

O EMPOWERMENT COMO ESTRATÉGIA DE CUIDADO À FAMÍLIA DE PESSOAS EM SOFRIMENTO MENTAL

Empowerment as a care strategy for the families of people in mental distress

Patrícia Anjos Lima de Carvalho¹

Edite Lago da Silva Sena²

Viviane dos Santos Souza³

Artigo encaminhado: 31/07/2012
Aceito para publicação: 20/02/2013

RESUMO

Este artigo apresenta a promoção do *empowerment* como estratégia de cuidado aos familiares de usuários de serviços de saúde, integrantes de um Grupo de Ajuda Mútua, à luz da filosofia de Merleau-Ponty. Conduziu-se uma pesquisa que objetivou descrever percepções de cuidado que contribuem para o *empowerment* de familiares de pessoas em sofrimento mental. A metodologia baseou-se na *analítica da ambiguidade*, que permitiu a análise dos dados empíricos obtidos por meio de entrevistas não diretivas com dez familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial tipo II, no ano de 2010. Na análise emergiram cinco categorias das quais o presente texto destaca uma: *a passagem da cidadania invisível ao empowerment possível*. As descrições desvelam que o cuidado, na perspectiva do *empowerment*, envolve a garantia do respeito mútuo e a construção coletiva de caminhos que favorecem a superação, a transformação das situações vividas e o olhar à crise como possibilidade. Assim, o *eu posso* aparece como caminho para familiares e usuários dos serviços de saúde mental tornarem-se mais autônomos e partícipes do processo de cuidar.

Palavras-chave: Saúde Mental. Empoderamento. Relações Familiares.

¹ Enfermeira. Professora Assistente do Departamento de Saúde (DS) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (Uesb), Vitória da Conquista, BA. E-mail: patricia.anjos3@gmail.com

² Enfermeira. Professora Titular do DS e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (Ppges) da Uesb. E-mail: editelago@gmail.com

³ Enfermeira. Professora Assistente da Universidade Estadual de Santa Cruz (Uesc), Ilhéus, BA. E-mail: vivi_verona@hotmail.com

ABSTRACT

This article presents the promotion of *empowerment* as a care strategy for the family of users of health services, members of a mutual help group, in light of the philosophy of Merleau-Ponty. A research was conducted, aiming to describe perceptions of care that contribute to the empowerment of family members of people in mental distress. The methodology was based on the analytics of ambiguity, which allowed the analysis of empirical data obtained by non-directive interviews with ten family members of users of a Type II Psychosocial Care Center in 2010. Five categories emerged from the analysis, of which this paper highlights one: *the transition of invisible citizenship to the possible empowerment*. The descriptions unveil that care, from the perspective of empowerment, involves ensuring mutual respect and collective construction of pathways that promote resilience and transformation of the lived situations and the look at the crisis as a possibility. Thus, *I can* appears as a way for family members and users of mental health services to become more autonomous and participants of the care process.

Keywords: Mental Health. Power. Family Relations.

1 INTRODUÇÃO

As mudanças ocorridas no campo da saúde mental, a partir da efetivação da Reforma Psiquiátrica Brasileira, impõem a criação de estratégias de cuidado em rede, na perspectiva interdisciplinar e intersetorial, de modo a atender às necessidades das famílias que vivenciam o sofrimento mental. Alguns autores destacam que o cuidado a tais famílias deve ser reestruturado de modo a incluir práticas que visem ao *empowerment* dos sujeitos, que precisam adquirir ou readquirir a habilidade para efetuar escolhas, resgatar a dignidade, a cidadania, a autonomia e a reabilitação psicossocial (BARROS; OLIVEIRA; SILVA, 2007; NARDI; RAMMINGER, 2007; VASCONCELOS, 2003).

Nesse contexto, a concepção de satisfação de necessidades, na perspectiva de produção de vida, orienta para a importância de escutar a voz do outro que tem o que dizer de si, com vistas a aumentar sua participação na escolha de modos de andar a vida

(AYRES, 2009). Esta escuta se constrói na relação, no viver cotidiano, em que são revelados os sentimentos, as percepções, as possibilidades e vulnerabilidades do ser-no-mundo, estruturando-se uma rede de significados e compreensão de si e do outro (AYRES, 2009; SENA et al., 2011).

O cuidado em saúde mental pressupõe a abertura de possibilidades para que as pessoas em sofrimento e suas famílias possam manifestar sentimentos de afeto, amor, carinho, compreensão, além de compartilhar dúvidas e conhecimentos, crenças e valores, de modo a contribuir com a promoção da saúde de seus membros. Esse tipo de apoio é fundamental para que estas famílias possam adaptar-se ao processo de viver, geralmente, sob tensão imposta pelas determinações sociais, econômicas, políticas, culturais, religiosas, entre outras, que influenciam o processo saúde-doença mental (ROSA, 2009; WERNET; ÂNGELO, 2003; MELMAN, 2006).

Neste sentido, torna-se necessário rever o enfoque do tratamento, mudando-o do isolamento para o acolhimento das dificuldades, do silenciamento para a escuta ativa dos temores e das expectativas da pessoa em sofrimento mental e da sua família, através do fortalecimento de laços afetivos fragilizados e comprometidos por questões relacionadas a conflitos e dificuldades cotidianas muitas vezes anteriores ao surgimento do transtorno mental, que pode constituir-se em sobrecarga para a família, já que além de suas cargas, esta passa a compartilhar o preconceito e estigma frente ao sofrimento mental e fazem ver um horizonte de coexistência que permite ao familiar que cuida identificar-se com a pessoa em sofrimento mental, a tal ponto que passam a sentir hostilidade e ressentido para com os que agem com discriminação e preconceito.

Assim, percebemos ainda hoje que o preconceito, o estigma, o rótulo e a marca da institucionalização continuam mobilizando sentimentos de vergonha, incapacidade, alienação, entre outros, como se fossem transmitidos entre as gerações, o que reforça o pensamento merleau-pontyano de que, no universo cultural, teses são incorporadas e mobilizam sentimentos e condutas humanas (MERLEAU-PONTY, 2010). Deste modo, o isolamento aparece como principal forma da família lidar com o sofrimento mental. Esta forma pode ser percebida nas falas em que os familiares revelam medo, insegurança, vergonha, ao mesmo tempo em que fazem ver o desconhecimento sobre o processo de adoecer e cuidar.

Esta tese encontra eco nas idéias da psiquiatria clássica, que foi tecendo a cultura manicomial, construindo o discurso da incapacidade do louco para buscar seu lugar de alienação na enfermidade, na perda das relações pessoais com o outro e consigo mesmo, à medida que é impelido a objetificar-se, ao identificar-se com as regras e com o esquema da instituição (BASAGLIA, 1985).

Nessa perspectiva, a imagem do institucionalizado, do homem petrificado, imóvel, sem objetivo, sem futuro, sem um interesse, um olhar, uma expectativa, uma esperança para a qual apontar (BASAGLIA, 1985) foi sendo incorporada pelas famílias e pela sociedade em geral de tal maneira que a linguagem desapareceu diante do sentido do qual se tornou portadora, como ocorre na leitura de um livro em que uma linguagem comum é tecida por meio do reencontro de detalhes, que necessita do compartilhamento de sentimentos e vivências (MERLEAU-PONTY, 2010).

Entretanto, acreditamos que ao oportunizar o espaço de aceitação e acolhimento da diferença, as equipes que atuam em serviços de saúde mental poderão dar voz a pessoa em sofrimento mental e sua família, além de criar estratégias para mobilizar o *eu posso*, o potencial que existe em cada ser humano, de perceber-se como identidade em constante reconstrução e participe do processo saúde-doença, o que implica em maior satisfação e bem-estar.

Em nossas vivências como docentes do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), nas aulas práticas em serviços de saúde mental, observamos a existência de famílias sem recursos de apoio para o enfrentamento de problemas que vão além de alterações biológicas ou psicológicas e que envolvem diversos fatores relacionados ao processo saúde-doença, dentre eles a desvinculação social e a negação de direitos. Portanto, consideramos importante que as práticas de cuidado à família tenham como principal meta o despertar das pessoas em sofrimento mental e de seus familiares para a necessidade de ressignificar a convivência com uma situação difícil e fazer valer seus direitos de cidadania.

Essa perspectiva surgiu na década de 1980, nos contextos de língua inglesa, na qual essa modalidade de prática é designada pela palavra *empowerment*. Trata-se de um conceito complexo e sua designação ainda não tem correspondente direto na língua portuguesa. Por isso, optamos por utilizar o termo original, acompanhando uma posição que entende que traduzi-lo como *empoderamento*, *fortalecimento* ou *aumento da*

autonomia não seria solução satisfatória, de modo que propôs a utilização do termo *empowerment* “exatamente para manter a complexidade e o caráter multifacetário do conceito” (VASCONCELOS, 2003, p. 20).

É ainda este autor que propõe a utilização de uma definição provisória para *empowerment* como “*aumento de poder pessoal e coletivo de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão, dominação e discriminação social*”, com o propósito de gerar mudança social desencadeada pela conscientização coletiva, para a conquista de liberdade e de autonomia (VASCONCELOS, 2003, p. 55).

Dessa maneira, o cuidado em saúde mental deve incluir a promoção do *empowerment*, essencial para o processo de ressignificação e mudança no percurso da história, o que ajuda diferentes atores sociais a encontrar um novo sentido para os acontecimentos e a olhar a crise como possibilidade. Mais especificamente, a pessoa em sofrimento mental e seus familiares, quando se sentem fortalecidos, conseguem perceber a experiência de ser usuário de um serviço de saúde mental como possibilidade de encontro, de construção de identidades, vínculos, suporte social e cidadania (VASCONCELOS, 2003).

Nesse sentido, os profissionais atuantes nos serviços de saúde mental devem garantir o espaço para escuta, acolhimento, interações, diálogo, construção de saberes e compartilhamento de experiências, visando à abertura conjunta de possibilidades de ajustamento, de ressignificação do processo de viver, de *empowerment*.

Assim, percebemos a importância das práticas de cuidado serem desenvolvidas considerando o potencial intersubjetivo da relação cuidador-pessoa cuidada e vice-versa, a realizar-se por meio do diálogo, da escuta, do acolhimento, do respeito, da responsabilização, entre outros aspectos que contribuem para a abertura às inúmeras possibilidades de interação (SENA et al., 2011; MERLEAU-PONTY, 2010).

Este artigo objetiva descrever percepções de cuidado que contribuem para o *empowerment* de familiares de pessoas em sofrimento mental.

2 METODOLOGIA

A escolha do método fenomenológico como matriz teórica permitiu-nos retornar ao mundo vivido, às coisas mesmas que foram desveladas a partir de indagações e tentativas de tornar claro o que se revelava por meio da linguagem que, como uma paisagem, sempre trazia ocultos, em seu horizonte, sentimentos, significados e desejos, entre outros aspectos, que se mostram como ambiguidades próprias do fenômeno cuidado (CARVALHO, 2010). Entre as abordagens fenomenológicas, optamos pela filosofia da experiência merleau-pontyana, apoiadas, principalmente, na noção do autor de que as vivências se mostram à percepção a partir da intencionalidade, processo que envolve a dimensão sensível (intuição, sentimento, impessoalidade) e a dimensão reflexiva (pensamento, linguagem, pessoalidade), e ocorre sempre de forma ambígua (MERLEAU-PONTY, 2010).

Neste sentido, a fenomenologia merleau-pontyana se ocupa em construir conhecimento a partir da relação entre eu-outro-mundo, na intersubjetividade, a qual revela o “sentido que transparece na intersecção de minhas experiências, e na intersecção de minhas experiências com aquelas do outro, pela engrenagem de uma nas outras” (MERLEAU-PONTY, 2010, p. 18).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, sob o protocolo n.º 159/2009, e desenvolvido no ano de 2010, com dez familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (Caps II) de um município do interior da Bahia, Brasil, identificados por nomes de pássaros, para garantia do anonimato, conforme recomenda a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). A produção das descrições vivenciais (coleta de dados) ocorreu, após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, por cada participante do grupo de colaboradores vivenciais (GCV), dez familiares que compartilharam as vivências de cuidado durante as entrevistas individuais, cujos temas norteadores foram formulados em uma com o subgrupo de colaboradores reflexivos (GCR), composto por cinco familiares do GCV (CARVALHO, 2010).

As descrições vivenciais foram submetidas à analítica da ambiguidade, método desenvolvido para a compreensão de textos empíricos originários de pesquisas fundamentadas na fenomenologia de Maurice Merleau-Ponty. Este método busca fazer ver os fenômenos que se mostram à percepção a partir da intersubjetividade, experiência que ocorre de forma temporal e que se insere no campo fenomenal, em que a cada

instante se contraem, no presente, horizontes de passado e de futuro, como resultado da relação intercorporal, o que implica em uma atitude transcendental (SENA et al., 2010). Trata-se de um olhar consciente de que, se a percepção é ambígua, tudo o que a envolve é ambíguo e nenhuma objetividade é suficiente para explicitá-la em sua totalidade.

Do ponto de vista operacional, o processo ocorreu da seguinte forma: transcrição das entrevistas gravadas, organização textual; realização de diversas leituras. Nestas leituras a intenção foi deixar que os fenômenos se mostrassem em si mesmos a partir de si mesmos; e objetivação categorial (SENA et al., 2010).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A analítica da ambiguidade nos reafirmou que os sentimentos e a linguagem são fenômenos inseparáveis, interligados na construção de verdades essenciais em relação à realidade: estas, embasadas na experiência vivida, apareceram como perfis e abriram possibilidades para que o estudo pudesse tornar-se infinito, considerando que a natureza humana, assim como as vivências, são inapreensíveis em sua totalidade.

Nesta perspectiva, a análise das descrições resultou em categorias que não se referem a uma síntese reflexiva como idealidade pura, mas apenas como um dos polos da ambiguidade. Das cinco categorias que emergiram do estudo referente a uma dissertação de mestrado (CARVALHO, 2010), o presente texto destaca a seguinte: *a passagem da cidadania invisível ao empowerment possível*.

3.1 A passagem da cidadania invisível ao *empowerment* possível

A criação de contextos de intersubjetividade, por ocasião das entrevistas do estudo, contribuiu para diminuir o sentimento de impotência e subestimação, bem como para aumentar a auto-estima e o senso de valorização, por meio da criação de espaços dialógicos e de afetividade. Nestes, os familiares desvelaram os cidadãos invisíveis existentes em sua natureza impessoal e fizeram ver o potencial desses espaços para a promoção do *empowerment*, conforme podemos observar nas falas a seguir:

[...] A prefeitura tem a obrigação de repassar a verba, dar a infraestrutura, esse que é o convênio; os profissionais de lá também serem bons profissionais, de promover essas atividades como

profissionais, e a família também. [...] nosso (Caps) é mais largado, porque as pessoas são mais simples, ninguém reclama, [...] a gente tem que ir buscar o que é de direito [...] (Colibri).

[...] acho que tem necessidade de colocar mais gente pra ter um cuidado melhor, porque o Caps cuida, mas poderia cuidar melhor; [...] porque a tendência se continuar assim é acabar [...] (Guriatã).

[...] um funcionário do Caps estes dias, a gente conversando, eu falei: estou lutando pelo Caps [...] uma pessoa de lá me falou assim: eu não estou nem aí pro Caps. [...] os profissionais não estão dando mais aquela importância como antes, atenção à família, [...] as reuniões não estão ocorrendo mais, mesmo não tendo os profissionais, os poucos que tem, a coordenadora lá que é formada em enfermagem, pelo menos tem ela [...] (Canário da Terra).

Tais descrições mostram a insatisfação dos familiares de usuários do Caps II com relação ao “cuidado”, ao mesmo tempo em que reconhecem que seus direitos não têm sido respeitados, que “o Caps cuida, mas poderia cuidar melhor”. Além disso, corroboram com outro estudo que revela a relação entre a falta de comprometimento e/ou motivação de trabalhadores de Caps II e a perda de rumo do projeto institucional, que se relacionam também com a intervenção negativa da gestão municipal (NUNES et al., 2008).

Ao afirmar que a trabalhadora “não está nem aí pro Caps”, e realçar a não-realização das reuniões pela equipe, Canário da Terra também fez ver que os técnicos podem manter uma postura manicomial dentro de um serviço substitutivo (ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006; VASCONCELOS, 2010).

Essa postura manicomial, além de influenciar os gestores e os trabalhadores, revela-se na conduta dos familiares que, ao mesmo tempo em que enfatizam a importância da corresponsabilidade de gestores, trabalhadores e família na efetividade das ações no Caps II, não incluem a participação dos usuários no processo, evidenciando o preconceito da própria família em relação à pessoa em sofrimento mental. Ao comentar que ninguém reclama ou luta pelos direitos dos usuários do Caps II, porque estes “são mais simples” do que aqueles que frequentam outros serviços, os familiares reforçaram a tese de que a pessoa em sofrimento mental possui um corpo institucionalizado, vivenciado como objeto (BASAGLIA, 1985).

O contexto das descrições revela que a família reconhece a responsabilidade dos poderes públicos com relação ao Caps II, pela inadequação da infraestrutura e pelo número insuficiente de trabalhadores, que pode produzir impacto negativo na relação da família com os trabalhadores. Os familiares destacam a necessidade de retomar o vínculo afetivo que existia quando o Caps II contava com melhor infraestrutura e equipe mínima, como afirma Canário da Terra: “já não dão atenção à família como antes”.

Embora alguns familiares tenham demonstrado uma postura de submissão e passividade, outros revelaram uma posição mais crítica, apontando a importância da participação da família na reestruturação do Caps II, de modo que a experiência do cuidar promova o exercício da cidadania e *empowerment*, desvelando o desejo imanente dos familiares de atualizarem vivências e assumirem a corresponsabilidade pela mudança da realidade, inclusive por meio de sugestões para a organização do serviço, como percebemos a seguir:

[...] falta para a família dos usuários, por exemplo, a assistente social, o bem-estar social, a secretaria de saúde tem que dar um pouco mais de atenção às famílias dos usuários do Caps e acredito assim, precisa ser ouvida, precisa ter reuniões [...] (Guriatã).

[...] Não tem que deixar este programa morrer, tem que ser reavivado, [...] Nunca vi uma coisa dessa, ali tem as máquinas que está tudo lá, tinha muita gente ali que trabalhava na máquina, costurando as coisas, agora as máquinas nem vê, está tudo lá [...] (Sabiá).

Na descrição de Sabiá percebemos que ela sente a necessidade de que ações desenvolvidas no Caps II tenham uma continuidade. Ao retomar as vivências da oficina de costura, que naquele momento estava desativada, visualizou uma possibilidade futura e desvelou, à luz do pensamento merleau-pontyano, uma visão retrospectiva, uma característica do processo intencional em que retomamos os vividos retidos e lançamos ao futuro (MERLEAU-PONTY, 2010). A sugestão de Sabiá, além de favorecer a inclusão da família nas ações do Caps II, reforça a proposta de Guriatã de que deve haver coparticipação de familiares, usuários e trabalhadores no planejamento e implementação do cuidado.

As descrições mostram o Caps II como lugar para o cuidado tanto de usuários como de seus familiares, ao mesmo tempo em que faz ver a necessidade de consolidar o

serviço como um espaço aberto para agregação de diferentes atores e novas propostas de reabilitação psicossocial para seus usuários, conforme percebemos nas falas:

[...] acho que eles fecham muito para o cliente que está lá no serviço, será que ele vai ser cidadão só ali naquele ciclo, eles fazem atividades extra-Caps, fora Caps? [...] A política tem que fazer isso, os gestores tinham que incentivar, primeiro incentivar os profissionais e abrir os caminhos pra eles trabalharem, [...] (Canário Belga).

[...] todas as atividades já existem, existem dentro do estatuto (portaria GM nº 336/02), mas não existe na prática [...] (Canário da Terra).

Nessas falas, os familiares fizeram ver a importância da interdisciplinaridade e da intersetorialidade para a organização do serviço (NUNES et al., 2008; VASCONCELOS, 2010), em conformidade com a portaria GM nº 336/02 (BRASIL, 2004), revelada, por um lado, como uma necessidade do mundo cultural, que normatiza e estabelece parâmetros de funcionamento para os serviços de saúde e, por outro, como um sentir que tem a ver com a satisfação de necessidades afetivas e emocionais que poderiam ser supridas caso houvesse uma equipe maior.

Nesse sentido, Canário da Terra ampliou o horizonte, fazendo ver possibilidades de ocorrer uma mobilização social em benefício do Caps II, desde que estejam dispostos a “[...] abrir mais o Caps pra sociedade [...]”. Essa iniciativa corrobora a orientação da portaria GM nº 336/02 que incentiva a utilização de recursos da comunidade e o envolvimento de pessoas, instituições ou grupos organizados nas ações desenvolvidas pelo Caps (BRASIL, 2004).

Com relação à interdisciplinaridade, conforme o que dispõe a mesma portaria, os familiares mostraram a dificuldade dos trabalhadores em desenvolverem ações com esta perspectiva, visto haver, no período em que o estudo foi desenvolvido, apenas uma enfermeira/coordenadora, uma assistente social, três técnicas de enfermagem, duas auxiliares de serviços gerais, um porteiro, um médico e um artesão. A esse respeito, os familiares desvelaram ainda que o número reduzido de trabalhadores também caracteriza-se como um obstáculo à inclusão do cuidado à família no Caps II, conforme demonstram as falas a seguir:

[...] lá só tem a coordenadora, o artesão, e a menina (técnica de enfermagem), que é enfermeira e faz a distribuição dos medicamentos, [...] a assistente social estava faltando, chegou agora, a psicóloga não tem mais, está faltando tudo, [...] (Canário da Terra).

[...] somente as meninas, funcionárias do Caps, as enfermeiras, que trabalham a enfermagem ali com aqueles pacientes [...] (Sabiá).

[...] a política complementa auxiliando mais essa questão do cuidado à família no Caps, porque a quantidade de funcionários está muito defasada, assim, as pessoas que trabalham, profissionais mais específicos, outras categorias, que poderiam estar ali trabalhando também [...] (Canário Belga).

Estas descrições, além de evidenciarem alguns prejuízos nas ações do Caps II, em decorrência da redução do número de trabalhadores, mostraram um perfil do cuidado pautado em práticas tecnicistas, voltadas apenas para os aspectos biológicos e físicos do sofrimento mental e desvelaram a necessidade de avançarem para a promoção de ações políticas, educacionais, socioculturais, entre outras.

Para tanto, percebemos a necessidade de os trabalhadores incentivarem e apoiarem esses sujeitos na construção de projetos de vida, de saúde e de enfrentamento de necessidades, na perspectiva da atenção integral, que se concretiza na intersubjetividade. Nesta perspectiva, as descrições vivenciais revelaram que o silêncio dos familiares pode expressar sentimentos de impotência, revolta, descrédito, entre outros, que fazem com que, até mesmo as pessoas com mais acesso a informações sobre os direitos e deveres de cidadania, “optem” por calar-se frente a algumas situações.

Contudo, precisamos atentar para o fato de que a ausência de palavra nem sempre significa consentimento. Com base na filosofia merleau-pontyana, que aborda a influência da cultura na construção da personalidade, compreendemos que o silêncio que aparece nos gestos e atitudes da família demonstra a influência da cultura manicomial ainda presente nos serviços substitutivos, bem como a inadequação das estratégias de cuidado em um serviço que deveria criar espaço de diálogo e de escuta, de forma a fazer ver cidadãos autônomos e seguros onde antes existiam cidadãos invisíveis.

Nesse sentido, as descrições dos familiares revelaram que a participação, envolvimento e *empowerment* de familiares de usuários do Caps II sugerem a criação de contextos de intersubjetividade, que a partir das relações dialógicas configuram-se como essenciais para “ouvir o silêncio que grita, o qual só pode ser escutado com o coração” (GIRONDI, 2007, p. 371) e revela o entrelaçamento de vivências que possibilitam o surgimento de *um outro eu mesmo*, como conquista de si e transcendência de sentimentos imanentes (MERLEAU-PONTY, 2010). Isto quer dizer que, por meio da intersubjetividade, os familiares podem perceber-se como *um eu posso*, e reconhecer o potencial transformador inerente às relações humanas, que possibilita o *empowerment* e a transcendência de uma postura de alienação à crítico-reflexiva da realidade.

Contudo, percebemos na fala de alguns familiares um discurso ainda investido de alienação, dependência e incapacidade para a participação nas mudanças no Caps II, como observamos nos trechos a seguir:

[...] cuidar melhor ali (providenciar) alguma coisa se tiver faltando, [...] acho assim não só são vocês. Uma vez, você não tava ali no dia, o Caps estava todo assim desarrumado, foi um homem lá e falou que todo mundo tinha que ir pra câmara de vereadores, e foi aquele comentário [...] eu disse eu não vou não, vou pedir a Deus, orar a Deus pra Deus fazer o que for melhor aqui, mas pra ir pra lá, ser contra ninguém, não sei o dia de amanhã [...] eu não sei se eu fiz bem ou se eu fiz ruim, agora que eu fui, eu não fui não [...]
(Papagaio).

[...] eles não gostam do Caps, políticos não gostam. [...] quando fazem as reuniões deles, comunicam sobre as atividades deles, eles não entra neste assunto, o debate deles é na câmara de vereadores, é prefeito e tudo, debatem outras coisas, mas esta parte aí está fora.
(Sabiá).

A fala de Papagaio fez ver sua tendência em relação ao mundo da cultura manicomial em que o poder de transformar a instituição, as coisas e as pessoas estava sempre na dependência de um superior, geralmente o psiquiatra ou até mesmo Deus, que aparece relacionado à figura de um salvador, visto como um para eles e não um com eles (BARRETO, 2008). Para este autor, se o problema é compartilhado, as soluções também devem ser partilhadas comunitariamente. Elas tornam-se mais claras à medida que

conseguimos colocar dúvida na convicção das pessoas, tornando-as mais receptivas às experiências intersubjetivas que ampliam o conhecimento e promovem *empowerment*.

Nessa perspectiva, percebemos que ao mesmo tempo em que os familiares reconhecem a necessidade de haver um investimento maior por parte dos poderes constituídos, quer sejam legisladores, Secretaria de Saúde ou até mesmo os trabalhadores, desvelam sentimentos de opressão e insegurança com relação às possibilidades de inserção da família no Caps II, os quais silenciam os cidadãos imanes e determinam a postura de passividade e comodismo, refletida na fala de Papagaio que aponta para um salvador, Deus, único ser capaz de superar o estado de desorganização em que se encontra o serviço e, nesse sentido, é como se estivesse à espera de um milagre.

Desse modo, percebemos nas atitudes de Papagaio a incorporação da tese de que as pessoas com sofrimento mental e seus familiares, geralmente submetidas a relações de opressão, dominação e discriminação social (VASCONCELOS, 2003), são incapazes e despreparadas para a produção do cuidado, de modo a esperar que os profissionais, que estudaram, ofereçam a solução (ROSA, 2009).

Dessa maneira, por meio da intersubjetividade, os familiares fizeram ver que as palavras não ditas guardam no silêncio um sentido, que aparece como um todo e pode ser compreendido, à luz do pensamento merleau-pontyano, como um descortinar do tecido intencional (MERLEAU-PONTY, 2010), ou seja, nem sempre o silêncio consegue velar os sentimentos. Isso porque *“atividade ou inatividade, palavras ou silêncio, tudo possui um valor de mensagem; influenciam outros e estes outros, por sua vez, não podem não responder a essas comunicações e, portanto, também estão comunicando”* (WATZLAWICK; BEAVIN; JACKSON, 2007, P.45).

Para os autores citados, mesmo na ausência da fala, ocorre comunicação, considerando que todo comportamento tem poder de comunicação. Nesse sentido, o fato de os trabalhadores continuarem exercendo atividades no Caps II, em condições precárias de serviço, pode revelar inúmeros perfis e se coaduna com o pensamento merleau-pontyano de que, a cada vez que nos questionarmos sobre determinados gestos, mais figuras serão deslocadas do fundo, bem como se tornarão fundo para que apareçam outras figuras, como algo sempre inacabado e novo (MERLEAU-PONTY, 2010).

Nessa perspectiva, fomos impulsionadas a pensar nas ambiguidades que perpassam o cuidado no campo da saúde mental que, se por um lado é enriquecedor e estimulante, por outro, é altamente desafiador, acentuando os conflitos entre uma cultura já constituída e experimentada (VASCONCELOS, 2003), o que exige determinação e desejo de superação de uma postura tecnicista para adotar uma conduta que leva em conta que os “sujeitos são diálogos” (AYRES, 2009, p.68). Isso sugere aos atores sociais que participam do contexto de cuidar a necessidade de construção de espaços de intersubjetividade e de produção de novos saberes e práticas.

Dessa maneira, consideramos que a percepção de sujeitos como intersubjetividade constitui um passo importante para a prática de uma clínica ampliada e implica no *empowerment* dos sujeitos que, por serem ambíguos, também experimentam o *empowerment* como uma vivência ambígua, embora ocorra no âmbito da impessoalidade, da vivência de sentimentos como solidariedade, partilha, amor à coletividade, que impõe também um apelo à pessoalidade, à transformação cultural e envolve a construção de novos valores e contextos intersubjetivos que favoreçam a vivência do *eu posso* e do *empowerment* por usuários do Caps II e seus familiares.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ação de cuidar, na perspectiva do *empowerment*, envolve os dois polos da natureza humana, a impessoalidade e a pessoalidade, o que resulta no crescimento progressivo e inacabado, pois os sentimentos impulsionam novos atos e estes produzem novos sentimentos e assim sucessivamente. Com relação à cidadania, de que o senso comum, historicamente, enfatiza o exercício de direitos e não o cumprimento de deveres, nossa experiência de diálogo com os familiares que participaram do estudo fez ver a importância das práticas intersubjetivas para o *empowerment* e o reconhecimento do lugar da família como corresponsável pelo cuidar no Caps II.

Portanto, o cuidado à família de usuários do Caps II, na perspectiva do *empowerment* e de sua corresponsabilidade no cuidado de si mesma impõe questionar, discutir e exercitar o respeito mútuo, e construir coletivamente caminhos que favoreçam a experiência da superação e da transformação, como seres históricos, sempre em situação de transcendência.

Por meio do cuidado podemos lançar o sujeito em direção àquilo que sabemos e ele ainda não compreende, bem como orientarmo-nos em direção ao que vamos conhecer. Essa perspectiva ocorre como intersubjetividade, favorece a expressão de emoções e necessidades de cuidado e mostra o poder criador e renovador da relação, da coparticipação dos diferentes atores sociais no planejamento e implementação de práticas de cuidado em qualquer território, geográfico ou existencial.

Essa forma de olhar a família no contexto da saúde mental no CAPS II permitiu-nos perceber que, quanto mais a família estiver aberta ao diálogo, ao acolhimento e à aceitação de que somos o outro do outro, mais vínculos serão estabelecidos, no sentido da produção coletiva do cuidado. Tal olhar provoca um descentramento na percepção da relação eu-outrem-coisas, desvelando novas possibilidades de vivenciar o cuidado e produzir vida.

REFERÊNCIAS

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. *Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009.

BARRETO, Adalberto. “Aqui o remédio é a palavra”. *Radis: comunicação em saúde*, Rio de Janeiro, n. 67, p. 14-15, mar. 2008. Entrevista a Adriano de Lavor.

BARROS, Sônia; OLIVEIRA, Márcia Aparecida Ferreira de; SILVA, Ana Luisa Aranha e. *Práticas inovadoras para o cuidado em saúde*. *Rev. Esc. Enfermagem USP*, São Paulo, v.. 41, p. 815-819, 2007.

BASAGLIA, Franco. *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Legislação em saúde mental: 1990-2004*. Brasília (DF), 2004.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde (CNS). Resolução Nº 466 de 12 de dezembro de 2012. *Dispõe sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos*. Brasília.

CARVALHO, Patricia Anjos Lima. *Vivências de Cuidado á família e intersubjetividade: percepção de usuários do Caps II*. [dissertação de mestrado]. Jequié (BA): Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia; 2010. 168 f.

Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.6, n.13, p.87-103, 2014.

GIRONDI, Juliana Balbinot Reis; HAMES, Maria de Lourdes. *O cuidar institucional da enfermagem na lógica da pós-modernidade*. Acta Paul Enferm, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 368-372, 2007.

MELMAN, Jonas. *Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares*. São Paulo: Escrituras, 2006.

MERLEAU-PONTY, Maurice. *Fenomenologia da percepção*. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes: 2010:1-20.

NARDI, Henrique Caetano; RAMMINGER, Tatiana. *Modos de subjetivação de trabalhadores de Saúde Mental em tempos de Reforma Psiquiátrica*. Physis: revista de saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 243-250, 2007.

NUNES, Mônica de Oliveira et al. *A dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um Centro de Assistência Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p.188-196, jan. 2008.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa; FURTADO, Juarez Pereira. *Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (Caps) do Sistema Único de Saúde*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n.5, p.1053-1062, maio 2006.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. *A família como usuária de serviços e como sujeito político no processo de reforma psiquiátrica*. In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão. *Abordagens psicossociais v. 3: perspectivas para o serviço social*. São Paulo: Hucitec, 2009. p. 159-182.

SENA, Edite Lago da Silva et al. *Análítica da ambiguidade: estratégia metódica para a pesquisa fenomenológica em saúde*. Rev Gaúcha Enferm. 2010; 31(4): 769-75.

_____, Edite Lago da Silva et al. *A intersubjetividade do cuidar e o conhecimento na perspectiva fenomenológica*. Rev. Rene. 2011; 12(1):181-8.

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

_____. *Desafios políticos no campo da saúde mental na atual conjuntura uma contribuição ao debate da IV Conferência Nacional*. VASCONCELOS, Eduardo Mourão

(Org.). Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira. São Paulo: Hucitec, 2010. p.17-73.

WATZLAWICK, Paul; BEAVIN, Janet Helmick; JACKSON, Don D. *Pragmática da comunicação humana: um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação*. Tradução Álvaro Cabral. São Paulo: Cultrix, 2007.

WERNET, Monika; ÂNGELO, Margareth. *Mobilizando-se para a família: dando um novo sentido ao cuidar*. Rev. Esc. Enfermagem USP, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 19-25, 2003.