e recriação, se não há amor que a infunda [...] Porque (o amor) é um ato de coragem [...] o amor é compromisso com os homens. Onde quer que estejam estes, oprimidos, o ato de amor está em comprometer-se com sua causa. A causa de sua libertação (FREIRE, 1983, p. 93-94).

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.

No Movimento, é consenso entre os participantes da pesquisa a sensação de ser amado, poder se expressar, não ser julgado. Em cada atividade é utilizada como fundamento metodológico a possibilidade da expressão da afetividade, significando cuidar do outro, acolher, demonstrar importância. Flor de Lótus se emociona ao relatar a importância de cada grupo em que participou, onde “um simples toque, um simples olhar foi muito forte pra mim (...) na minha família não tinha esta questão de cheiro, de abraço” (GF, p. 7, L. 33-36). A relação de afeto também se expressa no enfrentamento dos conflitos, como continua o relato de Flor de Lótus. Ela diz que é muito explosiva, ansiosa e quando se viu sobrecarregada com a coordenação da Casa de Aprendizagem, quis sair, fugir. Margarida que era a coordenadora geral na época, disse: “calma, que você é capaz”. Flor de Lótus gritou com Margarida, sentindo-se impotente e incapaz de lidar com suas dificuldades:

Eu lembro que eu gritei com a Margarida, eu gritei com o padre Rino e assim, se fosse numa empresa ou em qualquer outro trabalho eu tinha sido era expulsa né. Mas a gente no Movimento tem essa questão da abertura pra entender por que é que você chegou a tal ponto né. Se eu explodi, se eu cheguei assim em determinado momento, as pessoas que estavam ali na direção né, tinham a capacidade de enxergar que eu tinha um motivo pra tá daquele jeito. Então é isso que eu acho que o Movimento tem de muito forte e que faz a gente se sentir nessa família, porque numa família um pai não vai expulsar um filho quando ele tá chorando ou quando tá exausto ou quando tá com alguma coisa (GF, p. 15).

Rute e Inaê também falam desta forma amorosa de ser tratada diante dos problemas que muitas vezes não conseguem enxergar. Há uma atividade que foi destacada pelo grupo chamada Cuidar do Cuidador: periodicamente os cuidadores (efetivos e voluntários) se reúnem por cerca de 2 dias em uma praia ou local afastado, para realizar diversas vivências que possam facilitar a comunicação, a integração entre os diversos espaços, a resolução de conflitos e a oportunidade de realizar um trabalho terapêutico que possa fortalecer o autocuidado e o autoconhecimento. Esta atividade não acontece com a mesma constância do passado, sendo referida pelo grupo como importante para que o Movimento não perca “a sua cara”, que é a capacidade de acolher o outro.

As atividades do Movimento estruturam um cuidado permeado pelo afeto constituindo uma circularidade, fortalecendo relações interpessoais mais amorosas que extrapolam a atividade de trabalho, bem como a implantação de novas metodologias de caráter dialógico e vivencial. Flor de Lótus diz que participando de várias atividades e formações se conhece mais, aprende novas habilidades e pode colocar em seu planejamento ações que deram certo em seu grupo. Ela afirma que “comecei a fazer com os meninos (do projeto Sim à Vida) o círculo de relaxamento, porque teve uma experiência no Siqueira com a Fátima (...) e a gente percebeu um progresso muito grande” (GF, p. 9).

Em cada atividade realizada pelo Movimento, é reservado um tempo de sua carga horária para vivências que desenvolvam a autoestima. Esta mudança metodológica aconteceu pela observação dos primeiros grupos de trabalho ligados à profissionalização e geração de emprego e renda. Percebiam que as pessoas faziam os cursos, mas não entravam no mercado de trabalho. Sentiam-se inseguras, incapazes, com medo do novo. Padre Rino conceitua esse processo de “pobreza internalizada”, pelo qual as pessoas achavam que a vida era assim mesmo, pois não dava para mudar, em função da vontade de Deus. Para Martín-Baró (1998), esta é uma atitude fatalista diante da própria existência e da relação que a pessoa estabelece com a sua realidade, traduzida por atitudes de conformismo e resignação ante qualquer circunstância, inclusive as mais negativas. Para Martín-Baró (1998, p.97), há um interesse político em manter nosso povo desta forma:

O fatalismo constitui um valioso instrumento ideológico para as classes dominantes. A aceitação ideológica do fatalismo supõe uma aceitação prática da ordem social opressiva. O fatalismo constitui um poderoso aliado do sistema estabelecido em pelo menos dois aspectos cruciais: a) justificar uma postura de conformismo e submissão como se tratasse de um determinismo natural (...) facilitando o domínio social; b) induzir a um comportamento dócil frente às exigências de quem tem o poder, contribuindo para reforçar e reproduzir a ordem existente.

Diante da compreensão da pobreza internalizada como fator limitante de desenvolvimento, o Movimento passa a realizar vivências de fortalecimento da autoestima com o objetivo de trabalhar o desenvolvimento do valor pessoal, a capacidade de cada um reconhecer e acreditar em seus sonhos, percebendo suas habilidades e capacidade de enfrentar as dificuldades. Trabalhar este aspecto foi relevante na geração de mudança nas pessoas, principalmente na ampliação da própria perspectiva de vida.

Considero fundamental como princípio para mudar o modo de produção do cuidado em saúde mental, esta característica do Movimento de permear o desenvolvimento de todas as suas atividades com vivências. Desta forma, se torna capaz de operar em um processo de desterritorialização, compreendido por Franco et al. (2009, p. 34) como a oportunidade de operar nos territórios existenciais dos sujeitos, que se encontra dentro de cada um, organizado por sua subjetividade:

Este processo é difícil, complexo e doloroso, pois significa fazer uma ruptura com os modos estruturados de trabalho e produção e, neste caso, o trabalhador vai encontrar-se com o mundo tal como ele é, caótico, mas potente nas singularidades que se formam e encontram sinergia para o cuidado em saúde.

Sawaia (2003) lembra que o trabalho com a autoestima apenas como uma técnica sem implicação com o campo da subjetividade, pode cair no risco de desconsiderar a dimensão ética no contexto sociohistórico, resvalando para a promoção de valores individualistas neoliberais, que culpabilizam a pessoa pela sua doença e reforçam a ideia de que todos temos os recursos necessários para alcançar saúde e felicidade:

Desde que a saúde adotou a retórica ético-afetiva, a auto-estima tornou-se a causa e a solução dos graves problemas enfrentados pela população, desconsiderando que eles resultam do descaso das autoridades. A auto-estima virou um remédio muito recomendado às pessoas que procuram assistência à saúde, como condição básica do tratamento, reforçando a ideia de que a saúde depende da vontade e do empenho de cada um, culpabilizando, assim, o indivíduo e a família pela doença (SAWAIA, 2003, p.91).

As práticas de cuidado precisam incorporar uma atitude ética definida por Carvalho, Bosi e Freire (2008), como uma disponibilidade pessoal, em que cada profissional permite ser afetado por outra via não-teórica e de não-isenção: a dos sentidos, dos afetos e a

da abertura ao outro, que exige ainda uma abertura a novos diálogos e a uma contínua reflexão, superando o enquadramento diagnóstico e a obediências a rotinas pré-estabelecidas, revelando uma abertura ao encontro com a alteridade, abertura que rompe com a alergia ao outro.

No desenvolvimento da relação terapêutica, Ayres (2004) fala da possibilidade de surgimento de encontros, quando se procura o significado da própria presença de um diante do outro, na busca de uma totalidade existencial que permita dar significado e sentido não apenas à saúde, mas ao próprio projeto de vida do paciente, que precisa ser encontrado e, muitas vezes, ressignificado. Jarbas fala de seu projeto de vida:

Antes de chegar neste grupo eu não tinha muitos sonhos. Eu não sonhava, por exemplo, em ter uma família, eu não sonhava até um dia terminar os estudos e fazer uma faculdade, eu não tinha este tipo de sonho. Agora eu sonho com isso né, acho que talvez é essa uma diferença que fez, a entrada no Movimento (Entrevista, p.4).

Jarbas fala de um cuidado que facilitou o seu fortalecimento capaz de provocar implicações em sua vida, não apenas um bem-estar subjetivo. São encontros que geram angústias e conflitos, potencializam redescobertas, compreensão de sentidos, superação dos estereótipos sobre si mesmo e sobre o outro, pois o sujeito sai da zona de conforto, de acomodação. Ayres (2004, p. 22) fala que este encontro traz um novo sentido à técnica:

É um encontro terapêutico de outra qualidade, mais “humanizado”, certamente apresenta características técnicas diversas daquele que se realizava anteriormente. Embora a guinada de um a outro modelo tenha sido fruto de razões e ações não redutíveis a uma técnica, assim que se assenta em novas bases e relação terapêutica, novas mediações técnicas são reclamadas, de modo a garantir tecnicamente que se possa repetir o sucesso prático que justifica o encontro terapêutico.

Neste encontro terapêutico, tem sido possível reproduzir a vida no corpo social? As pessoas com transtornos mentais experimentam papéis, no Movimento, capazes de produzir novas trocas, com diferentes sentidos capazes de produzir novas formas de vida? Este tema será apresentado na dimensão sociocultural da Reforma Psiquiátrica.

4.3 Dimensão Sociocultural

Abordo agora o campo da dimensão sociocultural, onde se busca a transformação dos modos de viver e sentir o sofrimento das pessoas com transtornos mentais e ao mesmo tempo transformar sua situação concreta de vida. Para Rotelli (2001a), a instituição que trabalhe neste intento deve ter projetos com possibilidade de criar lugares sociais, estados

efêmeros, espaços flexíveis, sempre aprendendo com a necessidade e singularidade do outro. Esta instituição sobreviveria da riqueza, para uma prática terapêutica, de “artistas, homens de cultura, poetas, pintores, homens de cinema, jornalistas, de inventores da vida, de jovens, de trabalho, festas, jogos, palavras, espaços, máquinas, recursos, talentos, sujeitos plurais e o encontro de tudo isso” (ROTELLI, 2001b, p. 98).

Esta nova instituição deve buscar superar uma instituição que reprime e controla, que produz homens institucionalizados, "homem imóvel, sem objetivo, sem futuro, sem um interesse, um olhar, uma expectativa, uma esperança para a qual apontar" (BASAGLIA, 2005, p.27). Este autor afirma a necessidade de destruição das normas que regulamentam a dependência pessoal dos sujeitos com transtornos mentais, possibilitando a reconstrução de suas vidas nas bases jurídicas e econômicas, como espaços indispensáveis para a sua colocação no circuito das trocas sociais, reestabelecendo sua condição de membro da sociedade. Neste espaço social, redefinem-se as relações de poder:

as situações de “crise”, não mais redirecionadas para dentro do sujeito que é seu portador, reabrem-se como crises entre os níveis de poder , entre interesses sociais, entre instituições e níveis institucionais, requerendo - por parte do técnico – uma mediação radicalmente nova (BASAGLIA, 2005, p. 249).

O espaço de trocas sociais é amplamente vivenciado no Movimento, onde a transição do papel de usuário do serviço para facilitador de atividade de cuidado é feita muitas vezes de forma pouco planejada dentro dos grupos, como oportunidade de vivência do voluntariado ou em estágios na etapa de conclusão dos cursos de formação disponibilizados no Movimento. Jarbas começou a facilitar a oficina de confecção de cartões orgânicos quando a coordenadora precisou faltar e pediu a sua colaboração, Rute iniciou a experiência com massagem no estágio do curso de formação em massoterapia. Paulo comenta que começou um grupo de reforço de matemática com Suzana, após um convite informal do Padre Rino, quando foram apresentados em sua festa de aniversário:

E aí, macho, a Suzana é uma fera, ele (o Paulo) é bom em matemática, faz matemática no CEFET. Era bom que vocês se juntassem para dar assim, um reforço lá pros meninos, lá. Então tudo bem, a gente se encontrou e deu tudo certo (entrevista, p.2).

No caso de Flor de Lótus, ela afirma que se sentia muito bem no Movimento e queria dar algo em troca e se ofereceu para ajudar. Inaê e Margarida vieram da CEBS, entraram no grupo de autoestima e participaram das formações no sentido de ajudar a comunidade do Bom Jardim. Alex fez formação em Terapia Comunitária quando chegou ao Brasil e facilitou vários grupos durante 6 anos. Vemos como um aspecto comum entre os

sujeitos da pesquisa o ingresso na facilitação de atividades de cuidado pelo voluntariado e depois, em alguns casos, como contratados pelo Movimento.

A passagem do voluntariado para a atividade remunerada é uma preocupação do Movimento em virtude da necessidade financeira das pessoas, uma vez que a situação de pobreza do bairro é algo real. Margarida refere que esta contratação vai depender da captação de recursos do Movimento, do perfil da pessoa, suas experiências anteriores no voluntariado e seu desejo de experienciar a nova atividade. Ela destaca que no desenvolvimento da atividade muitas vezes a pessoa vai encontrando dificuldades, e há uma preocupação da coordenação em dar suporte para que a pessoa consiga assumir as exigências do cargo. Esta fala é referenciada na história de Flor de Lótus:

De manhã eu cozinhava, arrumava a casa (Casa de Aprendizagem), de tarde terça-feira eu vinha pra terapia e de noite participava do grupo de autoestima. Dia de quinta-feira, dia de quarta eu ajudava a fazer o grupo de autoestima...e aí num determinado período disseram: “Não...você tem condição de ser coordenadora”. Aí eu: “Oba” né, porque assim, como eu queria sempre tá aprendendo mais, eu aceitei, eu vou achar bom conviver com aquilo... e saí da cozinha e fui pra coordenação. Pra mim foi muito forte, eu aprendi muita coisa, mas eu não me identifiquei, então eu pedi pra sair, desisti mesmo (GF, p.9).

Assumir funções de coordenação não se restringe a um grupo seletivo, baseado apenas nas atividades acadêmicas e nas funções cognitivas, mas assumir novas funções também se organiza em um contexto de cuidado que desafia o experimentar novas possibilidades, para conquistar maior autonomia. Experiências que nem sempre são bem sucedidas, mas podem trazer grandes aprendizados. Alex observa que as coordenações devem ser assumidas dentro de uma profissionalidade, sendo necessária uma formação na área em que vão desenvolver suas funções. Esta preocupação é importante, pois fala de um cuidado que não se restringe somente às questões relacionais, mas também às técnicas. Estes sujeitos que foram usuários e assumiram uma função de coordenação ou facilitação de atividade de cuidado, não ganharam um presente, mas assumiram esta função pelo reconhecimento de suas competências.

A vivência destes novos papéis imprime um novo espaço social para a loucura em que os recursos institucionais potencializam os recursos subjetivos, operando a ruptura de cuidado segundo o paradigma clínico.

4.4 Dimensão Espiritual

A dimensão da espiritualidade e das crenças religiosas constitui uma parte importante da nossa cultura, dos princípios e dos valores utilizados para dar forma a

julgamentos, ao processamento de informações, na forma de lidar com os medos e as incertezas da vida. Para Vasconcelos (2006), as pessoas diante de doenças crônicas e mais graves apresentam além do sofrimento de lidar diariamente com os sintomas, o tratamento, seus custos econômicos e sociais, um processo de angústia existencial e subjetiva que mobiliza inevitavelmente um enorme investimento psíquico. A espiritualidade então vem preencher esta lacuna que ultrapassa o campo das ciências racionais.

Koenig (2007) relata que no início do século XX autores como Sigmund Freud na psiquiatria e de G. Stanley Hall na psicologia, acreditavam que religião gerava neurose e que teorias psicológicas iriam substituir as religiões como propiciadoras de visão de mundo e fonte de tratamento. Tais atitudes negativas em relação à religião não eram baseadas em pesquisas científicas nem em estudos sistemáticos, mas primordialmente nas crenças e opiniões pessoais desses pioneiros. Como consequência, durante a maior parte do século XX, o campo do cuidado à saúde mental subestimou e frequentemente desqualificou as crenças e práticas religiosas dos pacientes.

Este mesmo autor continua relatando que a vasta maioria das pesquisas em populações saudáveis sugere que as crenças e práticas religiosas estão associadas com maior bem-estar, melhor saúde mental e um enfrentamento mais exitoso de situações estressantes. Peres, Simão e Narsello (2007) postulam que a religiosidade e a espiritualidade devem ser consideradas pelos terapeutas em suas abordagens, devendo ser investigadas as práticas religiosas e o sistema de crenças do cliente para serem utilizadas como estratégias para eficácia do tratamento:

a psicoterapia deve voltar-se para os clientes e respectivos sistemas de crenças, no sentido de potencializar suas capacidades, uma vez que a terapia funciona até onde estes aceitam participar e as condições de aprendizagem. Além disso, é fundamental que a psicoterapia trabalhe para desenvolver modelos colaborativos, baseados na relação, que enfatizem a mobilização da esperança e do otimismo, o envolvimento ativo do cliente e a ajuda para que este mobilize suas inteligências intrínsecas para encontrar soluções (PERES et al, 2007, p. 3).

A espiritualidade apresentada pelo Movimento vai além de um processo terapêutico. Ela é reconhecida como uma dimensão do ser humano, ao lado das dimensões biológicas, sociais e psicológicas. É importante lembrar que o presidente do Movimento é um padre católico e a origem desta instituição foi ancorada na experiência das CEBs, movimento protagonizado por leigos católicos. O Movimento diz que viver a espiritualidade é alimentar uma mística que leva a uma transformação integral do ser:

Na troca, na partilha, na celebração da vida, no esforço de aprofundar o conhecimento da complexidade do ser humano, aprendendo a conviver com a própria luz e as próprias sombras, sem sentimentos de culpa e sem atitudes de autopunição, se insere uma nova visão do religioso, do sagrado, do inefável (MOVIMENTO DE SAÚDE MENTAL COMUNITÁRIO DO BOM JARDIM, 2010).

Ao revelar as fotos que Jarbas tirou, percebi que algumas tinham características ligadas à religião. Ao comentar a foto 2, apresenta um quadro da casa de Aprendizagem que está na parede desde 2001, quando entrou no Movimento:

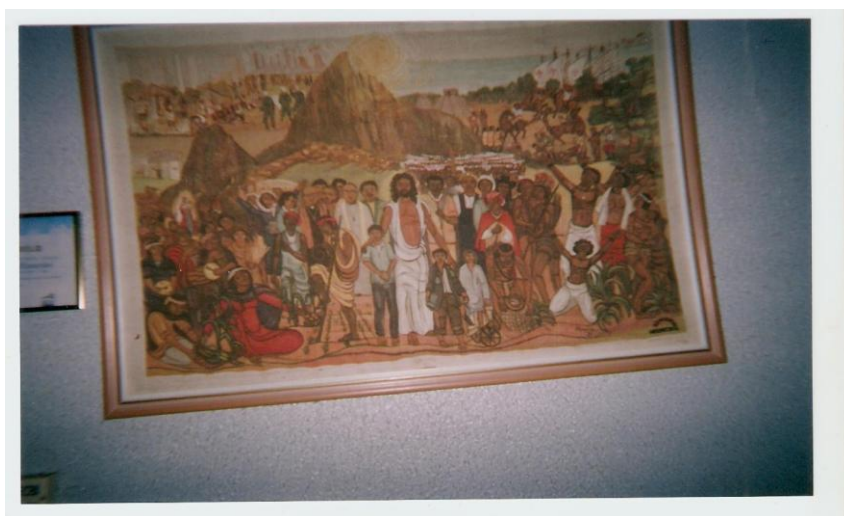


Foto 2: pessoas juntas, família, comunidade lutando por seu objetivos

Mostrando esta foto, Jarbas fala da importância da religião em sua vida:

Na minha infância, eu tive alguns conflitos em relação à religião. Os meus pais eles eram evangélicos, protestantes, então eles traziam aquela coisa muito rígida, aquela coisa do pecado, aquela coisa do castigo. Eu acho que psicologicamente me trouxe algumas feridas e eu acho assim que com os grupos de autoestima eu descobri assim que isto são pontos de vistas, só a vista de um ponto só. Eu acho assim, que desde que você faz o bem ao próximo, ou não faz mal a ninguém acho que você não precisa de uma religião pra ser feliz, que você só precisa ser feliz, eu acho (entrevista, p. 4).

Jarbas diz que a partir do grupo de autoestima coordenado por uma freira, se permitiu estudar o espiritismo, participar de missas, fazer teatro espírita, mas não se vinculou a nenhuma instituição religiosa, “não precisei seguir nenhuma filosofia religiosa, apenas caminhar” (entrevista, p.4, L.13-14). É uma vivência religiosa mais livre da institucionalização, Jarbas diz que é apenas a “vista de um ponto” e não se sente mais culpado por não exercer práticas religiosas.

Paulo já tem a religião como central em sua vida, em seu processo de superação da dor, em seus momentos de angústia. Comenta como foram importantes as orações do tio

que era teólogo e tocar nas missas com o pai. Esta vinculação religiosa se fundamenta na história de sua família, não tendo sido construído ou reforçado nas atividades de cuidado do Movimento. A partir destas falas, pude compreender que apesar do presidente do Movimento ser padre, não há uma direção institucional para o catolicismo. Há o estímulo a uma vivência da espiritualidade que é diferente de religiosidade.

Boff (2001) diz existir uma distinção entre religião e espiritualidade, sendo definido como religião algo ligado a crença no direito à salvação, tradições de fé, aceitação de uma realidade metafísica ou sobrenatural. Está ligada a ensinamentos ou dogmas religiosos, rituais e orações. A espiritualidade se relaciona com qualidades do espírito humano como o “amor e compaixão, paciência e tolerância, capacidade de perdoar, contentamento, noção de responsabilidade, noção de harmonia – que trazem felicidade tanto para a própria pessoa quanto para os outros” (BOFF, 2001, p. 21).

A espiritualidade então se ligaria a processos de desenvolvimento pessoal mediados por uma profunda implicação com o Outro e com o desenvolvimento social. Exclui as práticas individualistas, podendo ligar o transcendente a uma libertação pessoal e social. Nesta compreensão, as práticas de cuidado do Movimento estimulam a reflexão crítica, a busca de um sentido espiritual que conduza à superação de processos de alienação, vinculando a experiência do transcendente a uma espiritualidade amorosa.

Relato agora uma experiência que me emocionou muito no primeiro grupo focal, quando Flor de Lótus relatou uma experiência transcendente. Flor de Lótus passou sete anos estudando para ser freira, quando disseram, sem muita explicação, que não tinha vocação. Saiu desta casa religiosa desesperada, pois tinha se preparado desde os 8 anos de idade para a vida religiosa. Foi neste contexto que começou a ser acompanhada pelo Movimento, pois tinha ideias de suicídio, tristeza intensa e choro fácil. Enquanto fazia o tratamento, trabalhava como doméstica em um apartamento do 10º andar e começou a sentir uma tristeza muito intensa e um desejo incontrolável de pular pela janela. Flor de Lótus estava sozinha em casa:

Eu fiquei desesperada, fiquei gelada, gelada, e liguei pro padre Rino, que estava me atendendo na época. Eu achava que eu ia morrer, depois porque o frio era tão grande que eu fiquei toda roxa né, do vento, tava na casa sozinha e eu liguei pra ele desesperada. Ele disse “Você vai para um lugar que tenha sol. Aí tem sol?” Eu disse tem, que eu morava em apartamento, mas tinha uma área enorme lá, maior do que essa daqui, onde ficava as plantas. Aí ele disse, “Pois sente lá, abra as mãos elevadas pro céu e peça a Deus pra lhe ajudar né, que eu sei que você tem muita fé. E quanto mais eu chorava, mais eu sentia assim a presença de Deus perto de mim né, aí minhas mãos começaram a ir normalizando, que já tava toda incriminada, né. Esse momento foi muito marcante na minha vida porque a espiritualidade pra mim sempre foi muito forte, mas eu naquele momento, eu tinha esquecido né e ele (padre Rino), por telefone ele me fez fazer esta vivência, me deu esse atendimento e toda vez que eu estou passando por um momento difícil eu me lembro desse momento.

Embora não tenha sol, eu sento no chão e coloco minhas mãos pro céu e penso naquele momento que me tirou do buraco (GF, p. 23).

Na vivência relatada acima a conexão com o transcendente foi mediada pela presença de Deus na natureza, em uma prática que pode ser repetida no cotidiano, que não depende da presença do terapeuta ou do padre. Portanto, conduz a uma emancipação em um processo de fortalecimento que reconhece a pessoa como capaz e digna de se aproximar de Deus como ela é e, desse contato, se energizar para seguir em frente, sem dívidas ou sentimentos de culpa.

O reconhecimento da importância da espiritualidade e sua relação com as práticas de saúde ganham crescente visibilidade e reconhecimento oficial do Ministério da Saúde por meio do que chama de Medicina Complementar. Também a Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece que em regiões como África, Ásia e América Latina, grande parte da população atende suas necessidades sanitárias por meio de crenças e saberes antigos, tais como terapias espirituais, técnicas manuais, tratamentos à base de ervas e minerais, dentre outros recursos (WHO, 1998).

Na área específica de Promoção da saúde, a OMS chama a atenção para os múltiplos significados que esse conceito possibilita. Alguns desses significados são compreendidos como princípios da promoção da saúde, a partir dos quais os planejadores podem formular políticas públicas e realizar avaliações de ações de governo. Dentre eles, destaco a perspectiva holística, a visão intersetorial e multiestratégias (WHO, 1998). No aspecto holístico, o documento da OMS sinaliza para o fato de que a promoção à saúde deve reconhecer as dimensões física, mental, social e espiritual.

Para Andrade e Costa (2010), este reconhecimento por órgãos oficiais de outros modelos que possam distanciar-se do biomédico, incorpora o pluralismo médico, os saberes e crenças locais sobre vida e morte, os distintos modos de enfrentamento da doença. Estes autores compreendem as práticas integrativas:

No caso das práticas integrativas, tais visões provêm de racionalidades terapêuticas estranhas à medicina científica, mas reveladoras de potentes cosmologias, princípios filosóficos e eficácias terapêuticas e simbólicas, como encontrados na homeopatia, na acupuntura, no *hatha yoga*, para citar apenas alguns exemplos. É o próprio movimento da "alteridade dos cuidados" que manifesta a emergência e circulação de saberes terapêuticos provindos de um *ethos* não ocidental e não hegemônico (ANDRADE e COSTA, 2010, p. 8).

Considerar a espiritualidade no desenvolvimento das práticas de cuidado é um propósito a ser alcançado para aperfeiçoar o Sistema Único de Saúde em sua dimensão da

integralidade. Encontra-se aí a força da espiritualidade como instrumento de promoção da saúde, na medida em que lida com as dimensões pouco conscientes do ser em que se assentam os valores, motivações e sentidos humanos da existência. É a oportunidade de reconexão com as raízes, com o sagrado, que possa favorecer processos que superem a alienação e facilitem o desenvolvimento do fortalecimento.

4.5 Lógica Manicomial e a Biopolítica que se inscreve no cuidado

O Movimento apresenta aspectos inovadores no processo da reforma psiquiátrica, apresentando traços do que Rotelli (2001a) descreve como a “instituição inventada”. Diante desta experiência, lembro do alerta que Foucault (1999) fez em seu livro *A História da Loucura*, de que a desmontagem do saber/poder que se constituiu em torno da loucura não é algo simples e que muitas vezes somos capturados pela lógica do manicômio. Isto é parte de um longo processo histórico em que se constituiu a loucura.

Neste percurso histórico, destaco os séculos XVIII e XIX quando se determinou, segundo Foucault (1999), que o local por excelência para o tratamento da doença mental seria o manicômio, usando como tecnologia política a disciplina. Amarante (2007) descreve a configuração das relações de poder no hospital psiquiátrico: controle da distribuição espacial dos indivíduos, controle do desenvolvimento das ações, vigilância constante e perpétua dos indivíduos, registro contínuo de tudo que acontece na instituição, transformando o hospital como principal instituição de cuidado, espaço de enquadramento, disciplina do corpo, medicalização da dor e senhor das práticas terapêuticas. Esta é a lógica manicomial que atravessa as relações no campo da saúde mental e das mais diferentes realidades dos processos de subjetivação.

O poder instituído na lógica manicomial não se restringe às relações dentro do hospital, como fala Deleuze (2008, p.122-123) ao analisar o poder e subjetividade em Foucault:

o poder é o elemento informal que passa entre as formas do saber, ou por baixo delas. Por isso ele é dito microfísico. Ele é força, e relação de forças, não forma. [...] os processos de subjetivação são inteiramente variáveis já que a todo momento o poder não para de recuperá-los e de submetê-los às relações de força, a menos que renasçam inventando novos modos, indefinidamente.

Deleuze (2008) afirma que estamos passando por mudanças nas relações de poder, em que os indivíduos e coletividades engendram novas formas de relação e processos de

subjetivação, se configurando uma “sociedade de controle”. Estamos saindo de uma sociedade disciplinar, de estrutura monárquica, totalitária e clerical, onde o poder era exercido primordialmente pelas instituições: a casa, a fábrica, a prisão, a escola, o manicômio. Nestas relações, o homem é visto como máquina e as instituições disciplinares teriam a função de moldá-lo, adestrá-lo, aumentar sua docilidade e aptidões, usando o controle do espaço, do tempo, das paixões. A sociedade disciplinar é característica do capitalismo de concentração do século XIX.

A sociedade de controle não se fundamenta mais nas instituições e confinamentos, mas no controle contínuo e comunicação instantânea, o controle é disperso e fluido, pois “O controle é de curto prazo e de rotação rápida, mas também contínuo e ilimitado, ao passo que a disciplina era de longa duração, infinita e descontínua. O homem não é mais o homem confinado, mas o homem endividado” (DELEUZE, 2008, p.224).

A era da sociedade de controle é caracterizada por máquinas cibernéticas e computadores, modelados pelo capitalismo da sobre-produção, pois não é um capitalismo dirigido para a produção, mas para o produto, para a venda, para o mercado. Os indivíduos, para Deleuze (2008), tornaram-se “dividuais”, divisíveis, e as massas se tornaram amostras, dados, mercados ou “bancos”, as pessoas são manipuláveis pelo *marketing*, que é considerado grande instrumento de controle social. A tentativa da sociedade de controle é manter o homem em uma coleira eletrônica, numa tentativa de controle mais eficiente.

Para Foucault (2002), esse poder massificante, “a céu aberto”, irá, sobretudo, criar mecanismos reguladores na população global, que vão poder fixar um equilíbrio, manter uma média, estabelecendo uma espécie de homeostase da população. Estas relações são também denominadas biopoder, pois operam sobre a vida, participando ativamente da produção de modos de subjetivação, da elaboração da nossa vida, do modo como compreendemos nossa existência e estabelecemos vínculos. Falando sobre o biopoder, Oliveira (2006, p.9) detalha:

O Estado não ocupa o centro do poder, embora permaneça como referência. A instalação dessa tecnologia de dupla face, disciplina dos corpos e regulamentação dos processos da vida, caracteriza um poder cuja função já não é a de matar, mas a de incidir sobre a vida, capturando-a. Nesta perspectiva, o poder se realiza de modo microfísico, funcionando de forma capilar através das instituições sociais, diluindo-se por todo tecido da sociedade. Instalou-se uma sociedade de normalização em que se cruzam a norma da disciplina e a norma da regulamentação. Nessa dupla face de articulação, o poder se estende do corpo à população mediante um jogo duplo das tecnologias: disciplinares, de uma parte, e de regulamentação, de outra.

Como se dão estes mecanismos de controle no Movimento? Onde se revelam nas práticas cotidianas capturas de um poder institucionalizante?

O Movimento em 2006 teve uma grande ampliação de atividades, principalmente após o convênio com a prefeitura de Fortaleza⁵. Passou de uma organização mais familiar para uma estrutura bem mais complexa, passando de 2 coordenadores em 1996 para 12 coordenadores em 2006. De 280 pessoas acompanhadas em suas atividades terapêuticas para um total de 2.690 pessoas (MOVIMENTO DE SAÚDE MENTAL COMUNITÁRIO DO BOM JARDIM, 2009), em diversos espaços geográficos.

A expansão trouxe o aumento do acesso a um maior número de pessoas que necessitam de atenção, mas ao mesmo tempo potencializou algumas capturas da sociedade de controle. O Movimento atualmente tem 10 financiadores que avaliam a continuidade do investimento a partir do cumprimento das metas pré-estabelecidas, da quantidade de pessoas atendidas em cada atividade, da realização de relatórios e da prestação de contas. Rute fala que o aumento de pessoas para atendimento tem dificultado o encontro entre as pessoas e o acolhimento:

Antes nós tínhamos mais tempo de conversar, de sentar e se tiver alguma queixa do outro vai conversar o que tá sentindo. A gente tinha esse costume. Hoje o Movimento cresceu e vivemos na correria mesmo, sua hora marcada de atender paciente e não sobra um pouco de tempo pra você conversar (GF, p. 11).

A exigência do aumento da produtividade e o aumento dos espaços de trabalho geram desencontros. As distâncias não estão configuradas apenas nos espaços, mas nas distinções de classe social e de saber/poder. Jarbas fala da distinção entre as pessoas, entre doutores e pacientes:

Porque antes, eu acho que as pessoas que participavam do Movimento ficavam mais junto, eu acho que não tinham as classes (sociais). Pra você ter uma idéia, o padre Rino como médico, chamava todo mundo pra almoçar na casa dele, sem diferença, se era paciente ou se não era. Agora eu tenho a impressão que tem uma certa divisão. Eu sou médico, sou enfermeiro, então eu não vou ficar com alguém da faxina. Dá esta impressão, não sei se é isto que tá acontecendo (entrevista, p.5).

Padre Rino relata que aconteceram alguns problemas com a entrada de vários profissionais, após o convênio com a Prefeitura. Alguns profissionais se achavam superiores em uma relação extremamente vertical de saber/poder com as outras pessoas que não tinham nível universitário e com a comunidade. Isto gerou um intenso conflito com a saída de algumas pessoas da instituição:

⁵ Em 2005, a Prefeitura de Fortaleza fundou o Centro de Atendimento Psicossocial Comunitário do Bom Jardim (CAPS - SER V) e desde então ela e o Movimento coordenam o trabalho do CAPS em regime de co-gestão. O convênio com a Prefeitura de Fortaleza representa 61% do financiamento total do Movimento (Movimento de Saúde Mental Comunitário do Bom Jardim, 2009).

Precisamos de profissionais comunitários, não é qualquer pessoa que aguenta aquela maneira, aquele estilo de psiquiatra, que se acha porque foi universitário, que aprende um bocado de coisa e que se acha superior ao agente de saúde. Na comunidade (Bom Jardim) as pessoas são acostumadas a ver médicos que tratam como irmãos (Rino, entrevista, p. 18).

É fundamental perceber estas contradições dentro de uma mesma estrutura, compreendendo o cuidado como algo vivo, permeado de medos e conflitos. O cuidado pretendido pelo Movimento nem sempre é posto em prática no cotidiano da assistência, pois tem um componente subjetivo que não se submete às diretrizes normativas

A produção subjetiva do meio em que se vive e produz é marcada por constante desconstrução e construção de territórios, segundo certos critérios que são dados pelo mundo do saber, mas também e fundamentalmente seguindo a dimensão sensível de percepção da vida, e de si mesmo, em fluxos de intensidades contínuas entre sujeitos que atuam na construção da realidade social (FRANCO et al., 2009, p. 20).

As capturas de um poder de controle também acontecem mascaradas em relações de cuidado. Flor de Lótus fala que há pessoas que dizem querer cuidar dela, mas com atitudes de segregação como se ela fosse incapaz de enfrentar conflitos:

se eu estou um pouco assim, agitada por conta do trabalho ou por conta de alguma coisa, chega alguém e diz assim não, a Flor de Lótus, ó, não vamos deixar a Flor de Lótus fazer isso, isso e aquilo porque a Josefa, quando ela se estressa e entra num momento de crise já fica, não é nem bem da questão do cuidado, é preconceito mesmo, eu não posso me estressar, a Flor de Lótus não pode se relacionar com fulano, não pode isso e aquilo. Fica aquele preconceito (GF, p.6).

Percebo a reivindicação do respeito ao seu território existencial que suporte a expressão da dor, insatisfação, da possibilidade de ser e desejar coisas diferentes, de negociar diferentes posições. As práticas de cuidado são singulares, revelando-se na micropolítica do trabalho, revelando as percepções de saúde e adoecimento, dos conceitos de transtorno mental. Devem superar a massificação, o engessamento de oportunidades e a tendência à padronização, pois:

a invenção de novos modos de estar nesse mundo pode criar possibilidades para escapar do intolerável ou de tudo aquilo que nos tem desapossado deste mundo. Quando não nos deixamos afetar por esse desassossego, podemos aderir a um mundo ideal que recobre o que parece sem sentido com “esquemas sensório-motores” ou com uma variedade de modelos que nos entorpecem (MACHADO; LAVRADOR, 2007, p. 82).

O Movimento parece estar neste desassossego, pois está muito alegre pela ampliação, colocando em prática novos projetos, aumentando o acesso das pessoas, divulgando e implantando a Abordagem Sistêmica Comunitária em vários outros bairros,

idades e outros países. Neste ano de 2010 Reni Dini, coordenador administrativo do Movimento, foi apresentar a tecnologia social do MSMCBJ na Conferência Internacional de Saúde Mental Comunitária, em Cochabamba, na Bolívia como uma contribuição para a política de saúde pública da Bolívia (MOVIMENTO DE SAÚDE MENTAL COMUNITÁRIO DO BOM JARDIM, 2010). O padre Rino passou o mês de julho nos Estados Unidos articulando ações do Movimento naquele país.

O Movimento se depara com a exigência de metas, a necessidade de organizar os fluxos de trabalho (relatórios, número e organização dos atendimentos), a entrada de pessoas novas, e ao mesmo tempo, o medo de se perder a convivência e intimidade entre as pessoas, a capacidade de acolher e cuidar do outro, a liberdade conquistada por uma ONG que tenta não seguir as rédeas de um espaço institucionalizado.

Por mais que se queira fugir do controle, Hardt e Negri (2001) afirmam que somos dominados pelo Império, em uma nova ordem ditada pelo mercado do capitalismo mundial, que não se baseia em fronteiras territoriais, imprimindo enormes poderes de opressão e destruição. Porém, ao mesmo tempo em que o Império domina “a céu aberto” também sustenta forças de libertação, em que o biopoder é capaz de irromper em vida. A vida que brota de situações de opressão, quando a multidão⁶ faz uma reapropriação de meios primários de produção biopolítica, que significa “ter livre acesso a, e controle de, conhecimento, informação, comunicação e afetos-apropriação dos sentidos da linguagem” (HARDT; NEGRI, 2001, p. 430). Este poder da multidão é de tornar-se aberto para o possível, não massificado, capaz de atividades criativas e singulares.

Estas forças de libertação foram apresentadas no capítulo sobre o processo de fortalecimento das pessoas com transtornos mentais, que superaram o domínio do império apesar das situações de dor e segregação.

⁶ O termo multidão, para Hardt e Negri (2001), é formado por todos aqueles que trabalham sob o domínio do capital, e, assim, potencialmente como a classe daqueles que recusam o domínio do capital. São sujeitos explorados economicamente e oprimidos socialmente ao realizar um trabalho que produz e reproduz a vida social.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste momento final da pesquisa, reconheço não ter condições de fechar uma conclusão, mas apontar possibilidades de compreensão ao processo de fortalecimento das pessoas com transtorno mentais. É um caminho em que compartilho reflexões que possibilitam novas leituras e percepções sobre este processo que é fundamental para a efetivação da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Meu olhar é direcionado ao Movimento de Saúde Mental Comunitário do Bom Jardim, delimitando como objetivo geral desta pesquisa, compreender como suas práticas de cuidado impactam no fortalecimento das pessoas com transtornos mentais. Os sujeitos desta investigação são pessoas com transtornos mentais que iniciaram o acompanhamento no Movimento como usuárias e hoje exercem a função de cuidadores e o presidente do Movimento de Saúde Mental Comunitária do Bom Jardim.

Acredito que o objetivo geral foi contemplado nesta investigação, quando me aproximo dos objetivos específicos estabelecidos. No primeiro objetivo específico busco os sentidos que são atribuídos ao processo de fortalecimento pelas pessoas com transtornos mentais do Movimento. Os achados são sintetizados a seguir.

Por meio de atividades de autoconhecimento, como Terapia Comunitária, Eneagrama, psicoterapia, Biodança e grupos de autoestima, as pessoas com transtornos mentais do Movimento conhecem suas limitações, enfrentam seus medos, assumem seus sonhos e começam a realizar mudanças. No fortalecimento, há uma mudança das crenças sobre si mesmo e sobre o mundo, experimentando a coragem de fazer diferente, superando atitudes fatalistas que promovem a passividade, acomodação e desqualificação. Como primeiro aspecto do fortalecimento das pessoas com transtornos mentais, encontrei o resgate do valor pessoal e poder pessoal. O valor pessoal como a alegria de estar vivo, de gostar de si mesmo, um sentimento de valor intrínseco. O poder pessoal como um forte sentido de poder realizar coisas e de que a sua ação faz a diferença no mundo.

O segundo aspecto do fortalecimento é o sentimento de pertença à comunidade, em que a pessoa percebe-se mais segura nos espaços sociais, podendo ir além das relações familiares, sendo capaz de manter laços afetivos mais amplos. Reconhecendo na comunidade um espaço de trocas, de solidariedades, materializado principalmente por meio de atividades voluntárias. A capacidade de refletir e agir sobre a realidade se concretiza no Movimento por

meio da participação nos grupos, reconhecendo a existência da escuta, do diálogo problematizador, dos vínculos afetivos e relações cooperativas.

O quarto aspecto é a capacidade de desenvolver estratégias de mudança, em que as pessoas com transtornos mentais vivenciam novos papéis sociais, por meio de atividades voluntárias no Movimento. Esta é uma inovação do Movimento que favorece a diminuição do isolamento, solidão, anomia e alienação, oportunizando novos espaços de trocas na comunidade e, além dela, modificando o espaço social da loucura. As pessoas com transtornos mentais fazem parte dos mais diversos grupos como horta comunitária, farmácia viva, limpeza dos espaços do Movimento, confecção de cartões orgânicos, reforço de Matemática, biblioteca, terapia comunitária, atividades com crianças e adolescentes que estão no projeto de prevenção ao abuso de drogas etc. Nestas atividades são reconhecidos não como o Jarbas e a Suzana, pacientes do Movimento que têm depressão, mas como o Jarbas da horta e a Suzana que ajuda na Terapia Comunitária. Desta forma, inaugura-se um novo espaço social para a loucura, superando relações de tutela e segregação.

No voluntariado, as pessoas escolhem as atividades em desejam trabalhar, assumem a responsabilidade de sua realização e compartilham o planejamento com o outro facilitador. As pessoas sentem-se retribuindo o que receberam do Movimento: “não era só aquela pessoa que precisava do medicamento, da consulta, precisava de acolhimento, mas por outro lado eu dava também alguma coisa, o que eu tinha” (Jarbas, entrevista, p.7, L. 1-3).

Os aspectos do fortalecimento acima destacados tiveram referência no campo da Psicologia Comunitária (GÓIS, 1993, 2005, 2008; MONTERO, 2003) e foram ampliados por outros que surgiram na vivência das pessoas com transtornos mentais do Movimento. Foi evidenciado como importante para o fortalecimento, o uso da medicação que pudesse controlar os medos, as angústias e os sintomas aliados à vivência do transtorno mental. Para outra pessoa foi a oportunidade de negociar a não utilização da medicação. Estas possibilidades reconhecem a pessoa que sofre como sujeito do tratamento, em sua capacidade de compreender seu diagnóstico e negociar formas de tratamento. Outro aspecto foi a perspectiva Biocêntrica, quando algumas pessoas referem o resgate dos vínculos com a natureza, a terra e os animais. Em uma reconexão com suas raízes primordiais, em espaços que agregam a sensibilidade ao outro, a natureza e aos animais.

O último aspecto evidenciado foi a relação com uma liderança capaz de intenso vínculo afetivo, que valoriza os desejos e os sonhos, que estimula a autonomia e facilita a integração e cooperação solidária. Desta forma, cada um é visto e valorizado, reconhecido em sua singularidade. A vivência do transtorno mental foi reconhecida como importante para o

desempenho do papel de cuidador. Esta vivência, aliada ao processo de autoconhecimento favorecido pelo Movimento, facilitou a emergência de um cuidador com capacidades singulares. Apontam que ficaram mais sensíveis às dores do outro, desenvolvendo um sentimento de responsabilidade no cuidado com a humanidade e a natureza, percebendo-se em um processo circular de curar e ser curado.

Tendo contemplado o primeiro objetivo específico, agora retomo o segundo que é a relação entre o fortalecimento das pessoas com transtornos mentais e a participação nas práticas de cuidado do Movimento. Detenho-me nas atividades do Movimento que favorecem o processo de fortalecimento das pessoas com transtornos mentais tendo como parâmetro as dimensões da reforma psiquiátrica brasileira (AMARANTE, 1994, 2003).

Na dimensão teórico-conceitual, o Movimento supera a visão focada na doença e diagnóstico, favorecendo abordagens diversificadas que sustentam novas práticas de saúde mental. O Movimento se organiza de acordo com um modelo teórico criado pela própria instituição, denominado Abordagem Sistêmica Comunitária, que reúne uma série de técnicas para o desenvolvimento de uma terapia de múltiplo impacto, buscando abranger as dimensões bio-psico-sócio-espiritual do ser humano. Oferece espaços terapêuticos, de formação, geração de emprego e renda, prevenção da dependência química, de preparação universitária e participação sociopolítica.

Na dimensão técnico-assistencial, o Movimento se destaca na organização de espaços de escuta e acolhimento, expressão da afetividade e não julgamento. Este aspecto foi ressaltado de forma unânime pelos sujeitos da pesquisa, sendo definido como “a cara” do Movimento sua capacidade de acolhimento. A participação nas atividades do serviço é mediada pelo desejo e pelo projeto de felicidade de cada pessoa, a diversidade de oportunidades também favorece a descoberta de novas habilidades e trocas sociais. Metodologicamente são incorporadas em cada atividade do Movimento vivências que desenvolvem a autoestima para que facilitem a superação da pobreza internalizada e visão fatalista sobre sua vida e relações com o mundo.

Na dimensão sociocultural, é destacada novamente a existência do voluntariado, atividade que não é exigida pelo Movimento, mas que envolveu todos os sujeitos desta investigação. Neste aspecto, ocorre a vivência de novos papéis, mudando de usuário para cuidador, inaugurando novos espaços sociais para loucura, operando a ruptura do cuidado segundo o modelo biomédico.

A dimensão espiritual aparece com grande ênfase no Movimento, podendo ser caracterizada como dimensão inovadora para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. A

espiritualidade é reconhecida no Movimento como uma ligação com o transcendente, em uma vivência mais livre da institucionalização. Esta dimensão é incorporada na visão que o Movimento tem do ser humano, estando ligada aos processos de desenvolvimento pessoal, mediados pela profunda implicação com o Outro e com o desenvolvimento social.

Dentre os avanços e inovações protagonizadas pelo Movimento, também emergem crises, revelando capturas do biopoder no cotidiano das práticas, características da sociedade de controle. Em 2005, o Movimento passou por uma grande ampliação decorrente do aumento do número de financiadores. A instituição com características familiares e comunitárias se depara com as exigências de maior produtividade, aumento da demanda, diversificação de espaços de trabalho e entrada de novos funcionários que não passaram pelos grupos terapêuticos e não tinham uma vinculação com a comunidade.

Este processo gerou distância entre as pessoas, diminuição dos encontros, competição entre os espaços e a existência de relações pautadas pela distinção baseadas nas diferenças de classe social e profissionalidade. Estas contradições no Movimento são reconhecidas como parte de um processo vivo da instituição e que precisam de intervenções para serem minoradas. Reconhecer as fragilidades desta expansão do Movimento faz lembrar que o fortalecimento é um processo dinâmico, longo e árduo, rico em conquistas, sempre trazendo novos desafios.

Retomo agora uma afirmação de Alex, participante do grupo focal, que quero destacar nesta conclusão “a coisa interessante é não se fazer uma apologia ao Movimento, poder ver seu lado crítico. Por exemplo, aqui nós temos casos de sucesso, que correram bem, que houve um progresso” (GF I, p. 25). Diante disso pude ver a seriedade da instituição neste processo de avaliação e a minha responsabilidade na condução ética desta investigação. Realmente me deparei com pessoas que apontaram vivências de fortalecimento mediadas pelo Movimento, histórias de dor e sofrimento que hoje mostram fortaleza e plenitude. Esta também é função da academia, poder reconhecer quando as instituições são capazes de fazer diferente e que as histórias de sucesso também precisam ter mais espaço no campo da saúde mental. Um espaço em que o foco foi a vivência das pessoas com transtornos mentais e não apenas suas ideias e conceitos abstratos.

No caminho desta investigação o grande desafio foi articular os conceitos advindos do campo da psicologia comunitária com o campo da reforma psiquiátrica. Quanto mais lia, mais descobria como a discussão sobre o fortalecimento das comunidades e dos sujeitos poderia favorecer um cuidado em saúde mental que suscitasse múltiplas ações no

espaço comunitário, enfocando a riqueza da vida das pessoas e articulações, que poderiam ir além dos serviços de saúde mental.

Discutir este processo teórico-vivencial em um grupo de pesquisa, poder articular os conhecimentos e a prática que eu tinha no serviço de CAPS e me defrontar com outra experiência de atenção à saúde mental, me fizeram desconstruir conceitos estabelecidos, pré-conceitos arraigados, podendo me abrir para compreender outra dimensão de cuidado que pudesse ir além do modelo clínico. Foi uma vivência angustiante, desafiadora, mas extremamente enriquecedora.

Mas como toda pesquisa, esta dissertação é apenas um olhar sobre um ponto, não podendo ser considerada como a verdade sobre o Movimento. Lacunas se abrem a partir da reflexão aqui colocada, surgindo novas questões para investigações posteriores: que motivos levam as pessoas a saírem do Movimento, que pontos de tensão revelam? Que processos de fortalecimento emergem em outras pessoas com transtornos mentais que não possuem o mesmo suporte institucional que o Movimento favoreceu?

Finalizando esta etapa do meu processo acadêmico, espero que esta investigação contribua para o campo da saúde mental no sentido de utilizar a categoria fortalecimento das pessoas com transtornos mentais na avaliação dos serviços. E que possa ter contribuído com o próprio Movimento, evidenciando seus aspectos inovadores e seus desafios na construção de um serviço de saúde mental pautado em relações de cuidado que facilitam a autonomia e o protagonismo das pessoas com transtornos mentais.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. A trajetória do Pensamento crítico em Saúde Mental no Brasil. In: **Saúde Mental e Cidadania no contexto dos Sistemas Locais de Saúde**. São Paulo-Salvador: Ed. Hucitec, 1992.

_____. (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

_____. A Clínica e a Reforma Psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (Org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro, Nau editora, 2003.

_____. Reforma Psiquiátrica e Epistemologia. **Cad. Bras. Saúde Mental**, (CD-ROM), v. 1, n.1, jan./abr. 2009.

AMARANTE, Paulo Duarte de C.; TORRE, Eduardo Henrique G. Constituição de Novas Práticas no Campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 26-34, maio/ago. 2001.

AMORIM, Ana Karenina de Melo Arraes; DIMENSTEIN, Magda. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 195-204, jan./fev. 2009.

ANDRADE, João Tadeu de; COSTA, Liduina Farias Almeida da. Medicina complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia médica. **Saúde soc.** [online], vol.19, n.3, p. 497-508, 2010.

ANTUNES, S.M.M.O.; QUEIROZ, M. S. A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro v. 23, n.1, p. 207-215, jan., 2007.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde, **Saúde e Sociedade**, v.13, n.3, p.16-29, set./dez., 2004.

BAR-EL, Raphael et al. **Reduzindo a pobreza através do desenvolvimento econômico do interior do Ceará**, Edições IPLANCE, 2002.

BARRIO, Lourdes Rodriguez; PERRON, Nadine; OUELLETTE, Jean-Nicolas. Psicotrópicos e saúde mental: escutar ou regular o sofrimento? In: (Orgs.) Campos, Rosana Onocko; Furtado, Juarez Pereira; Passos, Eduardo; Benevides, Regina. **Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: desenho participativo e efeitos da narratividade**. São Paulo: Ed. Hucitec, 2008.

BARROS, Denise Dias. Cidadania versus periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução de um saber. In: AMARANTE, Paulo (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

BARROS, João Paulo Pereira et al. O conceito de “sentido” em Vygotsky: considerações epistemológicas e suas implicações para a investigação psicológica. **Psicologia e Sociedade** (impresso), v.21, p. 174-181, 2009.

BASAGLIA, Franco. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond Universitária, 2005.

BAUER, Martin W. e GASKELL, George. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Rio de Janeiro, Vozes, 2002.

BAUMANN, Z. **Comunidade: a busca por segurança no mundo atual**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em Saúde Mental: 1990-2004**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BOFF, Leonardo. **Depois de 500 anos: Que Brasil queremos?** Petrópolis: Ed. Vozes, 2000.

_____. **Espiritualidade: um caminho de transformação**. São Paulo: Editora Sextante, 2001.

BOMFIM, Zulmira A. C. A mediação emocional no desvelar da identidade em psicologia comunitária. In: BRANDÃO, ISRAEL, R., BONFIM, ZULMIRA, A. C. (Orgs.). **Os Jardins da Psicologia Comunitária: escritos sobre a trajetória de um modelo teórico-vivencial**. Fortaleza: Pró-Reitoria de Extensão da UFC/ ABRAPSO, 1999.

BORDENAVE, Juan E. Díaz. **O que é participação**. São Paulo: Brasiliense, 2007.

BOSI e MÁXIMO; Saúde mental em um hospital público: o olhar de profissionais médicos do município do Rio de Janeiro. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 293-316, 2006.

BOSI, Maria Lúcia M. e MERCADO, Francisco Javier. **Pesquisa Qualitativa de serviços de saúde**. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde (MS), Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização Pan Americana de Saúde (OPAS). **Relatório sobre a saúde no mundo 2001/Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança**. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. **Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

CAPRARA, Andrea; Uma abordagem hermenêutica da relação saúde-doença, **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n. 4, p. 923-931, jul/ ago, 2003.

CARVALHO, Sergio Resende; Os múltiplos sentidos da categoria "empowerment" no projeto de Promoção à Saúde, **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.4, p.1088-1095. Rio de Janeiro, 2004.

CARVALHO, Liliane Brandão; BOSI, M. Lúcia Magalhães; FREIRE, José Célio. Dimensão ética do cuidado em saúde mental na rede pública de serviços. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, p. 700-706, 2008.

CARVALHO, Maria Aparecida Alves Sobreira. **Modos de Atenção às pessoas com transtornos mentais no Programa Saúde da Família de Iguatu**. 1993. 80 folhas. Monografia (Especialização) – Universidade Estadual do Ceará, Curso de Saúde Pública, Fortaleza, 1993.

CAVALCANTE, Ruth et al., **Educação Biocêntrica: um movimento de construção dialógica**. Fortaleza: Edições CDH, 2001.

COSTA-ROSA, A. O Modo Psicossocial: Um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Paulo Duarte de Carvalho Amarante. (Org.). **Ensaio de Loucura & Civilização**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

DELEUZE, Gilles. **Conversações**. São Paulo: Editora 34, 2008.

DEMO, Pedro. Pesquisa qualitativa: busca de equilíbrio entre forma e conteúdo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online], v.6, n.2, p. 89-104, 1998.

DIMENSTEIN, Magda. A reorientação da atenção em saúde mental: sobre a qualidade e humanização da assistência. **Psicol. ciênc. prof.**, Brasília, v. 24, n. 4, dez. 2004.

DIMENSTEIN, Magda et al. Demanda em saúde mental em unidades de saúde da família. **Mental**, Barbacena, v. 3, n. 5, nov. 2005.

_____. O Apoio Matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. **Saúde Soc.** São Paulo, v.18, n.1, p.63-74, 2009.

DUARTE, Marco José de Oliveira. Por uma cartografia do cuidado em saúde mental: repensando a micropolítica do processo de trabalho de cuidar em instituições. In: BRAVO, Maria Inês Souza; VASCONCELOS, Ana Maria de; GAMA, Andrea de Sousa; MONNERAT, Gisele Lavinias (Orgs.). **Saúde e serviço social**. São Paulo: Cortez, 2004.

ESMERALDO FILHO, Carlos Eduardo. **Saúde Mental e (ex)-moradores de rua: um estudo a partir do valor pessoal e do poder pessoal**. 2006. 101 f. Monografia (Graduação) – Universidade Federal do Ceará, Curso de Psicologia, Fortaleza, 2006.

FOUCAULT, Michel. **Doença Mental e Psicologia**. Rio de Janeiro: Ed. Tempo Brasileiro, 1975.

_____. **Vigiar e punir: a história da violência nas prisões**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

_____. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2002.

_____. **Hermenêutica do Sujeito**. São Paulo: Martins Fonte, 2004.

FRAGA, Maria de Nazaré de O.; SOUZA, Ângela M. A. e; BRAGA, Violante A. B.; Reforma Psiquiátrica Brasileira: muito a refletir. **Acta Paulista de Enfermagem**. v. 19. n. 2. São Paulo, abr./jun. 2006.

FRANCO, Túlio Batista et al. A produção subjetiva da Estratégia Saúde da Família. In: (Orgs.) Franco, Túlio Batista; Andrade, Cristina Setenta; Ferreira, Vitória Solange Coelho **A produção Subjetiva do Cuidado: Cartografias da Estratégia Saúde da Família**. São Paulo: Ed. Hucitec, 2009.

FRACOLLI, Lislaine Aparecida; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o programa de saúde da família. **Rev. Esc. Enferm.** v. 38, n. 2, p. 143-151, 2004.

FREIRE, Paulo. **Extensão ou comunicação?** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

_____. **Conscientização: teoria e prática da libertação**. São Paulo: Moraes, 1980. Arquivo PDF. Disponível em: <www.4shared.com>. Acesso em: 4 jan. 2010.

_____. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

_____. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1984.

_____. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

_____. **Educação e mudança**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998.

GASTAL, Cláudio Luis da Cunha; GUTFREIND, Celso. Um estudo comparativo de dois serviços de saúde mental: relações entre participação popular e representações sociais relacionadas ao direito à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, ago. 2007.

GADAMER, Hans-Georg. **O caráter oculto da saúde**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

GÓIS, Cezar Wagner de L. **Noções de Psicologia Comunitária**. Fortaleza: Editora Viver, 1993.

_____. **Biodança: Identidade e Vivência**. Fortaleza: Ed. Instituto Paulo Freire, 2002.

_____. **Psicologia Comunitária no Ceará: uma caminhada**. Fortaleza: Edições Instituto Paulo Freire, 2003.

_____. **Psicologia Comunitária: Atividade e Consciência**. Fortaleza: Publicações Instituto Paulo Freire de Estudos Psicossociais, 2005.

_____. **Saúde Comunitária: Pensar e Fazer**. São Paulo: Ed. Hucitec, 2008.

GOLDEBERG, Jairo Idel. Reabilitação como processo - O Centro de Atenção Psicossocial. In: PITTA, Ana (Org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Ed. Hucitec, 1996.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo: Ed. Atlas, 2007.

GIFFONI, Frassinete Alves de Oliveira. **Saber Ser, Saber fazer: Terapia Comunitária, uma experiência de aprendizagem e construção da autonomia**. 2008. 235 f. Tese (Doutorado), Universidade Federal do Ceará, Doutorado em Educação, Fortaleza, 2008.

GUARESCHI, Pedrinho A. Pressupostos Epistemológicos Implícitos no Conceito de Liberação In: GUZZO, S.L. Raquel e LACERDA Jr., Fernando (Orgs.). **Psicologia Social para América Latina**. São Paulo: Ed. Alínea, 2009.

HAGUETTI, Teresa Maria Frota. **Metodologias qualitativas na sociologia**. Petrópolis, RJ: Ed. Vozes, 2005.

HARDT, Michael e NEGRI, Antonio. **Império**. Rio de Janeiro. Record, 2001

IBGE, Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico**. Fortaleza, 2007.

KOENIG, Harold G. Religião, espiritualidade e psiquiatria: uma nova era na atenção à saúde mental. **Rev. psiquiatr. clín.** [online], v.34, suppl.1, p. 5-7, 2007.

LANE, Silvia T. M. Os fundamentos teóricos. In: LANE, Sílvia Tatiana Maurer e ARAÚJO, Yara (Orgs.). **Arqueologia das emoções**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

LIMA, Deyseane M. A., BOMFIM, Zulmira Áurea Cruz, PASCUAL, Jesus Garcia. Emoção nas veredas da psicologia social: Reminiscências na filosofia e psicologia histórico-cultural. **Psicol. Argum.**, Curitiba, v. 27, n. 58, p. 231-240, jul./set. 2009.

MACHADO, L.D. e LAVRADOR, M.C. C.; Loucura e Subjetividade. In: Machado, L.D. e Lavrador, M.C. C e outros (Org.). **Texturas da psicologia: subjetividade e política no contemporâneo**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

_____. Subjetividade e Loucura: saberes e fazeres em processo. **Vivência** (Natal), n.32, p.79-96, 2007.

MACHADO, Roberto. Ciência e Saber: **A trajetória da Arqueologia de Foucault**. Rio de Janeiro: Ed. Graall, 1981.

MARTÍN-BARÓ. **Psicología de la Liberación**. Madrid: Editorial Trota, 1998.

_____. Para uma Psicologia da Liberação. In: GUZZO, S.L. Raquel e LACERDA, Jr., Fernando (Orgs.). **Psicologia Social para América Latina**. São Paulo: Ed. Alínea, 2009.

MASIGLIA, Regina Giffoni. Os cidadãos e os loucos no Brasil. A cidadania como processo In: MASIGLIA, R.; DALLARI, Dalmo de A.; COSTA, Jurandi F.; MOURA Neto, Francisco D. M. de M.; KINOSHITA, Roberto T.; LANCETTI, Antônio (Orgs.). **Saúde mental e cidadania**; Ed. Mandacaru e Plenário de trabalhadores: São Paulo, 1987.

MATTUMOTO, Silvia, **O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde**. 1998. 240 f. Dissertação. (Mestrado). Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, São Paulo, 1998.

MECCA, Renata Caruso; CASTRO, Eliane Dias de. Experiência estética e cotidiano institucional: novos mapas para subjetivar espaços destinados à saúde mental. **Interface**, Botucatu, v.12, n.25, p.377-386, jun., 2008.

MENEZES, Mardônio; YASUI, Silvio. O psiquiatra na atenção psicossocial: entre o luto e a liberdade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, fev., 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MONTEIRO, J. M. C., & DOLLINGER, S. J. **Estudo etnográfico e autofotográfico do menino na rua em Fortaleza**. Ceará: Coletâneas da ANPEPP – Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia, 1996.

MONTERO, Maritza. **Teoría e Práctica de La Psicología Comunitaria**: La tensión entre comunidad y sociedad. Buenos Aires: Ed. Paidós, 2003.

MONTERO, Maritza. **Introducción a La psicología comunitária**: Desarrollo, conceptos y procesos. Buenos Aires: Paidós, 2004.

MONTERO, M. **Hacer para transformar**: El método en la Psicología Comunitária. Buenos Aires: Paidós, 2006.

MOVIMENTO DE SAÚDE MENTAL COMUNITÁRIA DO BOM JARDIM. **Relatório anual de atividades/ 2005 do Movimento de Saúde Mental Comunitária do Bom Jardim**, Fortaleza, mimeo, dez., 2005.

_____. **Relatório anual de atividades/ 2006 do Movimento de Saúde Mental Comunitária do Bom Jardim**, Fortaleza, mimeo, dez., 2006.

_____. **Relatório anual de atividades/ 2007 do Movimento de Saúde Mental Comunitária do Bom Jardim**, Fortaleza, mimeo, dez., 2007a.

_____. **Relatório de Planejamento Estratégico do do Movimento de Saúde Mental Comunitária do Bom Jardim**, Fortaleza, mimeo, dez., 2007b.

_____. **Abordagem Sistêmica Comunitária**, Fortaleza, mimeo, 2008.

_____. **Relatório anual de atividades/ 2008 do Movimento de Saúde Mental Comunitária do Bom Jardim**, Fortaleza, mimeo, jan., 2009 a.

_____. **Abordagem Sistêmica Comunitária**. Texto apresentado para concorrer ao Prêmio da Fundação Banco do Brasil de Tecnologia Social. Fortaleza, mimeo, 2009b.

MOTTA, F. C. P. Cultura e organizações no Brasil. In: F. C. P. Motta, e M.P. Caldas (Orgs.). **Cultura organizacional e cultura brasileira**. São Paulo: Atlas, 1997.

NEIVA-SILVA, Lucas. **Expectativas futuras de adolescentes em situação de rua**: um estudo autofotográfico. 2003. 125 f. Dissertação (Mestrado), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Porto Alegre, 2003.

NICÁCIO, Fernanda. **Utopia da realidade**. 2003. 205 f. Tese (Doutorado), Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. São Paulo, 2003.

NICÁCIO, Fernanda; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Instituições de “portas abertas”: novas relações usuários-equipes-contextos na atenção em saúde mental de base comunitária/territorial. **Rev. Ter. Ocup.**, Univ. São Paulo, v. 16, n. 1, p. 40-46, jan./abr., 2005.

OLIVEIRA, Joana Angélica Macedo. **O processo de desinstitucionalização da loucura em serviços de saúde mental no estado de Sergipe**: um problema clínico-político. 2006. 106 f. Dissertação (Mestrado), Universidade Federal Fluminense, Curso de Psicologia, Rio de Janeiro, 2006.

PERES, Julio Fernando Prieto; SIMAO, Manoel José Pereira; NASELLO, Antonia Gladys. Espiritualidade, religiosidade e psicoterapia. **Rev. psiquiatr. clín.** [online], v.34, suppl.1, p. 136-145, 2007.

PIOVESAN, Armando; TEMPORINI, Edméa Rita. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. **Rev. Saúde pública**, v. 29, n. 4, p. 318-325, 1995.

PEREIRA, William Cesar Castilho. **Nas trilhas do trabalho comunitário e social**: teoria, método e prática. Belo Horizonte: Vozes/PUC Minas, 2001.

RIVERA, Carlos Vázquez. Refortalecimiento: Un Debate con el Empowerment; **Revista Interamericana de Psicología**, v. 38, n.1, p. 41-51, 2004.

ROTELLI, Franco. Desinstitucionalização: uma outra via. In ROTELLI, Franco, LEONARDIS, O, Mauri D. (Orgs.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Ed. Hucitec, 2001a.

ROTELLI, Franco. A instituição inventada. In: ROTELLI, Franco, LEONARDIS, O, Mauri D. (Orgs.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Ed. Hucitec, 2001b.

RIBEIRO, Kelen Gomes. **Biodança e saúde percebida**: um olhar biocêntrico sobre a saúde. 2008. 190 f. Dissertação (Mestrado), Universidade Federal do Ceara, Curso de Psicologia, Fortaleza, 2008.

SAWAIA, Bader B. Comunidade: A Apropriação Científica de um Conceito tão Antigo quanto a Humanidade. In: SAWAIA, Bader Burihan (Org.). **Psicologia Social Comunitária**: da solidariedade à autonomia. Petrópolis, RJ: Vozes, 1996.

_____. **O sentido Ético-político da Saúde na Era do Triunfo da Tecnobiologia e do Relativismo**. In: GOLDENBERG, Paulete. O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.

SCHMIDT, Moema Belloni; FIGUEIREDO, Ana Cristina. Acesso, acolhimento e acompanhamento: três desafios para o cotidiano da clínica em saúde mental. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.** São Paulo, v. 12, n. 1, mar. 2009.

SOUSA UNGLERT, C. V. de. **Territorialização em sistemas de saúde**. In: E. V. Mendes (Org.). Distrito Sanitário. O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1999.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2003, p.89-111.

TORO, Rolando. **Teoria da Biodança**: Coletânea de Textos. Fortaleza: ALAB, 2001.

TORRE, Eduardo H. Guimarães; AMARANTE, Paulo. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n. 1, 2001.

TOURAINÉ, Alain. **Crítica da modernidade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão; **O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teoria e estratégias**. São Paulo: Ed. Paulus, 2003.

_____. Podemos ser curadores, mas sempre... também feridos! Dor, envelhecimento e morte e suas implicações pessoais, políticas e sociais. In: VASCONCELOS, Eymard Mourão (Org.). **A espiritualidade no trabalho em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006.

VÁZQUEZ, Marya Muñoz. Aportaciones de La psicologia de comunidad em Puerto Rico a um marco teórico alterno sobre el potencial de apoderamiento de las comunidades. **Revista Interamericana de Psicologia**, v. 34, n.001, 2000.

VIEIRA, Emanuel Meireles. **Atividade comunitária e conscientização**: uma investigação a partir dos modos de participação social. 2008. 135. Dissertação (Mestrado), Universidade Federal do Ceará, Curso de Psicologia, Fortaleza, 2008.

VIEIRA, Emanuel Meireles, XIMENES, Verônica Moraes. Conscientização: em que interessa este conceito à psicologia. **Psicol. Argum.**, v. 26, n. 52, p. 23-33, jan./mar. 2008.

VIEIRA FILHO, N. G. NÓBREGA, S.M. da. A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. In: **Estudos de Psicologia**, v. 9, n. 2, p. 373-379, 2004.

VIEIRA FILHO, Nilson Gomes; NÓBREGA, Sheva Maia da. A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. **Estudos de Psicologia**, v. 9, n. 2, p. 373-379, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHOQOL and spirituality, religiousness and personal beliefs (SRPB). Report on WHO consultation, Division of Mental Health and Prevention of substance abuse. Geneve, 1998.

YASUI, Silvio. **Rupturas e encontros**: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. 2006. 208 f. Tese (Doutorado), Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

XIMENES, Verônica Moraes; FARIAS, Alessandra Araújo; CAVALCANTE, Jon Anderson Machado. **Estudo Comparativo do Sentimento de Comunidade entre comunidade**

urbana e rural. Pesquisa do programa institucional de bolsas de iniciação científica – PIBIC, 2004.

ZANELLA, Andréa Vieira. Atividade, significação e constituição do sujeito: considerações à luz da psicologia Histórico-Cultural. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 9, n. 1, p. 127-135, 2004.

APÊNDICES

APÊNDICE A- RELAÇÃO DOS PARTICIPANTES D GRUPO FOCAL

Transtorno	Atividade de cuidado	Quant	GF
F. 40- transtorno fóbico-ansioso	- Anita- faz parte da coordenação do Movimento, integrante do Movimento desde a sua fundação, iniciou como voluntária, com ensino médio, depois fez pedagogia, hoje é coordenadora do CAPS; - Luisa- educadora social, coordenou a casa de aprendizagem do Movimento; - Reginaldo- facilitador de Biodança, está no Movimento desde a sua fundação, coordena o setor administrativo-financeiro do Movimento; - Alex- equipe de Coordenação do Movimento, italiano; - Núbia- educadora Social, coordena grupos de auto-estima com mulheres.	05	(2) Margarida e Alex
F. 19- Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas	Edeísa- terminando curso de massoterapia, está em fase de estágio.	01	
F42-Transtorno Obsessivo Compulsivo	Assis- voluntário do Projeto Sim à Vida	01	
F.40- F.32 transtorno fóbico-ansioso com episódios depressivos	Inaê- atriz, participa do teatro de rua Irismar- educadora social, trabalha com adolescentes no projeto Sim à Vida.	02	(1) Inaê
F. 32.3 Episódio depressivo grave com sintomas psicóticos	-Rute- massoterapeuta, trabalha no CAPS. - Suzana- Professora, Terapeuta Comunitária.	02	(2) Rute e Suzana
F.20 –esquizofrenia	- Paulo- dá aulas de reforço de matemática no Movimento	01	(1) Paulo
F. 32-episódios depressivos	- Márcia- atriz, faz teatro de rua, analfabeta; -Flor de Lótus- educadora, responsável pela horta comunitária; - Miria- cozinheira do CAPS; -Edna- educadora do projeto Sim à Vida; - Silvia- serviços gerais da Casa AME e CAPS; - Fábio- voluntário da Terapia Comunitário, pai de Milton; - Letícia- voluntária da Terapia Ocupacional do CAPS, mãe de Milton e esposa de Fábio.	07	(1) Flor de Lótus
F.32- F. 41-episódios depressivos com síndrome do Pânico	- Adriana- cozinheira da casa de aprendizagem -Jarbas- educador da horta comunitária e farmácia viva;	02	01
TOTAL		21	08

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) de uma pesquisa sobre a experiência de pessoas que entraram no Movimento de Saúde Mental Comunitária do Bom Jardim para tratamento de transtorno mental, e hoje estão desenvolvendo atividades de cuidado. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

Para realização desta pesquisa será realizado um grupo de discussão com 12 pessoas, que durará 2 horas, sobre a experiência de vida dos participantes do Movimento e as mudanças que ocorreram desde que entraram para tratamento. Destas 12 pessoas do grupo, algumas serão convidadas para entrevista individual. Antes da entrevista será solicitado que o participante tire algumas fotos sobre a sua vida.

Para retirar as fotos, explicarei como fazer e emprestarei uma máquina fotográfica para que 12 fotos sejam retiradas. Quando receber a máquina, revelarei os filmes, sendo uma cópia para mim e outra para o entrevistado. A entrevista terá a duração de 1 hora, em dia e horário a ser combinado com o participante. Gravarei todas as informações, caso o participante concorde.

Garanto que você terá acesso às informações colhidas nesta pesquisa, com a garantia de que seu nome não será identificado. Após a leitura destas informações e explicação das dúvidas, sua assinatura neste documento significa que concordou em participar desta pesquisa. Você tem a liberdade de recusar a fazer parte da pesquisa em qualquer momento.

Esta pesquisa servirá para avaliar o Movimento de Saúde Mental Comunitário do Bom Jardim, podendo favorecer a melhoria de suas práticas e a utilização de seus resultados para avaliação de outros serviços de saúde mental.

Em caso de dúvida se comunicar com a pesquisadora, Maria Aparecida Alves Sobreira Carvalho, nos telefones (085)9993.89.24 ou (088)8803.67.87 ou pelo e-mail-apsobreira1@hotmail.com. Outras informações podem ser obtidas junto ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará, rua Coronel Nunes Melo, No. 1127, Bairro Rodolfo Teófilo, telefone (085) 3366. 83 38.

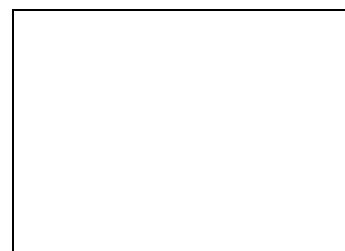
O abaixo-assinado, _____, ____ anos, RG No. _____ declara que é de livre e espontânea vontade que estou participando como voluntário desta pesquisa. Eu declaro que li este documento, tirei minhas dúvidas sobre a pesquisa e recebi as informações esclarecedoras. Declaro ainda, estar recebendo uma cópia assinada deste Termo.

Fortaleza _____, de _____ de 2010.

Assinatura do participante

Nome da Testemunha

Maria Aparecida Alves Sobreira Carvalho
Pesquisadora



Impressão digital

APÊNDICE C - ROTEIRO DO GRUPO FOCAL

1. O que é o Movimento para vocês?

2. Falem-me sobre as atividades que participam no Movimento;

Como elas acontecem?

Qual o objetivo delas?

O que vocês fazem nessas atividades?

Qual é a responsabilidade de vocês?

Como vocês se sentem participando do Movimento?

Que momentos da participação no Movimento foi mais significativo para vocês?

Qual é a sua sugestão para que o movimento melhore? Você poderia contribuir?

Como?

Como aconteceu a mudança de participante de atividade de cuidado para facilitador/responsável por atividades no Movimento? O que mudou?

3. Vocês tem a vivência do transtorno mental, de diferentes formas, podem me falar sobre isto?

Como vocês se sentem na família?

E na comunidade que vocês moram?

APÊNDICE D - ROTEIRO DA ENTREVISTA

1. Como foi para você tirar estas fotos?

Escolha um título para cada foto que explique o sentido dela em sua vida

2. Me fale de sua entrada no Movimento. Como se sentia? O que isto significou para você?

3. A maioria das fotos que você bateu, são no Movimento. Me fale da relação com sua família e amigos (como era e o que mudou).

4. Olhando estas fotos da tua história, que mudanças ocorreram na tua vida?

O que você considera que foi importante para o seu crescimento?

Vi que no grupo focal você falou pouco. Como era sua participação nas atividades do Movimento?

Que pessoas foram importantes para você neste desenvolvimento?

5. Que fotos você desejaria que estivessem aqui, para me mostrar um acontecimento ou pessoa importante em seu crescimento, mas não estão?

6. Se você pudesse mudar algo no Movimento o que faria? Esta mudança depende de quem?

7. Como você se imagina daqui a 5 anos?

ANEXO



Universidade Federal do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. Nº 99/10

Fortaleza, 17 de maio de 2010

Protocolo COMEPE nº 103/ 10

Pesquisador responsável: Maria Aparecida Alves Sobreira Carvalho

Deptº./Serviço: Movimento de Saúde Mental Comunitária do Bom Jardim

Título do Projeto: “Fortalecimento de pessoas com transtornos mentais: a experiência dos usuários do Movimento de Saúde Mental Comunitária do Bom Jardim”

Levamos ao conhecimento de V.S^a. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 e complementares, aprovou o protocolo e o TCLE do projeto supracitado na reunião do dia 14 de maio de 2010.

Outrossim, informamos, que o pesquisador deverá se comprometer a enviar o relatório final do referido projeto.

Atenciosamente,

Minian Parente Monteiro.

Dra. Minian Parente Monteiro
Coordenadora Adjunta do Comitê
de Ética em Pesquisa
COMEPE/UFC