

# Pesquisa e Ações em Saúde Pública

Edição XXVI

## Capítulo 8

### PROMOÇÃO DE SENSO DE PERTENCIMENTO E AUTOESTIMA EM INDIVÍDUOS COM TRANSTORNOS MENTAIS: CUIDADOS NOS TERRITÓRIOS

ANTONIO GABRIEL DOS SANTOS SOBRINHO<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Discente – Psicologia do Centro Universitário Ari de Sá.*

**Palavras-Chave:** *Senso de Pertencimento; Autoestima; Transtornos Mentais.*

DOI

10.59290/2041301625

**P** EDITORA  
**PASTEUR**

## INTRODUÇÃO

Este trabalho teve como objetivo contextualizar como a experiência de estágio específico supervisionado I, realizado na Ênfase – Psicologia da Saúde, com foco em Saúde Mental Coletiva promoveu um espaço de construção de cuidado através da promoção do senso de pertencimento e autoestima em indivíduos com transtornos mentais assistidos pela rede de atenção psicossocial do município de Fortaleza-CE. O campo de realização foi uma instituição do terceiro setor que é suporte da RAPS, localizado em Fortaleza – CE. A proposta nasce do reconhecimento de que a promoção de senso de pertencimento e autoestima constitui um eixo fundamental no cuidado em saúde mental, especialmente quando este se organiza em territórios comunitários. Assim, buscou-se compreender como práticas terapêuticas e socioculturais desenvolvidas em contextos comunitários podem impactar positivamente a construção subjetiva de pessoas com transtornos mentais, fortalecendo vínculos, identidade e autonomia.

Historicamente, o cuidado em saúde mental no Brasil e no mundo foi marcado por práticas de exclusão, silenciamento e institucionalização (ASSAD & PEDRÃO, 2024). Nos séculos XVII e XVIII, indivíduos considerados “loucos” eram confinados em instituições de controle social, os manicômios, em contextos de marginalização e violência, distantes da comunidade e de qualquer reconhecimento de sua subjetividade (ARAÚJO & DIMENSTEIN, 2024). Nesses espaços, a lógica manicomial baseava-se em práticas de segregação e desumanização, compreendendo o sofrimento psíquico de maneira reducionista e biológica, desconectada dos determinantes sociais, culturais e afetivos.

A partir da segunda metade do século XX, esse modelo começou a ser amplamente questi-

onado. Movimentos sociais e reformas em diversos países passaram a defender práticas mais humanizadas e territorializadas, que valorizassem o sujeito, sua comunidade e seus vínculos sociais. No Brasil, a Reforma Psiquiátrica representou um marco nesse processo, propondo a desconstrução do paradigma manicomial e a construção de uma rede de cuidados pautada na liberdade, na inclusão social e no respeito à dignidade humana (PEREIRA & OLIVEIRA, 2011). A Lei nº 10.216/2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, assegurou os direitos das pessoas com transtornos mentais e consolidou a atenção psicossocial como eixo estruturante das políticas públicas de saúde mental.

Nesse novo modelo, o território emerge como espaço privilegiado de cuidado, onde se constroem vínculos, relações e redes de apoio. Compreende-se aqui território como um conjunto ampliado de recursos terapêuticos, que extrapola os limites institucionais dos serviços formais de saúde. Não se trata de um espaço rigidamente definido, mas de um campo vivo de possibilidades e interações que podem e devem ser exploradas e articuladas pelos profissionais de saúde. Esse território inclui espaços públicos, comunitários, associativos e culturais, nos quais se constroem vínculos, pertencimento e práticas de cuidado que dialogam diretamente com a vida cotidiana dos sujeitos (FURTADO, 2016). Ao reconhecer o território como espaço simbólico, compreende-se que o cuidado em saúde mental vai além do âmbito clínico individualizado: ele se territorializa, ganha corpo nas relações sociais e se ancora em práticas comunitárias que valorizam a história e a singularidade de cada sujeito.

A atenção à saúde mental deixa de estar centrada na internação e passa a priorizar dispositivos comunitários, como Unidades Básicas de Saúde (UBS), Estratégias de Saúde da Famí-

lia (ESF), Centros de Atenção Psicossocial (C-APS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SR-T), Consultórios de Rua, ambulatórios especializados e centros de convivência. Esses serviços, articulados em rede, compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), e devem garantir cuidado integral e contínuo. Conforme Sampaio (2021), a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda a criação de redes integradas e territorializadas que valorizem a proximidade com a comunidade, a participação dos usuários e a promoção da autonomia.

É nesse contexto que se insere o espaço que foi campo de pesquisa desse trabalho, criado em 1996, com o propósito de oferecer um cuidado comunitário inovador, enraizado no território e fundamentado na escuta, na valorização da experiência e na corresponsabilidade. Inicialmente, suas ações se voltavam a grupos de autoestima, terapia comunitária e acompanhamento de famílias em situação de extrema vulnerabilidade social. A formação do primeiro grupo de terapeutas comunitários contou com a parceria da Universidade Federal do Ceará (UFC) e com a orientação do médico e antropólogo Adalberto Barreto, criador da Terapia Comunitária Integrativa.

Com base na Abordagem Sistêmica Comunitária, o espaço desenvolve ações terapêuticas com crianças, adolescentes e adultos, buscando harmonizar dimensões biopsicossocioespirituais e promover a valorização da identidade e da dignidade dos sujeitos. Entre os espaços mais simbólicos está a palhoça comunitária, onde acontecem rodas de terapia e grupos de convivência. Esses encontros potencializam a construção de vínculos afetivos, fortalecem o senso de pertencimento e oferecem condições para a reconstrução da autoestima, frequentementeabalada pelas vivências de exclusão e estigma.

Portanto, este trabalho parte da compreensão de que o cuidado em saúde mental, quando

ancorado nos territórios, é capaz de promover autonomia, pertencimento e dignidade, contribuindo para a construção de sujeitos ativos e protagonistas de suas próprias histórias. A experiência de estágio buscou, assim, observar e compreender de forma sensível e crítica como as práticas comunitárias impactam a autoestima de pessoas com transtornos mentais e como o território, enquanto espaço vivo de cuidado, pode ser um potente agente de transformação subjetiva e social.

Portanto, este trabalho parte da compreensão de que o cuidado em saúde mental, quando ancorado nos territórios, é capaz de promover autonomia, pertencimento e dignidade, contribuindo para a construção de sujeitos ativos e protagonistas de suas próprias histórias. Nesse contexto, busca-se refletir sobre como o senso de pertencimento construído em espaços comunitários, pode favorecer a promoção da autoestima e o fortalecimento da identidade de pessoas com transtornos mentais. Pretende-se, ainda, compreender de que maneira os vínculos afetivos estabelecidos nesses espaços influenciavam a percepção de si dos participantes, analisar as transformações subjetivas observadas nos usuários, discutir a importância do pertencimento como componente terapêutico no cuidado em saúde mental e valorizar a experiência do cuidado em liberdade como promotora de dignidade, inclusão social e ressignificação identitária.

## MÉTODO

Este trabalho configura-se como um relato de experiência com abordagem qualitativa, elaborado a partir das vivências no Estágio Supervisionado em Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Mental, realizado no segundo semestre de 2024 em uma instituição do terceiro setor localizada na cidade de Fortaleza – CE. Por questões éticas e de confidencialidade, o nome da

instituição não será mencionado, garantindo a preservação do sigilo institucional e individual.

As atividades foram desenvolvidas duas vezes por semana e envolveram participação ativa no planejamento, organização e facilitação de grupos socioterapêuticos comunitários, voltados a indivíduos em situação de sofrimento psíquico, em sua maioria usuários vinculados ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Geral de Fortaleza. Esses encontros constituíram-se como espaços terapêuticos e comunitários que, segundo Pichon-Rivière (2005), funcionam como dispositivos privilegiados de aprendizagem social e transformação subjetiva, nos quais o vínculo grupal possibilita a emergência de processos criativos e de reconhecimento mútuo.

O espaço grupal foi compreendido como um dispositivo simbólico de cuidado, pautado na escuta sensível, no acolhimento e na construção de pertencimento. Nessa perspectiva, o grupo é entendido como lugar de reconstrução identitária, em que os sujeitos podem ressignificar experiências marcadas pelo estigma e pela exclusão social. De acordo com Goffman (1988), o estigma atua como um processo social que reduz a identidade do sujeito a um atributo depreciativo; portanto, favorecer espaços de expressão e aceitação coletiva contribui para o fortalecimento da autoestima e para a reconstrução de narrativas pessoais mais positivas e integradas.

A metodologia utilizada baseou-se na observação participante, recurso que permitiu uma aproximação ética e implicada com a realidade do grupo. O diário de campo foi utilizado como instrumento de registro das vivências e das percepções sobre os processos grupais, constituindo-se como ferramenta de análise e reflexão. Segundo Minayo (2014), a abordagem qualitativa busca compreender o universo de significados, motivações e valores que configu-

ram as práticas humanas, permitindo interpretar o sentido das experiências vividas.

Além da observação, foi realizada uma análise reflexiva da prática, articulando as experiências concretas do estágio com referenciais teóricos sobre saúde mental comunitária, pertencimento social e autoestima. Esse processo analítico permitiu compreender o grupo como um espaço transicional, no sentido winnicottiano, onde o indivíduo pode experimentar e elaborar aspectos de sua subjetividade em ambiente suficientemente seguro (WINNICOTT, 1983). Tais experiências favorecem o desenvolvimento emocional e a tendência à integração do self, contribuindo para o fortalecimento dos recursos internos de cada participante.

A escolha por um enfoque qualitativo justifica-se pela natureza subjetiva e relacional do fenômeno observado, priorizando a compreensão da experiência vivida e dos significados atribuídos pelos sujeitos às suas trajetórias. Essa abordagem está alinhada à perspectiva da Psicologia da Saúde Coletiva, que entende o cuidado como processo dialógico e relacional, pautado na construção compartilhada do saber e na valorização dos contextos sociais e culturais (AYRES, 2009).

Em conformidade com os princípios éticos da Psicologia, foram assegurados o anonimato dos participantes, a não exposição de informações sensíveis e o respeito à dignidade e singularidade de cada indivíduo. Tais princípios reafirmam o compromisso da prática psicológica com a promoção da saúde mental, a defesa dos direitos humanos e o fortalecimento da cidadania das pessoas em sofrimento psíquico. Como destaca Campos (2000), o trabalho em saúde coletiva requer uma postura ético-política que reconheça o sujeito como protagonista do cuidado e a equipe como mediadora de processos de autonomia e inclusão.

Assim, a experiência relatada se insere no campo da Psicologia da Saúde Coletiva como um exercício formativo que une teoria, ética e prática, consolidando o papel do psicólogo como facilitador de vínculos, mediador de escutas e promotor de espaços de pertencimento e transformação subjetiva. O estágio, portanto, representou uma vivência significativa de aprendizado e compromisso social, reafirmando o potencial emancipador do cuidado em saúde mental comunitária.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### **Território como Espaço Simbólico de Pertencimento**

A experiência vivenciada durante o estágio permitiu compreender a importância dos territórios como dispositivos vivos de cuidado. O espaço comunitário, espaço central das práticas desenvolvidas, mostrou-se um lugar simbólico no qual os sujeitos se sentem acolhidos e reconhecidos. Não se trata apenas de uma estrutura física, mas de um ambiente relacional que mobiliza afetos, histórias e vínculos.

O vínculo, no campo da saúde, é compreendido como um componente operacional essencial das necessidades de saúde dos usuários, assumindo papel central na efetivação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Sua construção tem origem histórica nas experiências municipais de implantação do sistema nas décadas de 1980 e 1990, quando passou a ser reconhecido como diretriz technoassistencial voltada ao fortalecimento das relações entre usuários e serviços de saúde (SEIXAS, 2019).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) consolidou o termo como princípio, fundamento e diretriz operacional, definindo-o de forma mais precisa: o vínculo consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, per-

mitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pelo cuidado, estabelecido ao longo do tempo, além de carregar um potencial terapêutico intrínseco (SEIXAS, 2019).

Nesse sentido, o vínculo não se restringe a um aspecto relacional informal, mas constitui-se como instrumento estruturante do cuidado, capaz de promover acolhimento, adesão aos processos terapêuticos e ampliação da autonomia dos sujeitos. Durante os encontros, diversos usuários expressaram frases como “aqui é minha casa” e “me sinto acolhido aqui”, revelando a construção de um sentimento de pertencimento fortemente enraizado na experiência cotidiana.

O senso de pertencimento constitui-se como uma necessidade humana fundamental, atravessando toda a trajetória existencial do sujeito. Seu alicerce remonta aos primeiros vínculos estabelecidos na relação mãe-bebê, quando o olhar, o toque e os gestos, elementos da semiótica corporal, transmitem ao recém-nascido a experiência inaugural de reconhecimento e segurança (MATHIAS, 2023). Essa confirmação afetiva inicial fornece à criança um sentido de ordem e confiança frente à complexidade do mundo, servindo de base para a formação da identidade e para a construção de futuras relações sociais.

Ao longo da vida, a busca por pertencimento se manifesta nas diversas formas de interação e inserção comunitária, assumindo diferentes roupagens conforme o contexto histórico, social e cultural. Trata-se, portanto, de um recurso existencial estruturante, cuja ausência ou negação pode gerar sentimentos profundos de exclusão, desamparo e perda de sentido, especialmente em grupos mais vulnerabilizados.

Para indivíduos com transtornos mentais, esse processo adquire uma relevância ainda maior. Historicamente marcados pelo estigma, pela exclusão social e pelo afastamento dos espa-

ços coletivos, esses sujeitos têm frequentemente negado o direito de pertencer. Tal exclusão repercute diretamente na autoestima, no sentimento de valor pessoal e na capacidade de exercer cidadania. Dessa forma, promover experiências de pertencimento não é apenas oferecer um espaço de acolhida, mas reconstruir territórios simbólicos nos quais esses indivíduos possam se reconhecer como sujeitos de direitos, com voz e lugar social.

Essa dimensão afetiva do território relaciona-se diretamente à ideia de que o ser humano necessita sentir-se parte de um grupo ou comunidade para se constituir subjetivamente. Como descreve Abraham Maslow (1970) em sua teoria da hierarquia das necessidades humanas, o pertencimento é um dos pilares fundamentais para o bem-estar emocional, a construção da autoestima e a manutenção da saúde mental.

### **Grupos Terapêuticos e Reconstrução da Autoestima**

Os grupos terapêuticos realizados atuam como um território de convivência e construção coletiva de sentido. Nesse espaço, a escuta empática, o reconhecimento das histórias de vida e a construção de vínculos afetivos permitem que os participantes se sintam vistos, ouvidos e respeitados. Tais experiências criam condições para que a autoestima, muitas vezes fragilizada por trajetórias de exclusão e sofrimento, possa ser reconstruída.

A autoestima pode ser compreendida como a forma pela qual o indivíduo percebe e valoriza a si mesmo, englobando tanto aspectos cognitivos quanto afetivos. De acordo com Nathaniel Branden (1998), ela representa a base da capacidade humana de responder de maneira ativa e positiva às oportunidades da vida. Isso significa que quanto mais saudável for a percepção que a pessoa tem de si, maiores são as chances de ela agir de forma confiante e resiliente diante dos desafios cotidianos. Nesse sentido, Morris Ro-

senberg e colaboradores (1995) destacam que a autoestima envolve dois componentes fundamentais: o cognitivo, relacionado aos pensamentos e crenças que o sujeito constrói sobre si mesmo e o mundo, e o afetivo, que determina a atitude positiva ou negativa diante desses pensamentos.

Quando se trata de indivíduos com transtornos mentais, a autoestima assume um papel ainda mais significativo. A experiência do adoecimento psíquico frequentemente vem acompanhada de sentimentos de incapacidade, inadequação e estigmatização social, o que pode fragilizar a percepção de valor pessoal e dificultar processos de autonomia e inclusão social (NASCIMENTO, 2015). A baixa autoestima pode se manifestar na dificuldade de reconhecer suas potencialidades, no sentimento de desvalia e na menor participação ativa nas relações interpessoais e comunitárias. Por outro lado, o fortalecimento da autoestima por meio de espaços de cuidado, escuta qualificada e construção de vínculos pode favorecer o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento mais saudáveis, ampliando a autonomia e a qualidade de vida dessas pessoas.

Assim, compreender a autoestima não apenas como uma dimensão individual, mas também relacional e social, é essencial para intervenções psicológicas eficazes no campo da saúde mental. Promover o fortalecimento da autoestima em pessoas com transtornos mentais contribui para a reconstrução de narrativas positivas sobre si, fortalecendo a cidadania, o sentimento de pertencimento e a capacidade de agir no mundo.

Os relatos dos usuários são marcados por um contraste entre experiências anteriores de desvalorização e a vivência atual de reconhecimento: “aqui me sinto importante”, “aqui as pessoas me escutam”. Essa transformação subjetiva é fundamental, pois a autoestima atua co-

mo elemento estruturante da identidade e da capacidade de exercer autonomia. Esses elementos são fundamentais tanto para a constituição quanto para a compreensão do self, influenciando a forma como os indivíduos constroem sua autoimagem e se relacionam com os outros, orientando suas interações sociais e modos de inserção no mundo (MOSQUERA, 2006). Nesse sentido, a convivência grupal, mediada por profissionais e pela comunidade, funciona como dispositivo terapêutico e social, fortalecendo a potência de vida dos sujeitos.

Assim, a assistência prestada não é apenas um espaço de passagem: ela se transforma em lugar de pertencimento e de produção de subjetividades. O que se compartilha ali ultrapassa a dimensão terapêutica tradicional e constitui uma forma de cuidado ampliado, que reconhece a importância das relações sociais no processo de saúde mental promovendo saúde de forma integral.

A promoção da saúde está intrinsecamente relacionada à autonomia dos sujeitos na produção de suas próprias condições de vida e saúde, reconhecendo-os como protagonistas de seus processos existenciais (SUNDFELD, 2010). Embora comumente associada a noções como “qualidade de vida” e “estilos de vida saudáveis”, essa perspectiva pode assumir contornos prescritivos, indutivos e normalizadores se não for acompanhada de uma escuta sensível e de práticas que respeitem a singularidade de cada pessoa e território.

O princípio da autonomia pressupõe uma abertura ao encontro com o outro, pautada no reconhecimento da alteridade, na valorização da livre escolha e no fortalecimento da capacidade de cada sujeito para participar ativamente de decisões que afetam sua vida. Essa concepção implica a construção de espaços coletivos de trocas entre usuários, comunidade e profissionais capazes de gerar saberes compartiha-

dos, fortalecer vínculos e estimular sentimentos de pertencimento.

Nesse contexto, a autonomia não se reduz à independência individual, mas emerge como processo relacional e comunitário, no qual o respeito, a corresponsabilidade e a confiança mútua são fundamentais. Ao considerar as dimensões afetivas e simbólicas das relações, esses espaços possibilitam o fortalecimento da autoestima, o exercício da cidadania e a ampliação do cuidado em saúde para além dos limites institucionais.

### **Estigma Social e Desafios no Cuidado em Saúde Mental**

Apesar dos avanços conquistados pelo movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, materializados na Lei nº 10.216/2001 (Brasil, 2001), o estigma ainda representa uma barreira significativa para a inclusão plena de pessoas com transtornos mentais na sociedade. Muitos participantes dos grupos terapêuticos relataram sentimentos de vergonha, discriminação e preconceito associados ao simples fato de frequentarem serviços de saúde mental como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

A utilização de rótulos sociais como “loucos”, “doentes” ou “problemáticos” evidencia a persistência de discursos patologizantes e excludentes que reforçam a marginalização desses sujeitos. Esse cenário mostra que a luta antimanicomial, embora tenha promovido transformações significativas na legislação e na organização dos serviços, ainda enfrenta desafios no campo simbólico e social.

Os processos de estigmatização e suas consequências passaram a ser estudados de forma mais sistemática ao longo do século XX, ganhando centralidade nos debates sobre identidade, exclusão social e saúde mental. Um dos principais precursores desse campo foi Erving Goffman, que, em sua obra de 1963, introduziu uma das definições de estigma mais amplamen-

te utilizadas até a atualidade. Segundo o autor, o estigma é um processo social no qual determinados grupos atribuem marcas discriminatórias ou características desvalorizadas a outros grupos geralmente minoritários ou em situação de vulnerabilidade, negando-lhes direitos e privilégios que lhes deveriam ser garantidos.

Goffman também destaca que o estigma pode se manifestar de diferentes formas, associando-se a anormalidades do corpo (como deformidades físicas), a condições atribuídas ao caráter individual (como crenças rígidas, alcoolismo, desemprego, vícios e orientações sexuais) e a aspectos coletivos (como raça, nacionalidade ou religião). Essa marca socialmente construída atua como um mecanismo de exclusão e marginalização, contribuindo para o isolamento, a negação de direitos e a fragilização da autoestima e do senso de pertencimento dos sujeitos atingidos.

No campo da saúde mental, esse processo assume contornos ainda mais profundos, uma vez que os transtornos mentais historicamente foram cercados por narrativas patologizantes e preconceitos que contribuem para a invisibilização e desumanização das pessoas em sofrimento psíquico. A superação desses estigmas exige, portanto, práticas de cuidado pautadas na dignidade, na inclusão e no fortalecimento da identidade e da autonomia dos sujeitos.

O estigma não atua apenas como um fenômeno externo, imposto socialmente por meio de discursos e práticas discriminatórias. Frequentemente, ele é internalizado pelos próprios sujeitos, que passam a incorporar essas narrativas estigmatizantes em sua autoimagem e identidade (PEREIRA, 2022). Esse processo de interiorização pode gerar sentimentos profundos de desvalorização, insegurança e exclusão, fragilizando significativamente a autoestima e o senso de pertencimento. Indivíduos em sofrimento psíquico, muitas vezes, reproduzem sobre si

mesmos os mesmos estigmas que enfrentam na sociedade, o que contribui para a manutenção de ciclos de isolamento, silenciamento e retraimento social.

Nesse contexto, os espaços comunitários que promovem reconhecimento, escuta qualificada e construção de vínculos afetivos assumem um papel estratégico e transformador. Ao favorecerem experiências de acolhimento e pertencimento, esses espaços possibilitam que os sujeitos reconfigurem suas narrativas, passando de identidades marcadas pela exclusão para identidades reconhecidas, valorizadas e potentes. Trata-se de um movimento de resistência simbólica e subjetiva, no qual novas formas de existir podem emergir, ancoradas na autonomia, na dignidade e na afirmação de si.

### **Cuidado em Rede, Território e Pertencimento: Ressignificação Identitária no Contexto da Saúde Mental Comunitária**

Compreender os modos de vida das pessoas e das coletividades, bem como suas expectativas, olhares e visões de mundo, possibilita às equipes de saúde uma aproximação mais sensível e efetiva com os sujeitos e seus territórios (BUDÓ, 2010). Esse entendimento amplia as possibilidades de construir práticas de cuidado na perspectiva da integralidade, reconhecendo o sujeito em sua complexidade e inserção sociocultural (SUNDFELD, 2010). Quando o cuidado parte desse olhar ampliado, ele se torna mais resolutivo e potente, fortalecendo vínculos de confiança e corresponsabilidade, pois dialoga com experiências e saberes que os próprios usuários mobilizam em suas trajetórias de vida.

Contudo, o modelo biomédico hegemônico que ainda orienta boa parte das práticas em saúde se mantém, em grande medida, distanciado dessa visão integrada (ALMEIDA & CALDEIRA, 2022). Ao priorizar abordagens centradas na doença e na intervenção técnica, acaba por invisibilizar dimensões subjetivas, afetivas

e comunitárias do cuidado. Romper com essa lógica exige reconhecer o território, o vínculo e o pertencimento como elementos estruturantes da atenção em saúde, especialmente na saúde mental. Essa mudança de perspectiva favorece práticas mais humanizadas, participativas e emancipatórias, nas quais o cuidado é construído com os sujeitos e não apenas para eles.

O fortalecimento de redes comunitárias de cuidado tem se mostrado uma estratégia potente para a promoção da saúde mental nos territórios. A participação em grupos e atividades coletivas evidencia como a dimensão relacional pode contribuir para a ressignificação das trajetórias de vida. Ao longo dos encontros, observou-se que a escuta sensível, a valorização das singularidades e o respeito aos tempos subjetivos de cada participante promovem processos identitários mais fortalecidos (PINTO, 2011). Ao se reconhecerem pertencentes a um grupo que os acolhe e legitima suas experiências, os sujeitos ampliam suas possibilidades de ação no mundo, fortalecem sua autoestima e passam a se perceber como cidadãos de direitos.

O território, nesse contexto, não se reduz a um espaço geográfico, mas se constitui como um campo de produção de vínculos e sentidos (LIMA & YASUI, 2014). Ele estrutura a forma como o cuidado se organiza e se materializa. Na palhoça comunitária, a interação entre profissionais, usuários e comunidade cria uma rede viva de afetos, solidariedade e construção compartilhada de saberes, rompendo com a lógica biomédica centrada na doença. Ao tornar-se um lugar de pertencimento, a palhoça funciona como um dispositivo político e afetivo, alinhado aos princípios da atenção psicossocial, reconhecendo a pessoa em sua integralidade e contexto sociocultural. Essa abordagem territorializada desloca os sujeitos da posição de receptores passivos de cuidado para protagonistas de seus

próprios processos de saúde, ampliando autonomia e corresponsabilidade.

Os achados observados durante a experiência de estágio dialogam com a literatura em saúde mental comunitária, que reconhece o pertencimento como um importante fator protetivo frente ao sofrimento psíquico e um elemento estruturante de processos de inclusão social (NICÁCIO & YASUI, 2016). Ao organizar-se nos territórios e valorizar a escuta, a participação ativa e a construção coletiva, o cuidado em rede promove dignidade, autonomia e cidadania. Além de proporcionar alívio do sofrimento psíquico, fomenta vínculos afetivos e comunitários que possibilitam aos sujeitos reconstruírem suas histórias e elaborarem novas narrativas sobre si mesmos.

Assim, a promoção do senso de pertencimento e da autoestima emerge como eixo central de um modelo de cuidado que reconhece pessoas com transtornos mentais não como objetos de intervenção, mas como protagonistas de suas histórias e transformações. A atenção psicossocial, quando territorializada e pautada na construção coletiva, reforça a potência dos vínculos e da vida em comunidade, demonstrando que o cuidado em saúde mental vai muito além do tratamento clínico: envolve relações, afetos, cidadania e reconhecimento mútuo como caminhos para a emancipação e a dignidade humana.

## CONCLUSÃO

A vivência de estágio evidenciou, de forma contundente, a potência do cuidado em liberdade, ancorado no território e na construção de vínculos afetivos, como eixo fundamental para a promoção da saúde mental, senso de pertencimento e fortalecimento da autoestima de pessoas em sofrimento psíquico. A palhoça comunitária, compreendida como espaço simbólico e relacional, revelou-se um verdadeiro dispositi-

vo terapêutico ampliado, ao proporcionar um ambiente de escuta qualificada, acolhimento genuíno e valorização das experiências subjetivas dos participantes.

Nesse contexto, o senso de pertencimento desponta como elemento estruturante no processo de ressignificação identitária, funcionando como fator de proteção frente aos efeitos da exclusão social e do estigma historicamente associados ao sofrimento mental. Sentir-se parte de um coletivo, ser reconhecido e valorizado enquanto sujeito, contribui diretamente para a construção de uma imagem positiva de si, rompendo com narrativas patologizantes que por muito tempo marcaram a história da saúde mental no Brasil.

Assim, a autoestima emerge como um elemento central no processo de reconstrução subjetiva de pessoas com transtornos mentais, atuando como base para o fortalecimento da autonomia e da dignidade. Ao reconhecer-se como alguém com valor, capaz de participar ativamente da vida social e de construir novas narrativas sobre si, o sujeito rompe com marcas históricas de desvalorização e exclusão. A valorização da singularidade, aliada a práticas de cuidado que estimulam vínculos, escuta e protagonismo, contribui diretamente para a formação de uma autoimagem positiva. Dessa forma, a promoção da autoestima deixa de ser um objetivo secundário e passa a constituir um pilar

estratégico no enfrentamento do estigma e na afirmação da cidadania de pessoas em sofrimento psíquico.

Essas vivências apontam para a importância dos espaços comunitários como alternativas potentes e humanizadas aos modelos tradicionais de tratamento em saúde mental. Tais práticas não apenas complementam, mas muitas vezes superam a lógica centrada na medicalização e institucionalização, ao integrarem dimensões afetivas, sociais e culturais do cuidado. Nesses territórios, o sujeito deixa de ser objeto de intervenção para tornar-se protagonista do seu processo de cuidado.

Além disso, experiências estas reafirmam os princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira e da atenção psicossocial, que defendem o cuidado territorializado, em liberdade e centrado na pessoa. Ao oferecer espaços de convivência e pertencimento, a instituição no qual o trabalho foi realizado promove dignidade, autonomia, cidadania e reconstrução de trajetórias, reafirmando que o cuidado em saúde mental é também um ato ético e político.

Portanto, cuidar em comunidade não é apenas um gesto solidário, mas uma estratégia clínica profundamente transformadora, capaz de romper com estruturas excludentes e abrir caminhos para uma saúde mental mais justa, inclusiva e humanizada.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, P. J. R.; CALDEIRA, F. I. D.; GOMES, C. Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: a formação de profissionais da saúde no Brasil. *Revista Brasileira de Educação Física, Saúde e Desempenho – REBESDE*, v. 3, n. 2, p. e017, 2022. DOI: 10.33872/rebesde.v3n2.e017.
- ASSAD, F. B.; PEDRÃO, L. J. O significado de ser portador de transtorno mental: contribuições do teatro espontâneo do cotidiano. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, v. 7, n. 2, p. 92–97, 2024.
- AYRES, J. R. de C. M. *Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, 2009.
- BRANDEN, N. *Os seis pilares da autoestima*. Tradução de Aulyde Soares Rodrigues. Rio de Janeiro: Rocco, 1998.
- BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 9 abr. 2001. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm). Acesso em: 12/09/2025.
- BUDÓ, M. de L. D. *et al.* Redes sociais e participação em uma comunidade referenciada a uma unidade de saúde da família. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 31, n. 4, p. 753–760, 1 dez. 2010. DOI: 10.1590/S1983-14472010000400020.
- CAMPOS, G. W. de S. Um método para análise e cogestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000.
- FURTADO, J. P. *et al.* A concepção de território na saúde mental. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 32, n. 9, 2016. DOI: 10.1590/0102-311X00059116.
- GOFFMAN, E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1988.
- LIMA, E. M. F. de A.; YASUI, S. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. *Saúde em Debate*, v. 38, n. 102, 2014. DOI: 10.5935/0103-1104.20140055.
- MASLOW, A. H. *Motivação e personalidade*. Rio de Janeiro: LTC, 1970.
- MATHIAS, D. Pertencimento: discussão teórica. *Alea: Estudos Neolatinos*, v. 25, n. 1, p. 166–187, jan. 2023. DOI: 10.1590/1517-106X/202325110.
- MINAYO, M. C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
- MOSQUERA, J. J. M. *et al.* *Universidade: autoimagem, autoestima e autorealização*. *UNIrevista*, v. 1, n. 2, 2006.
- MOVIMENTO SAÚDE MENTAL BOM JARDIM – MSM. Disponível em: <https://movimentosaudemental.org/>. Acesso em: 28 set. 2024.
- NASCIMENTO, Y. C. M. L.; BRÊDA, M. Z.; ALBUQUERQUE, M. C. dos S. de. O adoecimento mental: percepções sobre a identidade da pessoa que sofre. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 19, n. 54, p. 479–490, 1 set. 2015. DOI: 10.1590/1807-57622014.0194.
- PEREIRA, A. de A.; *et al.* Estigma dirigido a pessoas com transtornos mentais: uma proposta para a formação médica do século XXI. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 25, p. 383–406, 15 ago. 2022. DOI: 10.1590/1415-4714.2022v25n2p383.7.
- PEREIRA, M. O.; OLIVEIRA, M. A. F. Análise dos dispositivos de saúde mental em municípios do Vale do Paraíba. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 64, n. 2, p. 294–300, mar. 2011. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000200012>.
- PICHON-RIVIÈRE, E. *O processo grupal*. 8. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

PINTO, D. M. *et al.* Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. *Texto & Contexto – Enfermagem*, v. 20, p. 493–502, 1 set. 2011. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072011000300010>.

ROSENBERG, M. *et al.* Global self-esteem and specific self-esteem: different concepts, different outcomes. *American Sociological Review*, v. 60, n. 1, p. 141–156, 1995. DOI:10.2307/2096350.

SAMPAIO, *et al.* Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 37, n. 3, 2021. DOI: 10.1590/0102-311X00059116.

SEIXAS, *et al.* O vínculo como potência para a produção do cuidado em saúde: o que usuários-guia nos ensinam. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 23, 2019. DOI: 10.1590/Interface.170627.

SUNDFELD, A. C. Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 20, n. 4, p. 1079–1097, dez. 2010. DOI: 10.1590/S0103-73312010000400002.

WINNICOTT, D. W. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artmed, 1983. DOI: 10.1590/Interface.170627.