



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE ESTUDOS SOCIAIS APLICADOS
MESTRADO PROFISSIONAL EM PLANEJAMENTO E POLÍTICAS PÚBLICAS

ANTONIO ELIZEU DE SOUSA

**ABORDAGEM SISTÊMICA COMUNITÁRIA: AVALIAÇÃO DE UM SERVIÇO
SOCIOTERAPÊUTICO DE SAÚDE MENTAL EM FORTALEZA**

FORTALEZA – CEARÁ

2017

ANTONIO ELIZEU DE SOUSA

ABORDAGEM SISTÊMICA COMUNITÁRIA: AVALIAÇÃO DE UM SERVIÇO
SOCIOTERAPÊUTICO DE SAÚDE MENTAL EM FORTALEZA

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas do Centro de Estudos Sociais Aplicados da Universidade Estadual do Ceará, como requisito para a obtenção do grau de Mestre em Planejamento e Políticas Públicas. Área de concentração: Planejamento e Políticas Públicas.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Liduina Farias Almeida da Costa

FORTALEZA-CEARÁ

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Sousa, Antonio Elizeu de.

Abordagem sistêmica comunitária: avaliação de um serviço sócio terapêutico de saúde mental em Fortaleza [recurso eletrônico] / Antonio Elizeu de Sousa. - 2017.

1 CD-ROM: 4 ¾ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 152 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Estudos Sociais Aplicados, Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas, Fortaleza, 2017.

Área de concentração: Planejamento e Políticas Públicas.

Orientação: Prof.ª Dra. Liduína Farias Almeida da Costa.

1. Saúde Mental. 2. Abordagem Sistêmica Comunitária. 3. Autopoiiese. 4. Política Pública. I. Título.

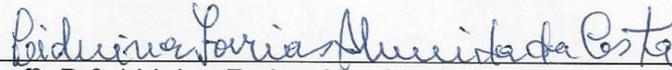
ANTONIO ELIZEU DE SOUSA

ABORDAGEM SISTÊMICA COMUNITÁRIA: AVALIAÇÃO DE UM SERVIÇO
SOCIOTERAPÊUTICO DE SAÚDE MENTAL EM FORTALEZA

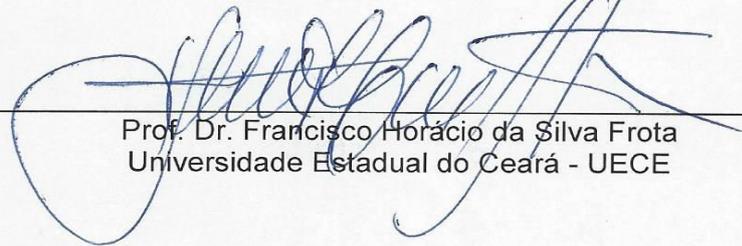
Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas do Centro de Estudos Sociais Aplicados da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Planejamento e Políticas Públicas. Área de concentração: Planejamento e Políticas Públicas.

Aprovada em: 17/01/2017

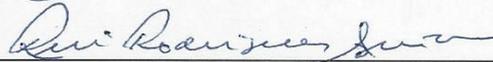
BANCA EXAMINADORA



Prof^a. Dr^a. Liduina Farias Almeida da Costa (orientadora)
Universidade Estadual do Ceará - UECE



Prof. Dr. Francisco Horácio da Silva Frota
Universidade Estadual do Ceará - UECE



Prof. Dr. Rui Rodrigues Aguiar
Universidade Federal do Ceará - UFC

A Balbina Lucas

Benjamim Lucas y Sousa

João Francisco Lucas y Sousa

A Rino Bonvini

Natália Tatanka

Márcia Cristine Oliveira

Ana Paula e equipe do MSMC

AGRADECIMENTOS

Aos usuários entrevistados;

Aos sócios e aos colaboradores do MSMC, representados por aqueles que cito aqui: Rino Bonvini, Natália Tatanka, Márcia Cristine Oliveira, Ana Paula, Mourão Cavalcante, Democrito Dummar Filho, Ana Claudia Rodrigues, Ana Cristina Alves, Ângela Rodrigues, Aurilene Xavier, Reni Dino, Darlúcia Rabelo, Márcio da Silva, Frederico Araújo, Jane Lacerda, Joici Souza, Josefa Gonçalves, Luciana Custódio, Eunice Xavier, Gabriela Godoy, Juracy Lisboa, Lindalva de Oliveira, Nair Fernandes, Neiliane Alves, Roberto de Carvalho Rocha, Rôgean Luna, Izaura Rolho, Carmilandy Gadelha e Daniela Barros.

Aos professores: Liduína Farias, Horácio Frota, Helena Frota, Hermano Machado, Josénio Parente, Lia Machado Fialho e Alexandre Barbalho;

À família com a qual compartilhamos muita coisa: Anizete Sousa Quinderé, Caio Omae e Ana Clara Quinderé;

Aos irmãos pela partilha de vida: Zé Maria, Ivo, Hildegarda, Anizete, Bosco, Gorete e Hélio Sousa;

À mamãe, Maria Pontes, e ao papai, Chico Silvestre (do outro lado da vida);

À minha turma de mestrado pela preciosa convivência e troca de saberes, representada por aqueles que cito aqui: Sidney Moura, Afonso Vieira Filho, Ana Nocrato, Paula Sousa, Angélica Sousa, Danúbia Rocha, Dimona Freire, Eduardo Barbosa, Erika Albuquerque, Fabiana Medeiros, Fabíola Janebro, Erlânio Matoso, Ricardo Calixto, Gesilane Sousa, Iêda Cabral, Josabete Cacau, Mauro Braz, Liana Machado, Marcelo Marques, Marcelino Ferreira, Maria Queiroz, Nazaré Pinho, Ricardo Viana, Ricardo Amorim, Rossana Guerra, Sulamita Torres, Sâmia Moura, Vasti Capistrano e Keydna Alves;

À Jaci Marques, pelas transcrições das gravações.

Aos amigos que apoiaram-me nesta empreitada: Edmar Júnior, Daniel Mendes (e seus escudeiros Gustavo Santiago e Bruno Éder), Serrate Machado, Rita Magalhães e Célio França.

RESUMO

A Abordagem Sistêmica Comunitária refere-se a um conjunto de serviços socioterapêuticos desenvolvidos a partir de técnicas de acolhimento e cuidados voltados para a prevenção a dependências e para o resgate e a manutenção da saúde mental. Essa abordagem contribui para a pessoa desenvolver o bem estar físico, psíquico, social e espiritual. Os serviços consideram a pessoa e a comunidade corresponsáveis por problemas e por suas respectivas soluções. A pobreza internalizada é considerada um problema central a ser resolvido, para tal são estimulados o autoconhecimento, a elevação da autoestima, o autocuidado terapêutico e processos de inclusão socioeconômica. O objetivo da pesquisa foi investigar a efetividade da ação socioterapêutica desenvolvida pelo Movimento Saúde Mental Comunitária no âmbito da política de saúde mental, incluindo a gestão compartilhada desses serviços com a Prefeitura de Fortaleza e outros entes públicos e privados. Esse Movimento é uma organização civil, sem fins lucrativos, com sede em Fortaleza, Ceará. Para este trabalho foi realizada uma pesquisa qualitativa com usuários dos serviços socioterapêuticos, mediante a escuta de relatos de vida, de acordo com Bertaux (2005). A pesquisa foi complementada pela observação de terapias de grupo e pela verificação de documentos disponibilizados pela instituição. A análise priorizou a compreensão fornecida pelos interlocutores das entrevistas, fazendo uma avaliação em profundidade que inclui a contextualização e o resgate dos aspectos históricos e conceituais dos serviços. A interpretação do material coletado usou como referências teóricas as categorias conscientização, empoderamento e conectividade radical de Paulo Freire. Nas conclusões, aspectos que confirmam a efetividade dos serviços são evidenciados pelos usuários, tais como: a conservação de valores coelaborados e assimilados; a corresponsabilidade por si, pelo outro e pela comunidade; a conscientização do próprio problema e a relação deste problema com a comunidade e o meio ambiente, seguido da busca por sua solução; com o conseqüente cuidado de si e do outro numa permanente busca do equilíbrio biopsicossocioespiritual – numa autopoiese comunitária.

Palavras-chaves: Saúde Mental. Abordagem Sistêmica Comunitária. Autopoiese comunitária. Política Pública.

ABSTRACT

The Community Systemic Approach refers to a set of socio-therapeutic services developed from techniques oriented toward the prevention of drug use and the support of mental health. This approach allows people to develop physical, psychological, and social well-being. These services consider the individual and the community as co-responsible for problems and for their respective solutions. Internalized poverty is considered a central problem to be solved through self-knowledge, elevating self-esteem, cultivating therapeutic self-care, and promoting socioeconomic inclusion. The subject of this research was to investigate the effectiveness of the socio-therapeutic work undertaken by the Community Mental Health Movement in relation to the politics of mental health, including the shared development of these services with the Municipality of Fortaleza and other public and private entities. This Movement is a non-profit organization based in Fortaleza, Ceará. A qualitative research study was carried out through interviews with users of these socio-therapeutic services, listening to reports of life according to Bertaux (2005). The interviewees themselves remain anonymous. The research was complemented by observing group therapies and by consulting documents made available by the institution. The analysis prioritized the understandings provided by the interviewees, creating an in-depth evaluation that includes contextualization of historical and conceptual aspects of the services. The interpretation of the collected material employed Paula Friere's notion of awareness, empowerment, and radical connectivity as theoretical references and categories. In conclusion, the interviewees confirm the effectiveness of aspects of the services, such as: preserving co-developed values; developing co-responsibility for self, for others, and for the community; increasing awareness of one's own problems and of the relation of problems to the community and to the environment, followed by the search for solutions to those problems; with the result of learning to take care of oneself and of others in a perpetual search for bio-psycho-socio-spiritual equilibrium – community autopoiesis.

Keywords: Mental Health. Community Systemic Approach. Community Autopoiesis. Public Policy.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AME	Arte, música e espetáculo
ASC	Abordagem Sistêmica Comunitária
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e outras Drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CarnaCAPS	Carnaval da Atenção Psicossocial
CBM	Christoffel-Blindenmission (ONG Internacional)
CDVHS	Centro de Defesa da Vida Herbert
CEBs	Comunidades Eclesiais de Base
CID	Classificação Internacional de Doenças
CNBB	Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
DST	Doenças sexualmente transmissíveis
ENSP/FIOCRUZ	Escola Nacional de Saúde Pública/ Fundação Oswaldo Cruz
EUA	Estados Unidos da América
FBB	Fundação Banco do Brasil
FIES	Fundo de Financiamento Estudantil
FUNCI	Fundação da Criança e da Família Cidadã
GINI	Coeficiente de Gini
GM/MS	Gabinete do Ministro/ Ministério da Saúde
GPDU/UECE	Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão: Gestão Pública e Desenvolvimento Urbano da Universidade Estadual do Ceará
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IPRED	Instituto da Primeira Infância
MCCJ	Missionários Combonianos do Coração de Jesus
MSMC	Movimento Saúde Mental Comunitária ou Movimento de Saúde

	Mental Comunitária do Bom Jardim ou Movimento
NAPS	Núcleos de Atenção Psicossocial
OCS	Organização da Sociedade Civil
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
ROM	Monitoramento Orientado por Resultados
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SICONV	Sistema de Convênios
SRT	Serviço de Residência Terapêutica
SUS	Sistema Único de Saúde
TEPT	Transtorno por Estresse Pós-Traumático
U.E.	União Europeia
UECE	Universidade Estadual do Ceará
UFC	Universidade Federal do Ceará
UFG	Universidade Federal de Goiás
UNIFOR	Universidade de Fortaleza
UNIPAZ	Universidade Internacional da Paz

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	CONTEXTUALIZAÇÃO DA ABORDAGEM SISTÊMICA COMUNITÁRIA.....	26
2.1	PRIMEIROS PASSOS.....	28
2.2	MISÉRIA INTERNALIZADA.....	31
2.3	VIDA NUA.....	31
2.4	TRANSTORNO POR ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO.....	35
2.5	O MISSIONÁRIO E O TERRITÓRIO EMPOBRECIDO.....	37
2.6	A CONSTRUÇÃO DE UM TERRITÓRIO DE CUIDADO DA SAÚDE MENTAL.....	43
2.7	DESCONSTRUINDO O PARADIGMA DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA.....	60
2.8	INOVAÇÃO EM SAÚDE MENTAL.....	65
3	ASPECTOS PRÁTICOS E CONCEITUAIS DA ABORDAGEM SISTÊMICA COMUNITÁRIA.....	70
3.1	PALHOÇA – A PORTA DE ENTRADA.....	70
3.2	A PARTILHA DA GRATUIDADE.....	72
3.3	A ESCUTA COM O SUPORTE DA PRAGMÁTICA DA COMUNICAÇÃO.....	74
3.4	PRINCÍPIOS DA ABORDAGEM SISTÊMICA COMUNITÁRIA.....	81
3.4.1	Trofolaxe humana.....	81
3.4.2	O acolhimento.....	83
3.4.2.1	O almoço comunitário e a circularidade do acolhimento.....	88
3.4.3	O cuidado.....	90
3.4.4	A sintropia.....	94
3.4.5	A ecofilia.....	96
3.4.6	As inteligências múltiplas.....	100
3.4.7	A autopoiese comunitária.....	105
4	ABORDAGEM SISTÊMICA COMUNITÁRIA E A CONECTIVIDADE RADICAL.....	110
4.1	OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE.....	111
4.2	CONECTIVIDADE RADICAL, CONSCIENTIZAÇÃO E	

	EMPODERAMENTO.....	112
4.3	CONECTIVIDADE RADICAL E CONQUISTAS EXISTENCIAIS.....	119
5	CONCLUSÃO.....	135
	REFERÊNCIAS.....	139

1 INTRODUÇÃO

Neste trabalho, avaliamos a efetividade de uma tecnologia social¹ sob a ótica dos usuários da citada tecnologia. Descrevemos e analisamos aspectos relevantes dos serviços socioterapêuticos desenvolvidos pelo Movimento Saúde Mental Comunitária (MSMC)², em Fortaleza, Ceará, há duas décadas. São serviços que abrangem a prevenção de dependências e de doenças que acometem a mente, promovendo a conservação da saúde mental das pessoas acolhidas. O acolhimento envolve a família e a comunidade. Os serviços promovem a inclusão social e a desconstrução da institucionalização psiquiátrica que tradicionalmente envolveu as pessoas com transtornos mentais crônicos. Uma atenção especial é dada àquelas pessoas egressas de internações hospitalares com a promoção de sua reintegração comunitária. Desenvolvemos uma avaliação em profundidade nos termos descritos na metodologia, tendo por base uma pesquisa de campo.

Em seu percurso histórico o MSMC conseguiu sensibilizar a Prefeitura de Fortaleza para a implementar, em 2005, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Geral tipo II na comunidade do Bom Jardim. Ali, desde 1996, já eram realizadas práticas de cuidados socioterapêuticos envolvendo os serviços de pessoas da comunidade, especialmente terapeutas comunitários. Procuramos saber o que levou a prefeitura a implementar um CAPS comunitário naquela região e porque aquele equipamento foi coadministrado pelo MSMC através de convênios de cogestão com o município de Fortaleza. A mesma cogestão, a partir do ano de 2011, incluiu também um Serviço de Residência Terapêutica (SRT) que acolhe pessoas portadoras de doenças mentais, oriundas de internação hospitalar³. Daí, procuramos

¹ “As tecnologias sociais são produtos, técnicas ou metodologias reaplicáveis, desenvolvidas em interação com a comunidade, e que representem efetivas soluções de transformação social. São experiências inovadoras que contribuem para resolver grandes problemas sociais.” A tecnologia social “concilia os saberes popular e acadêmico. Ela surge do encontro entre a experiência das pessoas que vivenciam os problemas no dia a dia e o conhecimento dos profissionais, obtido a partir de estudos e pesquisas sistematizadas no ambiente acadêmico”. (VARANDA, 2016, Internet). No caso em tela, a tecnologia social tem caráter terapêutico.

² O Movimento de Saúde Mental Comunitária do Bom Jardim (MSMCBJ), em atualização estatutária redimensionou seu nome de fantasia para Movimento Saúde Mental Comunitária (MSMC). Em termos de marco legal, o MSMC é uma ONG – Organização Não Governamental.

³ A reclusão asilar e/ou hospitalar produziu o modelo institucionalizado da psiquiatria tradicional, baseado no isolamento e na desumanização do doente mental, colaborando para a construção arquetípica do louco ou doido no universo da cultura ocidental predominante. Romper com esse estigma é um desafio histórico que envolve mobilização, pressão política e efetivação continuada de

identificar a importância de tal serviço no âmbito do cuidado em saúde mental, uma vez que ali são acolhidas pessoas advindas do modelo manicomial.

Na trajetória de atuação do MSMC se verifica a constituição de parcerias dessa organização com outros entes públicos e privados do Brasil e do exterior. São parcerias que aportam recursos, possibilitando a sustentabilidade de suas ações, dando suporte ao desenvolvimento de sua tecnologia socioterapêutica e inclusiva. Procuramos identificar as características de tal tecnologia e até que ponto se dá sua efetividade na vida das pessoas acolhidas pelo conjunto de serviços que constituem aquela tecnologia.

Ao reconstituir a trajetória histórica do Movimento, percebemos que há um reconhecimento social e uma notoriedade obtidos em seus vinte e um anos de atividade. Há um crescimento numérico e qualitativo do serviço. O primeiro impulso dos serviços se deu na ampliação da quantidade e qualidade dos atendimentos, verificado a partir de convênios com a Prefeitura de Fortaleza, seguidos de ações conjuntas com as prefeituras de Maracanaú e Cruz, no Ceará. No Bom Jardim, o universo de atendimento é ampliado em larga escala com o acolhimento de milhares de usuários, principalmente da Regional V de Fortaleza. Um aspecto da difusão qualitativa das práticas de cuidado do MSMC é a inserção delas na política pública de saúde mental do Ceará, quando os profissionais capacitados pelo MSMC aplicam o método socioterapêutico em municípios desse Estado. No exterior do país, outros profissionais, capacitados em La Paz, utilizam a Abordagem Sistêmica Comunitária em regiões da Bolívia.

O segundo impulso ocorreu a partir do reconhecimento por parte da Fundação Banco do Brasil que considerou o serviço do MSMC como tecnologia social, destacando sua efetividade e eficiência e sugerindo sua replicação em outros territórios. Nessa mesma linha, uma série de pesquisadores já estudaram peculiaridades do serviço, descrevendo-o e analisando-o em monografias, dissertações e artigos científicos.

A partir daí, revelam-se distintas evidências teóricas a subsidiar a práxis do MSMC. No espectro de referências teóricas, o MSMC tem a visão sistêmica da vida como paradigma. Nas capacitações teóricas e vivenciais oferecidas pelo MSMC são estudados autores como Fritjof Capra, Pier Luisi, Leonardo Boff, Mark

novas práticas de cuidado. No Brasil, a efetivação de novas práticas psiquiátricas e psicossociais ganha impulso a partir da nova Constituição de 1988.

Hathaway, Humberto Maturana, Francisco Varela, Paulo Freire, Edgar Morin, Howard Gardner e outros.

Há uma preocupação com a libertação humana e o cuidado epistêmico de romper com o antropocentrismo. Nesse sentido, são referências Ignacio Martín-Baró, com a psicologia social, e a atualização da proposta missionária de autonomia e empoderamento dos povos, trabalhada por Daniel Comboni na África do século 19. O criador da Abordagem Sistêmica Comunitária, Rino Bonvini, é médico e padre, seguidor do ideário do missionário católico Daniel Comboni.

Percebemos também que há momentos em que as conversas no âmbito dos técnicos do MSMC giram em torno de conceitos como sistema, inclusão social, protagonismo da comunidade, permacultura, trofololaxe, ecofilia sintrópica, entre outros. A convergência de saberes milenares indígenas é uma constante nas falas do idealizador do MSMC. Esses conceitos e ideias são apresentados e discutidos nos capítulos que dão conta dos aspectos e particularidades dos serviços que configuram a Abordagem Sistêmica Comunitária.

Em meio ao nosso questionamento está o propósito de desvelar a importância das vivências e práticas de cuidado, que envolvem atividades físicas e psicológicas, a exemplo da terapia da respiração profunda ou da realização de constelações familiares, na busca de solução de sofrimentos e traumas psicológicos. Essas práticas parecem ter o intuito de aprofundar o conhecimento intra, inter e transpessoal.

Ao investir na construção de um território de cuidado da saúde mental na periferia das cidades de Fortaleza ou La Paz, os articuladores remetem à emergência de uma autopoiese⁴ comunitária. Essa remissão trata da assimilação do conceito desenvolvido por Humberto Maturana e Francisco Varela (2004) que partem da Biologia para propor um novo modo de pensar a continuada emergência da vida, considerando o humano em sua potência criativa movida pelo conhecimento de si e pela ação coletiva para gerar vida continuamente o que, em última instância,

⁴ Autopoiese é um conceito sistematizado pelos biólogos chilenos Humberto Maturana e Francisco Varela. Trata da autoprodução da vida. Aqui, autopoiese vai avançar na perspectiva da produção da autoestima, da saúde integral e de caminhos sustentáveis para a vida social na família e na comunidade. Na autopoiese comunitária emerge o sentimento de pertença e se dá a corresponsabilidade e a persistência no desenvolvimento das ações.

se dá quando há a manifestação do amor⁵. Assim, procuramos saber de que modo os usuários interpretam o sistema socioterapêutico desenvolvido a partir da experiência do Bom Jardim.

Este estudo integra a linha de "Avaliação de Instituições Públicas, Programas e Projetos Institucionais" do Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas da Universidade Estadual do Ceará; desenvolvido a partir de uma pesquisa que buscou alcançar os seguintes objetivos:

Objetivo geral - investigar a efetividade da ação socioterapêutica desenvolvida pelo Movimento Saúde Mental Comunitária no âmbito da política de saúde mental, incluindo a gestão compartilhada desses serviços com a Prefeitura de Fortaleza e outros entes públicos e privados.

Objetivos específicos:

- 1) Contextualizar e identificar as especificidades metodológicas do conjunto de socioterapias denominado Abordagem Sistêmica Comunitária;
- 2) observar aspectos conceituais e as contribuições da arte, da música e do espetáculo para a o bem estar mental, físico, social e espiritual dos usuários dessa abordagem;
- 3) verificar a contribuição das ações do MSMC no melhoramento dos Determinantes Sociais da Saúde no Grande Bom Jardim.

Sobre a trajetória metodológica, esclarecemos previamente que consideramos saúde o estado de bem estar físico, mental e social, em conformidade com o que estabelece a Organização Mundial de Saúde (OMS). Demos atenção também à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC)⁶, que evidencia os serviços socioterapêuticos como instrumentos complementares ao

⁵ "(...) o que estou dizendo não é uma situação particular de um amor essencial de aceitação entre duas pessoas — estou fazendo referência ao fenômeno. Por isso é que estou falando das condições constitutivas. Estou falando da ontologia da ética. E se a ontologia da ética passa pelas emoções, não há reflexão filosófica que eu possa considerar, adequadamente, se não levo em conta as emoções" (MATURANA, 2001, p.52). No capítulo 3 desta dissertação procuramos aclarar este conceito.

⁶ O campo da PNPIC contempla sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos, os quais são também denominados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) de medicina tradicional e complementar/alternativa (MT/MCA) (WHO, 2002). Tais sistemas e recursos envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. (BRASIL, 2006, p. 10).

serviço médico e multiprofissional, especialmente no cuidado de pessoas portadoras de doenças mentais.

Levamos em conta os transtornos mentais, sofrimentos e/ou doenças que prejudicam a vida da pessoa, comprometendo a convivência familiar e comunitária; atendo-nos a sistematizar, prioritariamente, a interpretação fornecida por usuários sobre os serviços de acolhimento e cuidados recebidos, que auxiliam na manutenção ou melhoria de sua saúde. Esses serviços são melhor configurados quando resgatamos aspectos-chaves da trajetória da instituição pesquisada; bem como os aspectos teóricos que dão suporte aos citados serviços.

Na fase exploratória da pesquisa, que dá suporte a esta dissertação, desenvolvemos uma revisão de literatura que identificou os marcos conceituais e teóricos do processo socioterapêutico e inclusivo desenvolvido nos ambientes de acolhimento e cuidado do MSMC; como também observamos aspectos da desinstitucionalização⁷ dos espaços de acolhimento e da mudança de comportamento das próprias pessoas acometidas de doenças mentais.

Para colher interpretações de pessoas cuidadas pela instituição, colhemos relatos de vida, em acordo com Bertaux (2005). E, com uma observação participante em que acompanhamos as terapias grupais disponibilizadas nos espaços do MSMC, procuramos perceber a aplicação de diferentes técnicas e as respectivas reações das pessoas. Também observamos as pessoas egressas de hospitais psiquiátricos, que residem em uma residência terapêutica, integrada aos serviços socioterapêuticos.

A pesquisa foi desenvolvida na perspectiva de uma avaliação de profundidade em políticas públicas sociais, guiada pelo âmbito qualitativo, que envolve aspectos de conteúdo da política de saúde mental, de reconstituição do contexto em que foi criada e implementada, da descrição da sua trajetória institucional e da análise do espectro temporal e territorial (RODRIGUES, 2008).

Essa modalidade avaliativa em profundidade tem se destacado nos últimos vinte anos, com evidência para os métodos das ciências sociais, em especial a antropologia, estabelecendo “uma série de questões sobre como os significados das políticas são comunicados e percebidos por diferentes audiências; sobre os diferentes tipos de conhecimento que orientam organizações na sua prática”

⁷ A categoria desinstitucionalização é trabalhada no capítulo 2, especialmente no item 2.7 desta dissertação.

(RODRIGUES, 2008, p, 10, apud Yanow, 2004). É um trabalho relacional, que utiliza diversos instrumentos e desenvolve uma pesquisa multidimensional, trabalhada com

cautela e mesmo ceticismo quanto aos modelos de análise que buscam avaliar políticas públicas tomando como questões centrais, que orientam os instrumentos de coleta de dados, aquelas que dizem respeito única e exclusivamente ao que foi o fio condutor da formulação dessas políticas. É ainda mais cética em relação aos modelos universais, quando aplicados a contextos particulares, com total desconsideração das especificidades atinentes a cada situação e aos locais sobre os quais incidem políticas públicas formuladas nos longínquos centros de decisão, o que considero a ocorrência de um duplo distanciamento, cujo resultado são fortes omissões e/ou deslizes analíticos. Desta perspectiva, a proposta ora apresentada considera que as ciências sociais, a antropologia em particular, têm uma importância especial para a área de estudos sobre políticas públicas, no que se refere seja à visão crítica sobre a formulação e implementação das políticas, seja ao fornecimento de instrumentais teórico-metodológicos para a realização de estudos avaliativos sobre essas políticas (RODRIGUES, 2008, p. 10-11).

A semântica de efetividade advém de efetivo, do latim *effectivos*, o que é ativo, o que produz, ou seja, o que gera efeitos. Em que pese a densidade de estudos desenvolvidos a partir da mensuração de resultados previstos em metas visando a avaliação da efetividade de uma dada política ou programa, seguimos a opção por uma busca qualitativa que envolve a avaliação em profundidade, onde realizamos a interseção de instrumentos de verificação da efetividade, privilegiando a escuta de usuários dos serviços em avaliação.

Ainda se faz mister esclarecer que neste trabalho distinguimos a efetividade objetiva, compreendida como um “critério de aferição da mudança quantitativa entre o antes e o depois da execução do programa” (FIGUEIREDO; FIGUEIREDO, 1986, p.116); enquanto distintamente, a avaliação de efetividade subjetiva está relacionada à verificação de transformações ocorridas nas pessoas após vivenciarem uma dada experiência advinda de um programa ou política social.

“Nesse sentido a efetividade subjetiva torna-se o critério de aferição de mudanças psicológicas, de mudanças nos sistemas de crenças e valores e, notadamente, tem a função de aferir a percepção da população sobre a adequação dos resultados objetivos dos programas aos seus desejos, aspirações e demandas”. (FIGUEIREDO; FIGUEIREDO, 1986, p.116-117).

Demos evidência, neste caso, ao encadeamento lógico entre os objetivos da avaliação, os critérios estabelecidos e um modelo analítico que procurou “dar conta da pergunta básica de toda pesquisa de avaliação: a política ou programa

social sob observação foi um sucesso ou um fracasso?” (FIGUEIREDO; FIGUEIREDO, 1986, p.109). Na tessitura das evidências encontradas revelar-se-ão algumas respostas concretas para dar conta de tal questão.

Portanto, em nossa opção pela verificação qualitativa da efetividade não trabalhamos as metodologias institucionais de cunho linear que costumam ser usadas para esse tipo de escrutínio, nas quais a efetividade é medida por comparação de metas estabelecidas e do grau de consecução de tais metas. Analisamos a efetividade a partir da compreensão que os usuários têm do processo em que foram inseridos, incluindo o cruzamento de informações colhidas em documentações e observação direta, conforme descrevemos a seguir.

Ao privilegiarmos a interpretação dada pelos usuários, concordamos “com a ênfase dos interpretativistas no lócus empírico como fonte de conhecimentos a orientar os processos de implementação de programas, bem como sua avaliação”. A avaliação processual se contrapõe “à lógica linear presente nos modelos positivistas de análise”. A ampliação do olhar se fortalece na “assertiva de que o conhecimento produzido tem múltiplas dimensões”, daí um trabalho de “avaliação em profundidade das políticas públicas deve ser empreendido a partir de diferentes tipos de dados e informações” tais como a variedade de formatos de coleta de dados trabalhada em nossa pesquisa de campo: verificação documental, observações participantes e entrevistas; em cuja análise de conteúdo do material analisado é dada “atenção ao suporte conceitual e às formas discursivas nele expressas”, considerando suas contextualizações (RODRIGUES, 2008, p.11).

Recordamos que o conteúdo de uma política compreende “formulação: objetivos, critérios, dinâmica de implantação, acompanhamento e avaliação”; e ainda “bases conceituais: paradigmas orientadores e as concepções e valores que os informam, bem como os conceitos e noções centrais que sustentam essas políticas”. A política também precisa dispor de “coerência interna: não-contradição entre as bases conceituais que informam o programa, a formulação de sua implementação e os itens priorizados para seu acompanhamento, monitoramento e avaliação” (RODRIGUES, 2008, p. 11).

Destacamos ainda que a avaliação pode trilhar dois caminhos, um que a trata “como ‘medida’ e outro que privilegia o sentido de avaliação como ‘compreensão’”. A opção por um dos caminhos “faz toda a diferença na condução da

avaliação”. A elaboração de “uma avaliação em profundidade implica, ainda, considerá-la como extensa, detalhada, densa, ampla e multidimensional, o que, por si só, coloca a multi e a interdisciplinaridade como condição primeira da tarefa de pesquisa” (RODRIGUES, p.11).

Em nossa opção pelo caminho da compreensão se situa a efetividade revelada na intersubjetividade de usuários dos serviços, corroborada por dados objetivos colhidos em relatórios anuais do MSMC, em observação direta, em registros hemerográficos, audiovisuais e estudo de um texto inédito do criador do método socioterapêutico em estudo⁸. O trabalho é contextualizado tanto com informações colhidas sobre o território em que se efetivam os serviços, quanto em dados sobre a política de Saúde Mental incluindo as práticas populares de cuidado.

Em Minayo; Deslandes (2002) a relação da compreensão envolve clareza de critérios de partida, não podendo ser uma postura arbitrária, e busca alcançar uma síntese entre o que é familiar e o que é estranho, ou seja, entre o que fala a realidade e o que é interpretado sob o olhar hermenêutico:

Em síntese, compreender implica a possibilidade de interpretar, de estabelecer relações e extrair conclusões em todas as direções. Mas, compreender acaba sempre sendo 'compreender-se'. A estrutura geral dessa forma de abordagem atinge sua concreção na compreensão histórica, na medida em que aí se tornam operantes as vinculações concretas de costumes e tradições e as correspondentes possibilidades de seu futuro. Mas compreender significa também e sempre estar exposto a erros e a antecipação de juízos. A compreensão só alcança sua verdadeira possibilidade quando as opiniões prévias com as quais se inicia não são arbitrárias. Existe realmente uma polaridade entre familiaridade e estranheza e nela se baseia a tarefa da hermenêutica, buscando esclarecer as condições sob as quais surge a fala (MINAYO; DESLANDES, 2002, p. 92).

Para efeito de análise e conclusões, as trajetórias trazidas pelos usuários dos serviços são o diferencial. A coleta dessas falas atendeu ao conceito de relatos de vida, ou seja, na descrição subjetiva sobre o impacto da ação ou serviço socioterapêutico para a manutenção e/ou consecução da saúde mental, os respectivos narradores fazem um recorte da experiência vivenciada por eles durante um período de sua vida. Esses narradores são pessoas acolhidas nas socioterapias,

⁸ Trata-se de texto de Ottorino Bonvini, intitulado “Fundamentos teóricos e práxis da abordagem sistêmica comunitária: a experiência de um movimento em saúde mental no Nordeste do Brasil”, elaborado em 2013.

algumas dessas pessoas se profissionalizaram e se integraram como colaboradoras nos serviços oferecidos pelo MSMC.

A sistematização do conteúdo das falas e do contexto por elas revelado, juntado ao percurso da instituição no território, corrobora para efetivar a avaliação em profundidade. Para situar e descrever o fenômeno foram acrescentados aos relatos de vida o registro das principais etapas dos vinte anos de existência do MSMC e o aporte teórico que dá sustentação à Abordagem Sistêmica Comunitária.

Assim, a efetividade de ações de prevenção a dependências químicas, de terapêutica acolhedora de sofrimentos psíquicos e psicológicos, de restabelecimento da saúde e de processos indutores de autoestima e de inclusão social que resultam na elevação da autonomia pessoal e no empoderamento é apreendida, principalmente, das narrativas de usuários, nossos interlocutores na pesquisa de campo.

Selecionamos os interlocutores a partir das observações participantes, ao frequentarmos grupos terapêuticos e espaços de acolhimento do MSMC. Os critérios balizadores para a constituição de amostra foram: a pessoa ter sido cuidada pelos serviços socioterapêuticos durante o período mínimo de um ano e se dispor a falar sobre esses cuidados e as mudanças ocorridas em sua vida. A escolha considerou a variedade de acolhimentos e foi encerrada por critérios de saturação na recorrência de respostas similares.

No caso do serviço de prevenção às drogas envolvendo crianças e adolescentes foram escutados jovens que passaram de quatro a seis anos de sua infância e/ou adolescência no citado serviço. Dialogamos com usuários que se declaram saudáveis; ou aqueles em atividades produtivas, que declaram ter transtornos psicológicos e/ou psiquiátricos crônicos; ou ainda aqueles que se declaram saudáveis, embora imersos em realidades urbanas cujas vidas são expostas aos perigos da dependência química, do estresse, da ansiedade e dos males decorrentes da exposição a situações de insegurança e violência.

Optamos por analisar os conteúdos das falas dos interlocutores a partir de três categorias teóricas de Paulo Freire, quais sejam: conectividade radical, conscientização e empoderamento. Destarte, a avaliação registra e reflete sobre as alterações na vida dos interlocutores da pesquisa, sob seus pontos de vista, buscando as relações entre teoria e realidade. Até-se à interpretação do que foi

experimentado pelos usuários, a partir de suas próprias falas, concedidas livremente, sobre a efetividade dos serviços.

Nesse sentido, admitimos o posicionamento de Da Matta (1997), segundo o qual a primeira interpretação é a do informante. Ali reside o sistema factual que entrará em diálogo com o sistema referencial teórico que propusemos. Promovemos o diálogo necessário à interpretação do objeto que exploramos. “Quando apresento minha teoria ao meu ‘objeto’ eu não só estou me abrindo para uma relativização dos meus parâmetros epistemológicos, como também fazendo nascer um plano de debate inovador” (DAMATTA, 1997, p.26). Tratamos de desenvolver uma “dialética” entre as interpretações dos nossos interlocutores e as nossas interpretações epistemológicas do objeto.

Consideramos ainda, nesta dissertação, a posição do pesquisador como prestador de serviço profissional ao MSMC, nos últimos quatro anos. Embora, a coleta de dados para análise se atenha a documentos e ao diálogo com as fontes já citadas, é impossível prescindir o conhecimento adquirido durante a experiência profissional na instituição, lugar privilegiado para apreciação de aspectos idiossincráticos do conjunto de ações do MSMC.

Para dirimir dúvidas sobre a imiscuição descrita acima, destacamos que a objetividade é construída no decurso da narrativa, monitorada por filtros teóricos, sem prescindir a subjetividade do pesquisador, como é esclarecido teoricamente a seguir. Esse processo reforça a categoria de pesquisa participante, ao invés de causar algum prejuízo.

Conforme descreve Brandão (2007, p.51): “Na pesquisa participante, sempre importa conhecer para formar pessoas motivadas a transformarem os cenários sociais de suas próprias vidas e destinos”. Trata, portanto, de pesquisadores envolvidos com determinada causa social sobre a qual assumem a tarefa de sistematizar novos conhecimentos gerados no território de mobilizações, disputas e produções que envolvem práticas e saberes advindos de processos empíricos.

Ainda de acordo com Brandão (2007, p.51), a pesquisa participativa ao envolver pesquisador e sujeitos do processo propicia a “construção progressiva de um saber mais partilhado, mais abrangente e mais sensível às origens do conhecimento popular”. Essa reflexão também parece válida para outros campos

científicos, além do social. Ou seja, por isentas que se proponham suas atividades de pesquisa, mediante os rigores de sua epistemologia, há em meio a suas conjecturas um ser cultural com suas crenças, sua visão de mundo, e uma parte de sua subjetividade a se envolver com a construção objetiva de sua pesquisa.

Esclarecemos que na escuta de “relatos de vida”, momentos negociados com os interlocutores, são colhidos as falas relacionadas ao contato deles com os serviços socioterapêuticos. Esses relatos não representam as histórias de uma vida toda, e sim momentos vividos por usuários em conexão com as atividades desenvolvidas nos espaços do MSMC, por um determinado período.

Ainda para aclarar o conceito de relatos de vida, os distinguimos da definição de história de vida ou autobiografia, considerando a elaboração conceitual de Bertaux (2005, p.35): “*Em cada período de esta historia el relato describiría no sólo la vida interior del sujeto y sus acciones, sino también sus contextos interpersonales y sociales*”. Interessa para esta modalidade de investigação a narrativa da pessoa escolhida que monta seu cenário existencial, incluindo outros personagens, pondo-se a “*describir sus relaciones recíprocas, [a] explicar las razones por las que actúan; [a] describir el contexto de las acciones y las interacciones; [a] elaborar juicios (evaluaciones) sobre las acciones y los actores mismos*” (BERTAUX, 2005, p.36).

Seguindo a reflexão de Bertaux (2005), o relato de vida atrela-se ao fio condutor de uma existência que, invariavelmente, passa por sobressaltos contextuais tais como fenômenos naturais, econômicos, políticos ou de natureza íntima e particular. Busca-se os períodos em que história pessoal se relaciona com o objeto de estudo. Opta-se por “*el relato de vida etnosociológico, forma oral y más espontánea, y sobre todo forma dialógica, el sujeto, en principio, es invitado por el investigador a considerar sus experiencias pasadas a través de un filtro*”.

Nessa investigação, nosso interesse foi antecipadamente esclarecido ao interlocutor, houve um acordo verbal pré-estabelecido entre as partes, antes do momento do diálogo. Esse pacto, portanto, funcionou como uma angulação da narrativa. Cada narrativa é parte do tecido constitutivo da história de um coletivo, alçando-a à categoria de um fenômeno social distinto.

Esta dissertação está disposta em três capítulos, além desta introdução, também enumerada como tal.

No capítulo 2 descrevemos a motivação inicial do projeto de cuidado socioterapêutico, a realidade empobrecida e a demanda por cuidados em saúde mental, o que apresentou consonância com a missão sacerdotal do psiquiatra fundador do processo; bem como as motivações dos seus colaboradores diretos. Descrevemos ainda a criação de uma pessoa jurídica e surgimento da ONG, com a realização dos primeiros projetos envolvendo uma equipe de profissionais remunerados, para além do corpo de voluntários. Também reconstituímos o contexto da política pública de saúde mental, a situação socioeconômica dos usuários e a co-construção de um território de cuidado da saúde mental.

Em todo o processo perpassa a permanente ênfase em cuidar da pessoa humana em sua totalidade biopsicossocioespiritual, a compaixão – atitude de se colocar no lugar do outro, percebendo sua dor e contribuindo amorosamente para a solução do sofrimento -, e a sensibilização para a compreensão da relação do humano com o contexto sistêmico da vida em que está inserido. Observamos o papel da terapia comunitária, iniciada simultaneamente em oito espaços de escuta dos anseios e sofrimentos de pessoas de comunidades do Grande Bom Jardim, tida como ponto de partida do processo, concomitante com outras duas ações socioterapêuticas: grupos de autoestima e atividades lúdicas e socioeducativas de prevenção às drogas com crianças e adolescentes.

No âmbito sociopolítico, refletimos sobre a participação do MSMC na construção de um território de efetivação de políticas preventivas e terapêuticas de saúde mental, com negociações e pressões políticas que resultaram na instalação de equipamentos públicos de saúde mental no território. Junto à contextualização, resgatamos as etapas constitutivas da elaboração e da efetivação da metodologia denominada Abordagem Sistêmica Comunitária (ASC), destacando sujeitos e conteúdos teóricos envolvidos no processo. Essa metodologia foi apresentada à OPAS – Organização Panamericana de Saúde – que visitou o MSMC em 2009.

No capítulo 3 expusemos os conceitos-chave da Abordagem Sistêmica Comunitária. Pudemos apreciar ali a assimilação do pensamento sistêmico para o desenvolvimento da práxis do MSMC, manifestada em conceitos como o da autopoiese comunitária, no sentido de que as respostas para os problemas, especialmente àqueles que afligem a comunidade e seus membros, estão ali mesmo na própria comunidade, em estado de latência. Outras distinções do método são

descritas, pelo menos, a partir de sete princípios teóricos estabelecidos pelo psiquiatra idealizador do método, quais sejam: trofolaxe humana, acolhimento, cuidado, sintropia, ecofilia, inteligências múltiplas e autopoiese comunitária.

Esse conjunto de princípios está vinculado ao paradigma que interpela a realidade através de um processo de desenvolvimento humano que passa pelo autoconhecimento, pela aceitação de diferenças, pela superação de fragilidades, reconhecimento de limitações e construção de fortalezas a partir dos potenciais intrínsecos, latentes, despertados no acolhimento socioterapêutico.

No capítulo 4 fizemos uma relação entre as categorias desenvolvidas por Paulo Freire: Consciência crítica, conscientização, empoderamento e conectividade radical. Esta última, percebida na obra de Freire a partir de um meticoloso estudo desenvolvido por Jason Mafra (2007) em sua tese de doutorado, intitulada: A conectividade radical como princípio e prática da educação em Paulo Freire.

Ali, verificamos aspectos relevantes das práticas de restabelecimento individual que consideram as relações entre usuários e o serviço socioterapêutico do MSMC, em diálogo com as categorias freirianas. Dessa forma, avaliamos a ênfase que é dada às relações de trocas entre as pessoas acolhidos na prevenção e nos processos de cura.

Como veremos no desenvolvimento deste trabalho, os serviços do MSMC são voltados para a promoção da vida humana com ações de acolhimento, escuta e sensibilização para o autoconhecimento, desenvolvimento da autoestima e descoberta das potencialidades das pessoas por elas próprias. A abordagem socioterapêutica estimula o melhoramento das relações humanas, indutoras da dinâmica da vida numa constante autopoiese⁹. A pessoa é estimulada a se redescobrir e evoluir, relacionando-se melhor consigo mesma, com as outras pessoas e com a comunidade.

Ocorre também a sensibilização para uma relação afetiva e amistosa com a natureza, percebendo vegetais, animais e até minerais numa relação humanizada, amorosa e de cuidado mútuo. A abordagem contribui também para a perspectiva da fé e da transcendência¹⁰, revelada na crença em si, nos sonhos e na força espiritual criadora e mantenedora do universo. Isso possibilita a concretude dos sonhos e a

⁹ Este conceito é desenvolvido no Capítulo 3.

¹⁰ Transcendência aqui está relacionada com a ideia de fé e vida, da tradição das Comunidades Eclesiais de Base (Betto, 1985) e da visão sistêmica da vida (Capra; Luisi, 2014).

permanente autoprodução de si numa relação de co-construção de soluções para problemas intrapessoais, interpessoais, transpessoais e comunitários.

2 CONTEXTUALIZAÇÃO DA ABORDAGEM SISTÊMICA COMUNITÁRIA

Empoderar e conscientizar as pessoas do próprio valor, este é objetivo da Abordagem Sistêmica Comunitária (Bonvini, 2017).

A inserção em uma dada realidade, o modo de ser e de agir, a relação com os aspectos sociais, econômicos, culturais, sanitários e ambientais podem estabelecer “o processo saúde-doença, para além do biológico e do individual”. Incompleto e aberto, esse processo, excetuando os casos de origem genética, “é determinado por e manifesta-se de forma decisiva no contexto socioeconômico e cultural em que nascem, vivem e morrem” as pessoas (PELLERINI FILHO 2006, p.1772). A pessoa não adocece sozinha, a realidade que a envolve contribui para o adoecimento ou para a cura.

A região geográfica, suas condições de habitabilidade, de deslocamento, de saneamento, de mobilização de renda, de educação, de manifestação política, de produção e fruição cultural; em síntese, o ambiente estruturante e simbólico que perpassa a permanente construção territorial são considerados na contextualização desta pesquisa. Alguns aspectos serão evidenciados aqui, outros não são alcançados em nossa reflexão. O nosso ponto de partida é o lugar da pessoa adoecida da mente e sua relação com as possibilidades de cura ou atenuação dos sofrimentos. Isso se vai revelando à medida que conhecemos o território e seus protagonistas.

Percebe-se que a busca do cuidado terapêutico se dá face a uma denominada ‘dor da alma’, na maioria dos casos. Trata-se de um termo recorrente nas falas dos usuários entrevistados. Daí, se inicia um processo de reencontro com a conservação da saúde da mente. Uns ficam pelo caminho, não perseveram. Outros tantos avançam, seguem os passos socioterapêuticos e inclusivos que focalizam os determinantes sociais da saúde. Optamos por dialogar com esse segundo grupo que persiste por um ano ou mais no cuidado socioterapêutico, conforme perscrutamos em pesquisa exploratória.

Angústias, desencontros, dificuldades para sobreviver, dependências, tentativas de suicídio, são situações reveladas no acompanhamento da pesquisa participante realizado nos grupos de terapias. Situações motivadas ou agravadas por Determinantes Sociais da Saúde (DSS): comportamentais, culturais, educacionais e profissionais. Todos esses DSS recebem a inferência positiva da

Abordagem Sistêmica Comunitária, contribuindo para a prevenção, a cura ou a consciência das limitações e o restabelecimento de uma vida produtiva (o mais harmoniosa possível) quando é o caso de convivência com uma doença mental crônica. O serviço desenvolvido pelo MSMC há mais de duas décadas tem sido um indutor dessa abordagem¹¹.

Nossa opção por escutar relatos de vida, entrevistando pessoas que se conectaram com esse serviço nos permitiu, qualitativamente, identificar aspectos antropológicos e sociológicos do fenômeno que, ao analisá-los sob o olhar crítico, apoiado nas categorias conscientização, empoderamento e conectividade de Paulo Freire possibilitaram verificar aspectos da efetividade da citada abordagem socioterapêutica na vida dessas pessoas e o consequente impacto na política pública de saúde mental no território em que ela é desenvolvida e aplicada.

Nessas áreas de assentamentos humanos vulneráveis, periferia de uma metrópole nordestina, observamos que os psiquiatras e antropólogos (BARRETO, 2012; BONVINI, 2013) evidenciam a pobreza internalizada como ameaça para a vida das pessoas. Esse fenômeno pode se enraizar na mente humana dificultando o sucesso existencial. Também trazemos à reflexão a categoria 'vida nua'¹² e seus potenciais desdobramentos - condição humana em que direitos e dignidade são negados pelo Estado, apesar das garantias legais. Na escala em que grassa o fenômeno das comorbidades mentais, já alcançando um décimo da humanidade, aproximadamente, far-se-ia necessário investimento exponencial em ações socioterapêuticas e preventivas nas regiões pobres do mundo, especialmente.

Nos chama a atenção a preocupação de Bonvini (2016), ideólogo da Abordagem Sistêmica Comunitária em conceituá-la teoricamente, envolvendo aspectos biológicos, ecológicos, comunicacionais e antropológicos, para além dos ditames do campo biomédico tradicional. Assim, os colaboradores desse serviço são motivados a uma permanente reflexão teórica que relaciona o acolhimento e o

¹¹ De acordo com conceitos desenvolvidos na Abordagem Sistêmica Comunitária, a pessoa e a comunidade são protagonistas do fenômeno da saúde; e as soluções estão disponíveis nas conexões pessoais, familiares e comunitárias, de tal forma que, a tecnologia socioterapêutica é indutiva, capaz de produzir variados estímulos para a conquista do bem estar físico, mental, social e espiritual, considerando saberes tradicionais, holísticos e científicos.

¹² AGAMBEN (2004), a partir de um resgate arqueológico jurídico-bibliográfico identifica um fenômeno que perpassa o ocidente desde a Roma antiga até os dias atuais. Trata-se da exposição do humano às exceções dos ditames da jurisdição das normas, religiosas ou civis, de tal sorte que as constituições dos países são pródigas em legislar em defesa dos direitos civis, na mesma medida em que os estados naturalizam a negação, em escala, dos direitos para a massa de seus cidadãos, gerando uma situação de 'vida nua'.

desenvolvimento de novos saberes para impulsionar um permanente círculo de saberes e práticas que se vão agregando aos serviços de cuidado com o passar do tempo. Dessa forma, se pode imaginar esse círculo se abrindo em espiral para compor nos círculos seguintes uma perspectiva de abertura a novos caminhos.

À medida que observamos as práticas desenvolvidas no MSMC e escutamos os usuários pudemos descrever essa espiral de cuidados que contam também com um desenvolvimento teórico que é explicitado nos cursos de formação de multiplicadores dos tais serviços de cuidados. São cuidados voltados para a saúde humana, sem prescindir da relação amorosa e complementar com elementos e seres que compõem a vida como um todo na perspectiva holística. Nas vivências há um chamado para a percepção da terra a partir do pedaço que cada um ocupa, conectando-o com o todo, procurando superar a abstração intelectual desenvolvida com base na fragmentação da visão cartesiana.

Assim, saber e fazer; fazer e saber tem sido um caminho desafiante, por vezes, acolhedor de tensões; porém, gerador de novas possibilidades. Mas de onde vem a instigação para tal serviço, hoje, laureado de créditos por seus usuários, por pesquisadores e por instituições governamentais e privadas do Brasil e do exterior?

2.1 PRIMEIROS PASSOS

Após os primeiros dois anos de ações voluntárias, a constituição estatutária do MSMC, em 1998, estabelece como finalidade¹³ a mobilização sociopolítica para superar o estado de exclusão social, seguido de ações de acolhimento, de escuta e de atenção, guiadas por uma visão transformadora do indivíduo e da realidade em que esse indivíduo está inserido. Isso envolve educação, mudança de hábitos e rompimento de estigmas internalizados. É fundamentalmente um serviço de libertação do oprimido de suas dores existenciais, buscando ajudá-lo a converter seus sofrimentos em oportunidade de mudança e de transformação de si e da realidade.

As ferramentas para a mudança estão ali mesmo, em seus saberes acumulados ao longo das gerações que se sucedem e em seus, aparentemente,

¹³ A primeira finalidade apontada no estatuto do MSMC é “Lutar contra todo tipo de exclusão e promover a integração de pessoas e comunidades no resgate da dignidade e da cidadania”. (MSMC, 1998, p.1)

parcos recursos. São pessoas oprimidas, seja por suas dores existenciais manifestas no corpo ou materializadas em precárias condições socioeconômicas; seja por não haverem despertado ainda para a reserva potencial de que são detentoras - reserva essa rica em diferentes saberes, “astúcias e surpresas táticas” (CERTEAU, 2005, p.104) - e de suas “manhas para sobreviver” (FREIRE, apud MAFRA, 2007, p.149), por vezes, pouco ou não compartilhadas. O cuidado aí vai ser indutor de soluções a partir do que já existe, vai se dar por aglutinação do que está disperso e desconectado na pessoa, na família e na comunidade.

Os primeiros passos da ação do MSMC, ainda em 1996, foram ao encontro do que a realidade oferecia. Em meio à dispersão de forças sociais – pequenas associações de moradores, grupos sócio esportivos e religiosos - e de fenômenos como vulnerabilidade socioeconômica, violência, descaso político, se podia identificar ações efetivas de transformação. Dentre essas ações se destacava o trabalho da pastoral da criança em que voluntários e voluntárias identificavam, pesavam e mediam crianças desnutridas e ensinavam as mães a utilizar a ‘multimistura’ – alimento à base de folhas secas, casca de ovo, sementes; trituradas e misturadas - um produto rico em cálcio, zinco, magnésio, ferro e vitaminas A e do complexo B.

Outra importante ação que se destacava, àquela época, era movida por pessoas que punham em prática a opção preferencial pelos mais pobres a partir de sua opção religiosa de lutar pela libertação dos oprimidos. Elas se guiavam pela prática da teologia da libertação. Sempre realizando uma leitura do evangelho e procurando traduzir para o tempo atual as mensagens libertadoras ali inscritas. Tratava-se de um método difundido pela Conferência Nacional dos Bispos do Brasil com a denominação ‘ver-julgar-e-agir’: Observar a realidade de opressão, julgá-la com a orientação libertadora de Jesus e agir na construção da justiça social, mobilizando a comunidade para pressionar governos, parlamento e órgãos públicos para efetivar políticas públicas que assegurassem os direitos que conferem dignidade ao homem e a mulher numa perspectiva evangélica de implementação do reino de Deus na terra – com justiça, equidade e paz.

Essas pessoas conduziam uma bíblia, entoavam cantos de libertação e se inseriam na vida política da cidade fazendo protestos, constrangendo autoridades, propondo soluções e exercendo pressão política. Eram os membros

das Comunidades Eclesiais de Base (CEBs). A partir de um problema local como a falta de escola ou de habitação, eles iniciavam ações coletivas que encontravam ressonância em partidos de esquerda e, muitas vezes, repercutiam na Câmara de Vereadores e na Assembléia Legislativa. Outras vezes, mobilizam levadas de pessoas a pressionar diretamente o prefeito ou o governador em seus respectivos gabinetes.

Foi nesse campo de forças que se instaurou o Movimento Saúde Mental Comunitária no Bom Jardim, periferia de Fortaleza. Ali, um médico, padre e missionário, reuniu um grupo de pessoas das CEBs daquela região e as convidou a fazer foco de sua atuação em uma entre dezenas de situações-problema enfrentadas. No caso, eram situações relacionada ao estresse e aos sofrimentos de ordem psicológica e psiquiátrica. A partir daquelas situações-problema, teve início um serviço voluntário de atenção às pessoas que aceitavam o convite para ser escutadas, acolhidas e cuidadas socioterapeuticamente. Assim, formaram-se oito grupos de escuta que estimulavam o protagonismo das próprias pessoas para cuidar de sua saúde e/ou de seus entes queridos.

O plano inicial foi compartilhar os saberes dos participantes: saber médico, saber da rezadeira, saber do ancião, saber do índio, saber do afro-brasileiro, relacionando conhecimentos tradicionais e práticas sistêmicas. Isso era feito através da escuta respeitosa, para depois envolver conhecimentos e pessoas em atividades práticas de acolhimento, escuta e sensibilização para a co-construção de soluções. A partir de então, principiava-se a ideia de construção de caminhos sustentáveis para a saúde a partir da díade saber e prática, pois “separada da prática, a teoria é puro verbalismo inoperante; desvinculada da teoria, a prática é ativismo cego” (FREIRE, 1997, p.135). Esse tem sido o caminho trilhado pelo Movimento Saúde Mental Comunitária ao implementar seu serviço socioterapêutico numa região de extrema pobreza de Fortaleza, amparado por um suporte teórico que contribui para a sistematização da inovação do próprio serviço. Esse conjunto teórico-prático é chamado de Abordagem Sistêmica Comunitária,

uma socioterapia de múltiplo impacto que, com várias técnicas e ferramentas ajuda a pessoa a se encontrar [em um] processo de autoconhecimento: a se acolher, se aceitar, se valorizar assim como ela é, desenvolvendo uma autoestima saudável e iniciando [um] processo de autorrealização de sonhos e de perspectivas que até então ficavam bloqueadas ou paradas por causa da situação emocional e psicológica que era caracterizada pelo negativismo, pela falta de esperança, pela falta de oportunidades (BONVINI, 2016, p.2)

2.2 MISÉRIA INTERNALIZADA

Para compreender a situação-problema de partida podemos distinguir um fenômeno antropológico e psíquico presente nas pessoas das comunidades empobrecidas (embora possa ocorrer em qualquer condição socioeconômica), um sintoma aparentemente invisível, porém revelado em sua comunicação verbal e não verbal (conduta), que pode ser classificado como pobreza ou miséria internalizada. “A miséria internalizada provoca uma paralisia existencial que leva a uma forma de dependência crônica e acrítica que pode ser ideológica, política ou religiosa.” (BONVINI, 2014, p.58).

Esse fenômeno se revela, especialmente naqueles e naquelas que historicamente nasceram e cresceram inseridos em um permanente estado de exceção em que a negação de direitos é naturalizada, predominando a herança do processo colonizador patrimonialista e escravista, que contribui para a segregação socioeconômica que muitas vezes se reveste em revolta intrapessoal patogênica ou em conformismo social ou, ainda, em manifestações de agressão e violência.

O médico e antropólogo Barreto (2010, Internet), reforça que "a pior miséria de uma pessoa não é a material, casas caindo e lixo a céu aberto, e sim a miséria internalizada no mais profundo da pessoa". Barreto, a partir dessa perspectiva, desenvolveu um método de cuidado grupal denominado 'terapia comunitária', adotando o princípio de ajudar as pessoas a encontrarem caminhos para superar os diversos males relacionados à miséria ou pobreza internalizada. No MSMC, além da terapia comunitária, foram desenvolvidas e aplicadas outras práticas de cuidado e ações de inclusão social que incluem grupos de fortalecimento da autoestima, ações de prevenção a dependências, profissionalização, preparação para o ingresso na universidade, inclusão digital, entre outros.

2.3 VIDA NUA

O conceito de vida nua, em Agamben (2007), contribui para a compreensão do fenômeno da pobreza internalizada. A população de atendimento prioritário do MSMC habita áreas desprovidas da efetivação satisfatória de políticas essenciais como esgotamento sanitário, saneamento ambiental, pavimentação, serviços de educação e saúde; além da destacada situação de instabilidade da

segurança pública com a presença de tráfico de drogas, frequência de homicídios, ocorrência de furtos e precária e, por vezes, inadequada cobertura policial. Tudo isso contradizendo o que é estabelecido na constituição federal e na lei orgânica municipal.

Em Agamben (2007), essa contradição entre o que é legalmente instituído como direito assegurado pelo Estado e a realidade predominante no ocidente caracteriza a exceção como 'regra' ante aquilo que de fato acontece. Agamben recorda que predomina nas democracias ocidentais as ações de governo através de medidas provisórias que, passado certo período, são outorgadas como permanentes, a exemplo do Brasil e de outros países. Embora as constituições desses países estabeleçam distintos papéis para o executivo e o legislativo, prevalece a força do executivo na decretação de medidas por meio de decreto ou decisões arbitrárias, por vezes, ratificadas *a posteriori* pelo legislativo. Agamben (2007) adverte ainda que a exemplo da Constituição de Weimar, da Alemanha, que permitiu ao governo nazista governar em permanente estado de exceção, essa prática vem se repetindo em outros países, vez que as medidas de exceção, previstas legalmente, findam por se estabelecerem como regra.

Para Agamben, a história política do Ocidente pode ser interpretada como a história do abandono, do sacrifício, mesmo que [legalmente] insacrificável da vida nua pelo poder soberano. É a vida que, em sua nudez biológica, passa a ser assumida pela política, fazendo-a viver ou deixando-a morrer, de acordo com os interesses geridos pelo permanente estado de exceção que a acompanha, otimizando as formas-de-vida humana para contemplar, a partir de uma lógica de produção e consumo, os interesses em jogo nas relações de poder (ASSMANN; BAZZANELLA, 2012, p. 3).

Agamben desenvolve sua pesquisa arqueológica sobre o direito ocidental e conclui que os estados-nação ocidentais, a partir do que é estabelecido como realidade, possibilitam a condição de exceção ao ponto de expor a pessoa que, desprotegida da proteção de seus direitos é desnudada perante o Estado. Conseqüentemente, a pessoa tem sua dignidade exposta diante da própria sociedade, podendo tal dignidade ser vilipendiada pela negação do que é estabelecido protetivamente na constituição e na declaração universal dos direitos humanos. Um exemplo grave são as condições subumanas de prisões no Brasil, na França ou nos Estados Unidos. Exemplos não faltam, inclusive os do tipo 'naturalizados', como as condições de vida em nossas favelas latino-americanas; sem falar daqueles países em situação de guerra.

Daí, uma vez que o indivíduo desprotegido da proteção que deveria lhe ser assegurada pelo Estado elabora sua vida movido por incertezas e se habitua à condição de pobreza, aqui expressa na impossibilidade de alcançar a dignidade assegurada pelo direito promulgado constitucionalmente; mais facilmente, introjeta psicologicamente a condição de vida nua. Como consequência, prospera a instabilidade e, dependendo das adversidades, travam-se os sonhos, gerando adoecimentos e/ou distúrbios éticos e morais, fatores que facilitam a vulnerabilidade individual e comprometem a coletividade.

Seguindo esta reflexão, a “vida nua”, pode ser compreendida como mais atroz para aqueles que vão sendo instalados nas periferias das metrópoles ocidentais, posto que são também migrantes entre regiões de um mesmo país, ou imigrantes de outros países. No caso de Fortaleza, atualmente, há um movimento migratório advindo de países da África, especialmente, àqueles que vêm em busca de educação superior; no caso específico de regiões como o Grande Bom Jardim, periferia da cidade, historicamente há a migração do Interior do Estado para a capital e de bairros mais centrais para os mais periféricos.

Nas últimas duas décadas, o Brasil exibiu um avanço na proteção social das populações em situação vulnerável (empobrecida), através de políticas sociais como o Bolsa Família¹⁴ e programas de facilitação do acesso à graduação acadêmica para segmentos mais pobres da população como o FIES¹⁵. Mais de 30 milhões de pessoas saíram da linha de exclusão por pobreza absoluta. Porém, a violência urbana não foi amenizada e continua em um crescendo, expondo e fragilizando principalmente crianças, adolescentes e jovens, cujo índice de homicídios nessa faixa etária experimentou um crescimento.

O controle do corpo, do tempo e da vida, evidenciado na Modernidade, especialmente no século XX, encontra em Agamben uma revisão de alguns aspectos. O filósofo faz um apanhado do direito romano arcaico para verificar a indistinção entre o direito religioso e o direito penal de então, destacando o conceito de homo sacer, aquele "que qualquer um podia matar impunemente", mas que "não devia, porém ser levado à morte nas

¹⁴ O Bolsa Família é um programa de transferência direta de renda, direcionado às famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza em todo o País, visando a superação de tal situação. O programa busca garantir a essas famílias o direito à alimentação e o acesso à educação e à saúde. Em todo o Brasil, mais de 13,9 milhões de famílias são atendidas pelo Bolsa Família. Informação disponível em <http://www.caixa.gov.br/programas-sociais/bolsa-familia/Paginas/default.aspx>, acesso: 18 de fev. 2017.

¹⁵ O Fundo de Financiamento Estudantil (Fies) é um programa do Ministério da Educação destinado a financiar prioritariamente estudantes de cursos de graduação.

formas sancionadas pelo rito" (Agamben, 2007, p. 79). O que ele apresenta aí é uma reflexão sobre a origem do "muçulmano", uma terminologia adotada pelo próprio autor para lidar com o ser humano vítima do Estado de exceção - situação de suspensão de direitos individuais. "O que é, então, a vida do homo sacer, se ela se situa no cruzamento de uma matabilidade e uma insacrificabilidade, fora tanto do direito humano quanto daquele divino?", questiona Agamben (2007, p. 81). (SOUSA; CARNEIRO; ALVES, 2016, p. 85).

O *homo sacer* (AGAMBEN, 2002), sinônimo de vida nua, se revela especialmente na situação de banalização em que a vida humana é posta no ameaçador espaço da rua – leia-se especialmente becos e favelas. Para além das fortuitas ocorrências de roubo, furto e/ou homicídio que podem recair sobre qualquer pessoa, em qualquer lugar, como em um jogo de azar, podemos lançar questão sobre a ‘pessoa matável’ por iniciativa da própria sociedade, caso do assassinio de homossexuais, de moradores de rua ou do extermínio de jovens, mortos às dezenas anualmente em cidades como Fortaleza, Ceará, esses últimos a mando tráfico de drogas.

Insegurança, medo, adicção a drogas, crime organicamente organizado nas comunidades empobrecidas, ou adesão ideológica a homofobia podem converter pessoas em linchadores ou ‘matadores de aluguel’, ceifando vidas da própria espécie. Aí, a força letal recai sobre o indivíduo de vida nua. Esse seria, no dizer de Agamben, ‘sagrado’ e ‘matável’, visto que deveria ter seu direito à vida assegurado pelas instâncias civis e públicas, mas ao ser morto padece da indiferença dos seus vizinhos por força do medo de represálias a que se submeteu certo segmento da sociedade, ou do estado de solidão e desamparo das vítimas facilitado pela ausência do sistema de segurança do Estado.

Para cada vítima, uma família é envolvida. Para cada família vitimizada, vizinhos, parentes e amigos são também de alguma forma envolvidos. Nesse ambiente de descaso do Estado, a vida é fragilizada, está nua. Geralmente somam-se fatores à causalidade circular da violência: aglomerados urbanos reunindo pessoas com baixa escolaridade, sem recursos materiais suficientes para conduzir a sobrevivência da prole, precariedade infraestrutural de habitação, de circulação, de transporte e saneamento sanitário insatisfatório. Tudo isso dificulta a dignidade humana.

Ao escutarmos pessoas nos grupos de autoestima, de terapia comunitária e noutros espaços de acolhimento do MSMC, em observação de campo, foi possível

perceber nas falas a enunciação de muitos males enfrentados por esse tipo de realidade acima descrita. Evidenciam-se uma série de causalidades do adoecimento: perdas, mortes de entes queridos, alcoolismo, adicção a outras drogas, desemprego, baixa escolaridade, entre outros. Dessa forma, se percebe que a realidade, numa produção multicausal, contribui para a determinação da díade saúde-doença.

2.4 TRANSTORNO POR ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO

Conforme os psiquiatras precursores do serviço socioterapêutico aqui analisado, é possível classificar o estresse e o adoecimento de boa parte daquela população atendida pelo MSMC como transtorno por estresse pós-traumático (BONVINI; CAVALCANTE, 2002). Para Bonvini (2013) isso foi verificado nas primeiras visitas às mulheres mães, moradoras da favela do Pantanal, uma das dezenas de localidades socialmente vulneráveis do Bom Jardim. Logo, se percebia a ocorrências dos mesmos problemas em diversas comunidades da periferia de Fortaleza.

A partir da experiência clínica com pacientes moradores da favela, a maioria com história de contínua migração – primeiro, do campo para a cidade, e depois, de uma favela para outra favela – pode-se constatar a presença de uma série de sintomas que parecem estar relacionados com o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (Post Traumatic Stress Disorder; DSM IV > 309.81 – classificação norteamericana). (CAVALCANTE; BONVINI, 2002, p.1).

A visão nosológica desses médicos encontra na antropologia as pistas para a causalidade dos sintomas com os quais se deparam no dia-a-dia de seus atendimentos. Sobre a violência e suas múltiplas causas se sobressai o transtorno por estresse pós-traumático, classificado internacionalmente como CID 10; F43.1.

Para se compreender o TEPT, Câmara Filho; Sougey (2001, p. 222) descrevem o trauma como “uma situação experimentada, testemunhada ou confrontada pelo indivíduo, na qual houve ameaça à vida ou a integridade física de si próprio ou de pessoas a ele afetivamente ligadas.” Os pesquisadores destacam ainda que a “sintomatologia do TEPT é organizada em três grandes grupos”. O primeiro “relacionado à reexperiência traumática”, outro “à esquiva e distanciamento emocional” e um terceiro “à hiperexcitabilidade psíquica”. O distúrbio é proveniente de “situações essencialmente violentas”, ou seja algum tipo de violência move a

morbidade: perda, ameaça à vida por catástrofes naturais ou tensão e medo permanente.

Descrevemos algumas características apontadas pelos autores. O primeiro grupo de desenvolvimento do transtorno está relacionado à “reexperiência traumática”, ou seja, a pessoa pós-traumatizada “continuamente revive o ocorrido, vivenciando-o como experiência contemporânea em vez aceitá-lo como algo pertencente ao passado”. Isso pode ocorrer diante de situações que remetem ao sofrimento vivido. São “recordações que assaltam o paciente continuamente. São lembranças fixas, que não se alteram com o tempo, de uma nitidez e vividez distintas, além de carregadas de forte componente afetivo e emocional” (CÂMARA FILHO; SOUGEY, 2001, p. 222).

A esquiva e distanciamento emocional representam outro grupo relacionado ao problema. Assim, “o indivíduo pós-traumatizado não economiza esforços no sentido de afastar-se” de lembranças ou situações que rememorem o sofrimento. “As estratégias de esquiva podem ser óbvias ou sutis”. Podem ser adequadas ou nem tanto, podendo ir “da recusa em falar sobre o trauma, ao uso de bebidas alcoólicas ou drogas para obscurecer as memórias, até ao engajamento excessivo e compulsivo em atividades como trabalho, jogo, sexo, entre outras” (Idem, p. 223).

Essa maior atenção aos estímulos ligados ao trauma leva a um menor envolvimento com situações potencialmente prazerosas e recompensadoras, contribuindo, assim, para a gradativa centralização do trauma na vida do indivíduo. Advém, então, a diminuição do interesse e da participação em atividades sociais significativas, dado que sua energia psíquica está direcionada à evitação de lembranças e a sentimentos relacionados ao trauma (CÂMARA FILHO; SOUGEY, 2001, p. 223).

O terceiro grupo é portador de ‘hiperexcitabilidade psíquica’ que “diz respeito àqueles sintomas que representam um estado de hiperexcitabilidade do sistema nervoso central e autonômico”. Ou seja, “seriam reflexos de uma excitação fisiológica extrema em resposta a uma variedade ampla de estímulos”. Dessa forma, o indivíduo ao ser estimulado com problemas afins apresenta múltiplos sintomas: “humor ansioso, taquicardia, respiração curta ou suspirosa, constrição precordial, ‘formigamentos’, parestesias, sudorese, extremidades frias ou também cefaleias, tonturas, sensação de ‘oco na cabeça’, ‘peso no estômago’, entre outras” (Ibidem, p. 224).

Passadas mais de três décadas da introdução do TEPT “nos sistemas de classificação”, esse tipo de transtorno

é considerado válido com o embasamento vindo de diversas áreas do conhecimento, especialmente de estudos epidemiológicos que têm consistentemente demonstrado a ocorrência do TEPT no universo da população geral e em uma variedade de amostras de populações específicas e das modificações neuroquímicas, hormonais e fisiológicas encontradas nesses pacientes (CÂMARA FILHO; SOUGEY, 2001, p. 225).

Desta forma, se pode identificar a ocorrência de um transtorno que, embora comum a situações de emergência como desastres naturais ou guerras, também ocorre em indivíduos de populações traumatizadas por perdas como raízes culturais, condições materiais, laços fraternos, entre outros.

O acolhimento, a escuta e as práticas de cuidados existenciais têm proporcionado respostas atenuadoras às dependências químicas e a outros problemas ocasionados no âmbito de tais transtornos, vivenciados por populações que migram em seu próprio país, como é o caso em estudo. São migrações pautadas pelas desigualdades socioeconômicas regionais e pelo pretense tratamento igual aos desiguais por parte do poder público.

2.5 O MISSIONÁRIO E O TERRITÓRIO EMPOBRECIDO

A socioterapia de múltiplo impacto do MSMC é desenvolvida tendo como marco inicial um serviço de cuidados terapêuticos com ações de inclusão social, implementado pelo médico psiquiatra, Ottorino Bonvini, no bairro Bom Jardim, em Fortaleza, no ano de 1996, com a participação de pessoas daquele bairro e de comunidades vizinhas. O cuidado existencial vai além do terapêutico, envolvendo ações de educação, de profissionalização e mobilização política.

Bonvini, padre católico, membro do Instituto dos Missionários Combonianos do Coração de Jesus (MCCJ), reuniu à atenção médica o serviço missionário. Naquele território empobrecido¹⁶ de Fortaleza, enquanto presidia a

¹⁶ Em Guareschi (1992, p.6) “O excluído economicamente, o favelado, o mendigo, o empobrecido, é condição necessária da existência do incluído”. O autor traça a dicotomia entre a categoria e a relação entre o rico (incluído) e o pobre e excluído. “Quando digo ‘rico’, eu entendo um grupo que não tem nada a ver com outro. Agora, quando digo ‘enriquecido’, eu estabeleço uma relação: não existe o ‘enriquecido’, sem alguém [ou algo] que o ‘enriqueceu’. É necessário ‘um outro’, isto é, existe aqui uma relação. Do mesmo modo com o ‘pobre’ e o ‘empobrecido’. Num mundo de ‘categorias’ eu falo

organização de defesa dos direitos humanos Centro de Defesa da Vida Herbert de Souza, Bonvini mobilizou pessoas das Comunidades Eclesiais de Base (CEBS)¹⁷ para formarem grupos de escuta a pessoas em situação de estresse e com outros padecimentos psíquicos, conforme descrevemos anteriormente.

Três anos antes de iniciar o trabalho no Bom Jardim, Bonvini viera ao Brasil, ocasião em que conhecera o psiquiatra e antropólogo Adalberto Barreto e seu método de escuta e partilha denominado ‘terapia comunitária’. Naquele ano de 1993, além de visitar Fortaleza, o padre passou um período em uma região de São Luís, Maranhão, onde realizou um trabalho médico e socioterapêutico nos moldes do que viria a ser um centro de atenção psicossocial. Tratava-se de um serviço de acolhimento psicossocial instalado em um posto de saúde na Vila Embratel¹⁸, bairro de São Luís. Era um trabalho dos Missionários Combonianos, conduzido pelo psiquiatra italiano Quirino Quisi, inspirado na proposta de Basaglia¹⁹.

Ainda antes de se estabelecer no Brasil, quando se preparava para ser padre, Bonvini iniciara a sua atuação como médico clínico geral em Florença. Ali, começara a despertar o interesse em relacionar atenção à saúde com conscientização social e desenvolvimento comunitário, conforme descreve:

trabalhava como médico com os ciganos e com os imigrantes, em Florença, onde passei dois anos atendendo os pacientes nos containers de navios transformados numa pequena estrutura para acolher as pessoas doentes. Também trabalhava na Casa de Acolhida Santa Luzia, que acolhia mulheres grávidas estrangeiras, sobretudo da África e da América Latina. Além disso, fazíamos um trabalho de conscientização da comunidade, no sentido de que ela se abrisse para acolher e apoiar os imigrantes (BONVINI, 2014, p. 49).

Em seguida, Bonvini realizou um trabalho em Esmeraldas, no Equador junto aos índios Cayapas, mantendo contato com curandeiros e ervas medicinais, numa relação direta com a natureza, conhecendo rituais xamânicos. Naquele “contexto ficou mais claro que queria me especializar na área da saúde mental

de pobres e ricos; num mundo de relações, eu falo de enriquecidos e empobrecidos” (GUARESCHI, 1992, p.8).

¹⁷ As Comunidades Eclesiais de Base (CEBS) são um segmento católico que busca a transformação da realidade social a partir da opção preferencial pelos mais pobres, alguns padres católicos adotam as CEBS como referência para suas atividades eclesiais.

¹⁸ A realidade daquele bairro de São Luís se assemelhava à da periferia de Fortaleza e de outras metrópoles brasileiras no que diz respeito à pobreza, ao baixo investimento em infraestrutura e às condições sanitárias, conforme Bonvini (2016). Nestas áreas os fatores de vulnerabilidade social contribuem sobremaneira para a redução da qualidade de vida dos habitantes.

¹⁹ Veja item ‘Desconstruindo o paradigma da institucionalização da loucura’, no capítulo 2.

integrando a medicina clínica com as dimensões culturais e espirituais.” (BONVINI, 2013, p. 50). Em seguida, resolveu dedicar-se à psiquiatria tendo estagiado no hospital psiquiátrico Lewis Center, em Cincinnati, nos Estados Unidos.

Foi uma experiência muito rica e que fortaleceu a minha escolha nos estudos. Me ajudou a entender que o lugar melhor para as pessoas com problemas de saúde mental com certeza não era o manicômio e que existiam outras maneiras de lidar com o sofrimento psíquico (BONVINI, 2014, p. 50).

Antes de vir ao Brasil, Bonvini ainda passou um período em Uganda, África, trabalhando na cidade de Kalongo, para depois voltar aos Estados Unidos, onde conheceria os índios Lakota Sioux, sendo adotado por eles como um irmão. Após concluir estudos de teologia nos Estados Unidos, Bonvini voltou a Itália. Lá foi ordenado padre. Em seguida, veio para o Bom Jardim, em Fortaleza, desenvolver sua missão sacerdotal.

Ao chegar a Fortaleza, junto a outros padres, Bonvini se inseriu em um território em que prevalece a exclusão socioeconômica e a segregação. Ali, no Bom Jardim e bairros interconectados, habitam famílias que foram movidas por uma força migratória centrífuga que as conduz sempre para mais distante do centro da cidade. Havia famílias retirantes das secas, que se instalaram em áreas irregulares de Fortaleza, ou obtiveram abrigo junto a conterrâneos ou parentes que habitam bairros pobres, para depois conquistar um lugar mais distante para morar; outras migraram de um bairro mais central para outro mais periférico. Algumas prosperaram e se fixaram em bairros pobres ou medianos; mas a maioria foi sendo levada para as novas zonas periféricas sempre em expansão, desassistidas adequadamente em educação, infraestrutura, transporte, saneamento ambiental e saúde.

Essa maioria prolifera em territórios de miséria e com pouco sucesso existencial. Para essas pessoas a fé e a religiosidade demonstram ser um grande suporte. Àquela época (mais do que hoje), predominava a crença católica e os padres pareciam ter muita influência junto aos fiéis. Anos depois, essa influência se vai distribuindo com pastores evangélicos que também exercem papéis de liderança política (articulados com parlamentares ou gestores públicos).

A década de 1990 já passava da sua metade quando o padre Rino, apesar da resistência de alguns confrades, reuniu 30 seguidores, sendo parte deles animadores de comunidades católicas. Foram ao Projeto 4 Varas, no Pirambu,

desenvolver uma formação em ‘terapia comunitária’, ministrada pelo médico e antropólogo Adalberto Barreto²⁰, então professor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará.

Àquela época, foram criados oito grupos de escuta nas áreas mais vulneráveis do Bom Jardim. Através de rodas de terapia, os novos terapeutas identificavam pessoas em situação de sofrimento. Os casos de atenção médica eram cuidados por Bonvini; os demais, as próprias pessoas da comunidade acolhiam e cuidavam através da escuta e indução de processos de cura nos grupos de autoestima e da ‘terapia comunitária’ recém aprendida.

Ao tempo em que chegara ao Bom Jardim, Bonvini tentou induzir outros padres combonianos a investirem naquela missão da ‘saúde mental comunitária’. Mesmo não obtendo apoio de todos os confrades, seguiu adiante. Inicialmente, buscou integrar o novo serviço ao então Centro de Defesa da Vida Herbert de Souza (CDVHS), que presidia. Em seguida, adquiriu um terreno ao lado do CDVHS e, com obtenção de doações e apoio de uma parte da comunidade, erigiu uma palhoça circular, seguindo a orientação do amigo Adalberto Barreto, que, anos antes, construía estrutura semelhante na praia das Goiabeiras, no Pirambu. Por um tempo, ficaram conectados por um portão interno os espaços do CDVHS e do emergente Movimento de Saúde Mental Comunitária do Bom Jardim.

Naquele período, meados dos anos de 1990, o Bom Jardim e os bairros vizinhos já eram marcados pelo estigma da violência e da vulnerabilidade. Nos anos seguintes houve melhorias em saúde, educação, transporte, trabalho e renda. Entretanto, infraestrutura e saneamento ambiental continuariam precários. Em contrapartida, a região hoje conhecida como Grande Bom Jardim, constituída pelos bairros Bom Jardim, Granja Portugal, Granja Lisboa, Canindezinho e Siqueira (com a presença de dezenas de áreas vulneráveis), dispõe de centenas de associações comunitárias, igrejas e serviços sociais.

²⁰ Barreto havia sido seminarista franciscano, como médico e antropólogo realizou pesquisa em Canindé, Ceará, onde havia morado e percebido a intensidade da fé dos então romeiros de São Francisco. Em 1995, Barreto divulgou o resultado de uma pesquisa coordenada por ele, que revelava que 24,6% das pessoas que acorriam ao santo em busca de cura, tinham problemas na cabeça. Os dados foram revelados a partir da contagem de ex-votos, esculturas de partes do corpo adoecidas, corroborados por aplicação de questionários. O médico ao montar o projeto 4 Varas, junto com seu irmão advogado, Airton Barreto, acolheu a espiritualidade nordestina, agregando saberes e crenças locais à ‘terapia comunitária integrativa’ ali iniciada. (Folha de São Paulo, 1996).

O território do Grande Bom Jardim está localizado no lado oeste de Fortaleza, Ceará, inscrito na Regional V, fazendo fronteira com os municípios de Caucaia e Maracanaú. Consiste em uma área de 18.700 hectares de extensão, que abrange os cinco bairros citados acima. A população total do Grande Bom Jardim é de 211 mil habitantes (IBGE/2010). A denominação 'Grande Bom Jardim' define uma região polarizada em torno do nome Bom Jardim, bairro que tem sido listado entre os mais violentos de Fortaleza; mas que por outro lado, é a centralidade de um território de cidadania, além de concentrar boa parte da atividade comercial da região. Assim, representa um território de valorização da mesma região por aglutinar um conjunto de organizações e equipamentos que o referenciam como uma centralidade socioeconômica e cultural, articulado por organizações sociais e comunitárias que atuam na região desde a década de 1980.

Na década de 1990, na região do Grande Bom Jardim se delineava ainda o acentuado êxodo rural diante da flagelo imposto pela seca à população do interior do Estado. Aquele fenômeno contribuiu, com o passar dos anos, para ampliar o processo de conurbação dos municípios de Fortaleza, Caucaia e Maracanaú, com a frequente ocorrência de transmigração de famílias.

Percebe-se que o movimento migratório entre bairros e/ou entre municípios, gera revesses culturais causadores de estresse e sofrimentos, tais como o rompimento da prática solidária advinda da convivência entre vizinhos ou entre conterrâneos rurais; juntando-se aí o fenômeno do açodamento da marginalização urbana proporcionando, entre outras mazelas na saúde, o TEPT (já descrito anteriormente) e as dependências às drogas.

Na migração, as famílias em situação de pobreza extrema vão sendo direcionadas cada vez mais para os limites da cidade de Fortaleza à medida que o crescimento econômico engloba bairros antes considerados periféricos, mas que se vão convertendo em novas centralidades de fruição de comércios e serviços.

Para situar o problema do ponto de vista socioeconômico, em 1996, o IDH do Ceará era 0,51 (IPEA-PNUD, 1996), refletindo um baixo desenvolvimento humano posto que a situação ideal é IDH igual a 1. Em 2000, o Ceará já atingia IDH 0,68, havendo um melhoramento desse desenvolvimento. Uma década depois, em 2010, verificamos que o segmento de pessoas vulneráveis à pobreza na Região Metropolitana de Fortaleza representava 37,06% da população, enquanto em 2000,

a proporção observada era de 60,04% (IPEA,2011), há um novo melhoramento. Nessa análise, vulneráveis à pobreza são indivíduos com renda domiciliar per capita igual ou inferior a meio salário mínimo.

Considerando a acessão de uma década para a outra se pode depreender que em meados da década de 1990, quando foi implementado o serviço socioterapêutico do MSMC, a situação de pobreza em Fortaleza era ainda muito elevada em relação à década atual, 2016, visto que houve um amplo investimento em políticas de inclusão socioeconômica promovida pelo governo federal até o ano de 2015, quando têm início a grande crise política que resultará na questionável deposição da presidenta pelo Congresso Nacional e na instalação de um governo eivado de casos de corrupção mantendo o padrão de denúncias a que fora submetido o governo anterior.

Com 2,57 milhões de habitantes, Fortaleza detém uma elevada disparidade de renda com a ocorrência de zonas ricas e outras de pobreza extrema. Essas últimas estão distribuídas nas áreas periféricas da cidade, coincidindo com a dinâmica da conturbação de municípios metropolitanos. Enquanto apresenta, em média, um IDH 0,754, considerado alto (PNUD, 2013)²¹, a capital do Ceará ainda detém assentamentos humanos de IDH 0,403 no Bom Jardim e 0,37 no Siqueira (FORTALEZA, 2011).

Para entender o fenômeno da pobreza extrema observa-se que apesar de Fortaleza apresentar, em média, um alto IDH, apresenta um elevado índice de Gini (0,61). Nesse caso, ao se aproximar de 1, esse coeficiente aponta para uma elevada concentração de renda entre segmentos da população (UFG, 2012).

Conseqüentemente, as crianças e adolescentes que vivem nesses assentamentos humanos de baixo IDH, e suas respectivas famílias, são muito pobres e ainda são excluídas dos serviços sociais básicos necessários. A desigualdade socioeconômica contribui ainda para o surgimento de zonas urbanas que concentram também uma elevada presença de usuários e traficantes de drogas, como é o caso das comunidades abrangidas pelo serviço de atenção socioterapêutico do MSMC.

²¹ Quanto mais próximo de 1, melhor qualidade de vida. O IDH é calculado de 0 a 1, a partir de: expectativa de vida ao nascer, educação e renda. O IDH do Brasil é de 0,744, ocupando o 79º lugar no ranking mundial de 187 países (ONU, 2014).

Inseridos em uma realidade de exclusão, a falta de perspectivas contribui para o envolvimento de muitas pessoas com o fenômeno das drogas, seja por meio de negócios de revenda de produtos que geram dependência, seja através do consumo de tais produtos os quais provocam ainda mais problemas de saúde e efeitos nefastos à vida familiar e social. Ainda no ano de 1998, o MSMC realizou uma sondagem em escolas daquela região onde identificou um elevado índice de envolvimento de estudantes com substâncias entorpecentes. Passadas duas décadas, essa problemática se ampliou. Uma pesquisa recente, realizada pelo MSMC, colheu dados sobre o atendimento em três centros de atenção psicossocial no ano de 2015, verificando que o fenômeno da dependência às drogas na região do Grande Bom Jardim, Fortaleza, e em Maracanaú, persiste sobre o segmento empobrecido, em condição de maior vulnerabilidade à adicção e a problemas a ela associados.

Os bairros de moradia dos quais residem o maior número de pacientes possuem um perfil similar: lugares populosos com altos índices de criminalidade e grande número de pessoas em situação de vulnerabilidade, por exemplo: Bom Jardim, Conjunto Ceará, Pajuçara e Jereissati I e II. Em alguns pontos dessas áreas existe intensa comercialização de drogas e outras atividades ilícitas. Analisando os dados referentes à faixa etária dos pacientes, é possível afirmar que a categoria adulto agrega o maior número de pessoas em situação de dependência, em média 60%. Os jovens são o segundo grupo em número. Nesse sentido, o trabalho de prevenção ao uso de drogas na juventude assume um caráter de extrema relevância, pois nessa fase poucos são aqueles que procuram ajuda médica. Essa informação pode ser confirmada pelo baixo número de crianças e jovens atendidos no CAPS Infantil de Maracanaú, ao todo foram vinte e nove durante todo o ano de 2015. Esses dados corroboram com relatos de usuários que fizeram uso de droga por bastante tempo e, após diversas complicações na vida profissional e afetiva, é que resolveram procurar ajuda (MSMC, 2016, p.62).

2.6 A CONSTRUÇÃO DE UM TERRITÓRIO DE CUIDADO DA SAÚDE MENTAL

Ao reconstituir a trajetória do MSMC, que está inserida na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) e contribui para a desinstitucionalização psiquiátrica em consonância com a Lei 10.216/01 e portarias ministeriais subsequentes, percebemos que sua existência se dá junto à construção territorial de uma política de cuidado da saúde mental no Grande Bom jardim.

A ação é desenvolvida no âmbito da prevenção às doenças da mente; bem como no cuidado de usuários em situação de sofrimento psíquico ou egressos de hospitais psiquiátricos. Inicialmente, com socioterapias e processos de inclusão

social; depois, a partir de 2005, com a inauguração de um CAPS II Comunitário, demandado pela comunidade, e em 2011, acolhendo a Residência Terapêutica, além de ações de cidadania e inclusão social, os serviços se foram integrando na perspectiva de instituir um território de atenção psicossocial na periferia de Fortaleza, em sua Regional V. Embora o MSMC não expresse textualmente essa pretensão, na prática foi o que se deu nesses 21 anos de existência.

Em nossa apreciação sobre a construção de um território de cuidado da saúde mental no Grande Bom Jardim, em Fortaleza, protagonizado pela atuação do MSMC não seguimos uma ordem cronológica, procuramos refletir sobre aspectos da documentação identificada e das práticas verificadas e selecionadas para tal apreciação, fazendo por vezes, idas e vindas ao presente e ao passado da citada instituição. Também não assumimos o compromisso de mapear outros equipamentos públicos e privados instalados nessa região, nossa opção é evidenciar a presença propulsora do MSMC como agente indutor do cuidado da saúde mental no território, inclusive com a visão diferenciada que incluiu ações de educação, arte e cultura, inclusão social, cidadania, indo além do que é tradicionalmente circunscrito como ação de saúde mental.

Voltemos ao ano de 1996 quando o grupo de 30 terapeutas iniciava sua ação de acolhimento e escuta, compartilhada com o acompanhamento dos médicos Rino Bonvini, Antonio Mourão Cavalcante e Adalberto Barreto. Esses dois últimos oferecendo apoio e consultoria. Cavalcante trazia, com mais ênfase, a abordagem sistêmica familiar e a visão de prevenção às drogas. Ambos, Cavalcante e Barreto, haviam desenvolvido um intenso trabalho no Centro de Estudos da Família. Passados pouco mais de sete anos do início do trabalho do professor Barreto, que conduzira alunos do curso de Medicina da Universidade Federal do Ceará às comunidades pobres do Pirambu, realizando ali as primeiras experiências de cuidados comunitários que viriam a ser sistematizadas mais adiante na prática da ‘terapia comunitária’; começava então a experiência territorial da saúde mental na Comunidade do Bom Jardim.

Desde o primeiro momento, o psiquiatra Rino Bonvini, montara um consultório ao lado dos serviços socioterapêuticos. Ali, era oferecido o acompanhamento médico a pessoas que não dispunham de condições para buscar tal serviço fora de seu bairro. Inicialmente, foram escutadas as mães estressadas da

favela do Pantanal, uma área empobrecida pertencente ao bairro Bom Jardim. O Movimento, recém criado, trabalhava com um segmento das CEBS, articulado por missionários Combonianos denominado 'comunidade de comunidades'. Eram educadores pastorais²² católicos que moravam e/ou atuavam nas comunidades Belém, São João, Santa Cecília, Santo Amaro, Siqueira, Canindezinho, Granja Lisboa, entre outras. Um desses educadores disse que

existia um movimento pensando, dentro das pastorais aqui do Bom Jardim, a terapia comunitária como um encontro de conhecimento, de construção do ser[...]. Daí então, esse grupo fez o curso de terapia comunitária e começou a vir com vários grupos de terapia comunitária em cada comunidade, e aí o padre Rino, na época comprou o terreno do lado do CDVHS, e criou-se então um Movimento de Saúde mental Comunitária do Bom Jardim (Relato 05).

Nesse território, como já foi dito, foram instaurados oito pontos de escuta socioterapêutica. A ansiedade e a depressão estavam presentes ali em algum grau. Iniciava-se um processo de intensa comunicação, pois os terapeutas aprendem a observar e a escutar (com os ouvidos e com o coração) e a identificar o pedido que há em cada semblante, em cada gesto. Sempre seguido do feedback do acolhido (Barreto, 2005), conforme descrevem as regras da terapia comunitária.

Em pouco mais de um ano de atividade, foi construída uma palhoça, inspirada na circularidade indígena. Ali, as pessoas se postam em círculo, olhando-se frente a frente. O método exige que ninguém seja visto pelas costas. Cada corpo comunica para além das palavras verbalizadas, por isso estar frente a frente torna a comunicação eficiente. Faz-se necessário retirar os calçados, tocar o chão com pés descalços. Sentir o chão em conexão direta com a terra conectando com o chakra²³ básico, assimilando a ideia da força telúrica presente em cada ser. Na palhoça, olhando para cima se vê vitrais coloridos que deixam transluzir os raios do sol.

²² O termo educador pastoral aqui utilizado refere-se a pessoa que desenvolve atividade na comunidade, movida pela fé cristã e inserida na religião católica, entre estes que assumiam tais funções estavam lideranças comunitárias, padres, freiras, seminaristas, catequistas; homens e mulheres com visão de uma fé libertadora.

²³ Chakra ou chakra advém do sânscrito (roda) e representa um círculo energético, um para cada célula, contando assim bilhões deles em cada pessoa. No entanto, a anatomia energética da Medicina Ayurvédica trabalha sete círculos energéticos fundamentais, constituídos em torno das principais glândulas e na base da coluna vertebral humana. Esses chacras são responsáveis pelo fluxo energético no corpo humano, metabolizando energias telúricas, ambiental e solar, entre outras possibilidades magnéticas. "Os sete chacras principais do corpo são, de baixo para cima: Básico, Sexual, Plexo Solar, Cardíaco, Laríngeo, associados ao sistema endócrino do corpo humano" (LUZ DA SERRA, 2015, p.1).

Perpassa ali a ideia de que cada indivíduo necessita deixar fluir sua luz, buscando equilibrar sua condição de luz e sombra, conforme é refletido na mística que acentua os trabalhos desenvolvidos. As sombras representam opções que propiciam sofrimento e dor. Com base em saberes milenares, se pode arguir que o ambiente também estimula a conexão com a luz, a transcendência, potencializando o chakra coronário²⁴, como pudemos ouvir em um grupo de autoestima, em nossa observação de campo.

Reiteramos que a ação do MSMC teve sua gênese no interior da chamada 'comunidade de comunidades' das CEBS do Grande Bom Jardim. Por falta de consenso entre os padres e educadores pastorais à época, embora todos seguissem a orientação da Teologia da Libertação²⁵, um segmento fincou pé em permanecer somente no processo de mobilização social e política até então desenvolvido; outro, seguindo a orientação do padre Rino concentrou suas energias no cuidado àqueles e àquelas que padeciam de sofrimentos e 'dores da alma'. Na ação foram incluídas dinâmicas de formação em competências acadêmicas e profissionais para todas as pessoas que participavam do emergente trabalho de saúde mental. Assim, quem não dispunha de uma graduação universitária foi incentivado a obtê-la. Principiava ali a contribuição do MSMC para a coconstrução de um território de cidadania voltado para o cuidado existencial.

Como tudo que é diferente e novo, o novo assusta e o novo incomoda e o novo exige uma adaptação, então, aqui no Bom Jardim todos nós com as Comunidades Eclesiais de Base, com a Teologia da Libertação, com as pastorais sociais, pastoral do negro, pastoral do migrante, pastoral operária, pastoral do povo da rua[...], eram muitas pastorais sociais. Eu acho que essa aí é a grande sacada que mudou a minha vida e a de muita gente, é que quando chegou essa história de Terapia Comunitária, relaxamento, autoconhecimento, [uns diziam] isso é coisa de doido, de doidim, oh! Esse padre Rino e esse pessoal que tá aí começaram essa besteira aí, vão é atrapalhar o trabalho de libertação, de mobilização, da bandeira de luta, de revolução (Relato 05).

²⁴ Conforme nota anterior sobre esse saber Hindu, a assimilação de conhecimentos do campo holístico dialoga com a ciência em benefício da homeostase biopsicossocioespiritual, por isso o facilitador está livre para acionar práticas espirituais para além da cultura judaico cristã predominante no território. Obviamente, respeitando as individualidades de cada pessoa acolhida, com suas respectivas opções religiosas.

²⁵ Hoje, a Teologia da Libertação – campo teológico fundado há 45 anos, que se caracteriza por uma opção preferencial pelos pobres e pela luta por justiça social - floresce novamente a partir do acolhimento dela pelo Papa Francisco, especialmente através de sua encíclica *Laudato Si'*, que trata da terra como a casa comum. "Ele transformou a teologia da libertação num bem comum da igreja. E ele a ampliou. Quem hoje fala dos pobres também precisa falar da Terra, porque é o grande pobre e também esta está sendo depredada e violada". (BOFF, 2017)

Naqueles primeiros anos, as pessoas das comunidades do território do Grande Bom Jardim começaram a ir à ‘palhoça’ onde encontravam cuidadores da própria comunidade e um padre médico que as escutava, abraçava e as encaminhava para algum tipo de cuidado. Em boa parte dos casos não se recorria à alopatia (o mesmo acontece hoje), visto que o melhor caminho, desde então, tem sido a integração conectiva, primeiro da pessoa consigo mesma, depois da pessoa com os grupos de autoestima, com os serviços de terapia comunitária e com uma série de métodos sistêmicos que se vão apresentando à comunidade. Sempre se trabalha a espiritualidade, mantendo o respeito pela opção religiosa de cada pessoa, com a clara atitude de acolhimento da alteridade, independente de quaisquer credos e ideologias. O passo fundamental é cuidar da vida, sem desviar da sua complexidade.

A complexidade envolve uma realidade de agressão aos direitos e à dignidade humana, envolta em uma miríade de causas que penetram a vida das pessoas. Uma delas se relaciona aos hábitos que podem determinar situações de adoecimento pessoal e familiar. À medida que chegavam às terapias relatos de mães sobre o alcoolismo e outros tipos de drogadição, o pessoal do MSMC, com a orientação do psiquiatra Antônio Mourão Cavalcante²⁶, resolveu investir na prevenção daquele determinante social da relação saúde-doença. Daí surgia um projeto de prevenção apoiado pelo Departamento de Medicina Clínica da UFC denominado ‘Sim à Vida, Não às Drogas’; acolhido por aquela universidade como projeto de extensão. O ano era 1998. O MSMC se imiscuía no cuidado preventivo de uma mazela que até hoje confere um estigma àquela região de Fortaleza: o fenômeno das drogas com a conseqüente presença do tráfico nas comunidades, concomitante à desagregação familiar e à escalada de homicídios de crianças, adolescentes e jovens que continua a grassar na região do Grande Bom Jardim.

Para iniciar a ação preventiva, que hoje perpassa quase duas décadas, o primeiro passo foi escutar a realidade. Para isso, se buscou o campo estratégico dos espaços escolares. Se queria identificar até que ponto avançava o fenômeno das dependências químicas e suas conseqüências.

²⁶ No ano 2000, Antonio Mourão Cavalcante protagoniza um vídeo educativo em que cita o trabalho do Movimento Saúde Mental Comunitária como um exemplo na ação preventiva às dependências às drogas. “A vida pede passagem” <https://www.youtube.com/watch?v=zWVSF4y_YFg&t=142s>, acesso: 13 dez.2016.

Foi a pesquisa que determinou onde o projeto ia acontecer, eu também participei dessa pesquisa, eu fui nas escolas fazer essa abordagem com os adolescentes. Era uma pesquisa que era pra entender qual a relação da droga com adolescente, como é que estava essa relação. Aí, a gente visitou várias escolas, fez várias entrevistas[...] Depois dessa pesquisa pronta se detectou que [nas comunidades] Santa Cecília, Pantanal, Siqueira e Belém, [...] era onde tinha o maior foco [...] dessa relação entre adolescência e droga, jovens e a drogadição. E aí a gente: eu disse ‘eu topo, vamos ver como é que é e a gente vai’ [realizar a prevenção]. Nessa época eu estudava de manhã e fazia o projeto à tarde e o projeto acontecia na igreja (Relato 01).

Junto à prevenção, o MSMC reunia ações de terapia comunitária com respectiva formação de novos agentes, bem como formações específicas em ‘eneagrama’²⁷ e em ‘teatro do oprimido’²⁸. Essas duas modalidades conduzidas respectivamente por Norberta Viana, assistente social e Hélio Júnior Rocha de Lima, educador e dramaturgo. Também foi incluída nos serviços terapêuticos do MSMC, a ‘biodança’²⁹, ministrada pela facilitadora de biodança Margarida Furtado.

Concomitante à atenção psiquiátrica, ao acompanhamento socioterapêutico da terapia comunitária e ao projeto de prevenção às drogas, o MSMC mobilizava os primeiros grupos de autoestima, com o acompanhamento de pessoas da comunidade e da médica Gabriela Godoy.

²⁷ O eneagrama é uma figura geométrica de nove pontas que funciona como símbolo processual. Foi utilizado em tradições antigas, do pensamento grego de Pitágoras e Platão às filosofias herméticas e gnósticas, passando pelo judaísmo, cristianismo e islamismo. Gurdjieff, filósofo armênio que ensinou filosofia do autoconhecimento profundo no começo do século passado, deparou-se com o símbolo em uma de suas viagens e passou a utilizá-lo como um modelo de processos naturais. Na década de 1950, Oscar Ichazo, filósofo boliviano, pesquisou e sintetizou os vários elementos do eneagrama e associou as nove pontas do símbolo aos nove tributos divinos que refletem a natureza humana, oriundos da tradição cristã. Depois, Ichazo estabeleceu a sequência adequada de emoções no símbolo, criando o primeiro mapa da psique humana para elevação do nível de consciência. Em 1970, o médico psiquiatra Claudio Naranjo correlacionou os tipos do eneagrama às características psiquiátricas que conhecia, começando a expandir as resumidas descrições de Ichazo e montando um sistema de tipologias. Fonte: <<http://www.ieneagrama.com.br/o-eneagrama/2/o-que-e-eneagrama>>, acesso em jan/2017.

²⁸ Idealizado pelo teatrólogo Augusto Boal, O Teatro do Oprimido desenvolve exercícios físicos e ajuda o participante a problematizar questões pessoais, culturais e políticas, envolvendo atores e plateia. A técnica ajuda a pessoa a libertar o corpo e a mente de amarras emocionais e culturais. No MSMC, o primeiro grupo de teatro do oprimido, conduzido por Vera Dantas, envolveu mulheres da comunidade que enfrentavam situações de sofrimento psicológico e fragilidade econômica.

²⁹ Criada pelo chileno Rolando Toro, “a Biodança ativa os potenciais geradores de vida, com exercícios sistematicamente estudados, e aplicados coerentemente a partir do modelo teórico da abordagem. Em Biodança trabalhamos essas potencialidades humanas – bloqueadas ou adormecidas em cada um, através da gestalt Movimento-Música-Vivência. A música induz o movimento deflagrador de vivência integradora. O movimento corporal revela o movimento existencial. Se mudarmos o movimento do nosso corpo mudamos o movimento da nossa vida”. Fonte: <http://www.saudeintegral.com/artigos/biodanca-a-danca-da-vida.html>. Acesso em 19 jan/2017.

Uma parte dos nossos amigos começou a perceber que dava pra continuar fazendo comunidade e que era muito importante, fortalecedor do movimento e da identidade humana, cuidar do autoconhecimento, cuidar das dores da alma, cuidar do desenvolvimento humano, cuidar de si pra melhor cuidar do outro e cuidar da humanidade (Relato 05).

Passados os dois primeiros anos, com uma intensa atuação de voluntários, o MSMC precisou se formalizar juridicamente para dar continuidade aos serviços com mais solidez, captar recursos e promover a contratação de profissionais; e assim ampliar sua ação de cidadania e saúde no território. Para tanto, foi elaborado um estatuto e registrado em cartório, eleita uma diretoria e um conselho fiscal, conforme exigia a legislação em vigor. O MSMC poderia, a partir de então, ser reconhecido como uma organização sem fins lucrativos voltada para a consecução da saúde mental comunitária, conforme preconizado no estatuto.

Assim, aos 23 de março de 1998 foi instituído oficialmente o MSMC, reunindo em sua primeira diretoria dois médicos: Ottorino Bonvini, presidente, e Maria Gabriela Curubeto Godoy, vice-presidente; quatro terapeutas comunitárias: Maria Eunice Xavier de Oliveira, primeira secretária, Maria Lindalva de Oliveira, segunda secretária, Neiliane Alves Bezerra, primeira tesoureira, e Ana Paula Fernandes Viana, coordenadora de atendimento; um bancário, Carlos Reni Araújo Dino, segundo tesoureiro; e uma assistente social, Maria Norberta Viana, coordenadora de Educação Familiar. O estatuto estabeleceu como finalidades:

- 1) Lutar contra todo tipo de exclusão e promover a integração de pessoas e comunidades no resgate da dignidade e da cidadania;
- 2) promover encontros interpessoais e intercomunitários objetivando a revalorização de suas respectivas histórias, o resgate da identidade, a restauração da estima e da confiança em si;
- 3) organizar, promover ou incentivar atividades culturais e terapêuticas que objetivem a integração de populações marginalizadas, em defesa da identidade ameaçada e do meio ambiente, buscando maneiras de favorecer uma melhor distribuição das riquezas;
- 4) promover estudos, debates, reflexões, sobre as implicações socioeconômicas e culturais ao processo de exclusão e marginalização de indivíduos e populações e para construção da paz num mundo em diversidade e em harmonia com a natureza (ecologia profunda);
- 5) desenvolver iniciativas e processos de difusão de experiência, na produção social de saúde mental nas comunidades, visando o bem estar social;
- 6) apoiar outras comunidades a criarem seus movimentos de saúde mental comunitária, e manter entre esses profissionais e movimentos um bom inter-relacionamento objetivando um processo de articulação de experiências;
- 7) buscar recursos financeiros que sirvam de suporte para a manutenção das diversas atividades deste movimento, na perspectiva de sua autossustentabilidade;
- 8) treinamento familiar e comunitário, através de atividades desenvolvidas nas áreas de saúde, educação, trabalho, ecologia, não violência, cidadania, objetivando conscientização e preparando os mesmos para atuarem como agentes multiplicadores e preventivos em saúde mental comunitária;
- 9) promover atividades de formação e prevenção

da tóxica dependência e DST; 10) estimular iniciativas de desenvolvimentos sociais com gestão participativa. [enumeração nossa] (MSMC, 1998, p.1).

Logo em suas três primeiras finalidades, o MSMC se caracteriza por um movimento de emancipação sociopolítica. A saúde mental é visualizada como consequência de conquistas sociais, econômicas e culturais, movidas coletivamente. Há uma preocupação em pensar o humano como um sistema que necessita ser resolvido internamente, na mesma medida em que deve contribuir para alterar a realidade em que está inserido. Dignidade, ética e cidadania estão entrelaçadas no resgate da identidade e na crença em si. A pessoa como sujeito histórico superando uma condição marginal e protagonizando sua própria terapia, estimulando a comunidade a promover a saúde como resultado de um processo de libertação, está evidenciada no Estatuto do MSMC. Isso é bem evidente na vida de um participante do processo socioterapêutico que associa seu desenvolvimento sociocomunitário com a cosmovisão africana³⁰, conforme descreve:

A visão cosmoafricana [sic] é: eu sou responsável pelo meu presente, mas eu tenho as bases do passado. [...] é uma linguagem muito próxima que eu tive e hoje eu faço uma ligação dessa visão cosmoafricana com o conhecimento que eu tinha no projeto Sim à Vida [programa de prevenção às drogas do MSMC]. O contato com o outro é o que vai fazer com que o meu crescimento político e o meu crescimento artístico, principalmente, também vai fazer um impacto social. Então, o impacto social hoje, ele é causado pelas bases que eu tive no passado [refere-se ao período da adolescência, quando foi acolhido pelo serviço do MSMC] e logo essas bases foram dadas por pessoas, então essas pessoas são de fundamental importância na minha vida [revela a conectividade interpessoal e manutenção de vínculos] (Relato 03).

A cosmovisão africana relaciona o culto aos ancestrais, prioriza no tempo presente o resgate da relação de aprendizado com os ancestrais. Trata de uma perspectiva reflexiva a partir dos elementos constituintes da tradição africana e sua relação com o que foi produzido no Brasil, a partir da re-elaboração da cultura africana nos ambientes da senzala e dos quilombos. Daí se sobressaem a espiritualidade e as manifestações da oralidade, dos movimentos corporais e do sentido comunitário advindo dos clãs africanos (OLIVEIRA, 2006). Não aprofundaremos esse conceito. No entanto, o relato do participante do programa Sim à Vida, de prevenção às drogas, expõe a similitude que ele pôde observar entre

³⁰ O “culto aos ancestrais preserva e atualiza, da melhor maneira possível a originalidade e a genuinidade dos elementos estruturantes da cosmovisão africana. A concepção de universo, de poder, de pessoa, etc., estão nele contemplados. Sua dinâmica perpassa desde o caráter mais eminentemente religioso até seu caráter de produção” (OLIVEIRA, 2006, p. 33).

a experiência vivencial de nove anos no programa e o que ele hoje reflete sobre a cosmovisão africana.

Ainda apreciando as finalidades estatutárias do MSMC, percebe-se nitidamente a preocupação em unir ação sociopolítica com a perspectiva de uma construção coletiva de processos geradores de saúde e conseqüente melhoramento da qualidade de vida.

No tempo em que surgiu o MSMC, a seca³¹, fenômeno causado por ausência de chuvas, continuava contribuindo para o deslocamento populacional do Semi-Árido para os grandes centros, ampliando a pauperização na periferia das cidades-polos, a exemplo de Fortaleza. Nos primeiros anos da década de 1990, “conforme dados da SUDENE, aproximadamente doze milhões de nordestinos tiveram a reprodução de suas vidas dependentes de frentes de emergência” (COSTA, 2006, p.102).

Ressalte-se, ao final do primeiro governo de Fernando Henrique Cardoso, em 1998, a invasão de trabalhadores rurais famintos, sob o prenúncio de seca à Prefeitura de Acarape (CE), área que abrigava um dos primeiros símbolos da globalização do Nordeste: um consórcio empresarial de origem asiática, denominado Pólo de Confecção do Maciço de Baturité (COSTA, 2006, p.103).

O exemplo acima, na Região Metropolitana de Fortaleza, dá conta do fenômeno da fome. Como já descrevemos, a baixa qualidade de vida, a desagregação familiar estão entre as mazelas presentes nas populações que vêm ocupar o Bom Jardim. Uma das usuárias do serviço sócio terapêutico do MSMC, hoje com 86 anos de idade, descreve que veio de Quixeramobim para Fortaleza ainda em 1968. A mulher, seu esposo e sete filhos, instalou-se no bairro Parque São José, em seguida, migrou para o bairro Messejana. Depois, voltou ao Parque São José para, finalmente, se estabelecer no bairro Bom Jardim. Ali, quando da perda de seu esposo, a mulher foi acolhida no MSMC. Tratou-se. Curou-se e, em seguida, passou

³¹ O fenômeno da seca caracteriza o Nordeste e adquiriu ao longo dos séculos 19 e 20 um peso político. Em torno dele foram construídas imagens literárias e o simbolismo se amplificou com as chamadas frentes de emergência em que os desvalidos dos sertões ajudavam a construir estradas de picarra e pequenos açudes. Conforme Costa (2005, p. 49) “a seca, considerada como calamidade social, surge juntamente com estratégias de salvação da pecuária extensiva como o consórcio do gado com as culturas de subsistência e o algodão”. Foi a partir das grandes secas de 1877 e 1879, que com “a desorganização do processo produtivo, muitos sertanejos – trabalhadores e proprietários rurais – até então ocupados nas atividades agrícolas de subsistência, algodão e pecuária, transmudam-se em retirantes na migração rumo principalmente às cidades do litoral”, onde costuma chover com mais frequência.

dez anos de sua vida dedicada ao serviço voluntário como arte-terapeuta, ensinando artesanato a mulheres adolescentes, jovens e adultas da comunidade. Refletindo sobre a ação do MSMC, ela diz:

O que eu sinto assim, é que foi muito gratificante, muito, muito mesmo, porque ele [Padre Rino] teve coragem de enfrentar aqui nesse Grande Bom Jardim a palavra [que] é o “vixe” [referindo-se a um termo depreciativo que perpassa gerações], que [as pessoas de fora] só olham com mau olhar, ninguém apresenta o que tem de bom no Bom Jardim. Tem muita coisa boa, então justamente esse projeto foi um grande projeto que gratificou muita e muita gente, não foi só um nem dois não! (Relato 06).

A pobreza internalizada, mazela psíquica a ser superada, é consubstanciada por estigmas vivenciados nas realidades de exclusão socioeconômica e de aviltamento da dignidade humana. No Bom Jardim, conforme foi possível apurar junto a adultos e idosos, foi desenvolvido um estigma de rejeição caracterizado pela expressão: ‘vixe, você mora no Bom Jardim!’. Esse ‘vixe’ foi categorizado pelos próprios moradores como uma pecha constrangedora, conforme descrito em pesquisa realizada pelo GPDU/UECE (2004). Talvez não seja por acaso que uma parte dos moradores do Bom Jardim prefira citar seu endereço como bairro Parque Santo Amaro. Ao verificar o mapa da prefeitura se percebe que o bairro inscrito na cartografia municipal é Bom Jardim, coincidindo com a mesma área circunscrita para o Parque Santo Amaro. Este último, inexistente no mapa oficial.

Na esteira da identificação de costumes e hábitos que funcionam como determinantes sociais do processo saúde-doença e da busca do melhoramento deles, as finalidades 4, 5 e 6 do Estatuto do MSMC apontam para a compreensão da “exclusão e marginalização de indivíduos e populações” (MSMC, 1998, p.8) e para a conseqüente “construção da paz”, considerando a construção de uma “ecologia profunda” e a conexão com a “diversidade” (idem) presente na região. As finalidades estatutárias em consonância com a prática do MSMC propõem a união de iniciativas promotoras da saúde mental comunitária, instigando outras comunidades a criarem movimentos semelhantes e a partilharem seus serviços.

Pudemos verificar que o espectro da atuação do MSMC, a partir do que está inscrito estatutariamente, tem o enfoque do empoderamento na perspectiva freiriana. Observando a práxis do serviço se percebe a coerência das ações com o que está proposto no estatuto. Para Freire, (FREIRE; SHOR, 1986), empoderamento faz sentido quando reúne as condições preliminares para o amplo processo de

libertação do oprimido, sendo um processo que avança para além do desenvolvimento da potência individual para alçar a possibilidade de ação grupal, visto que o empoderamento é elaborado a partir do indivíduo em conexão com o outro e com a realidade em que está envolto visando transformá-la.

Quando você se sente, individualmente, mais livre, se esse sentimento não é um sentimento social, se você não é capaz de usar sua liberdade recente para ajudar os outros a se libertarem através da transformação global da sociedade, então você só está exercitando uma atitude individualista no sentido do *empowerment* ou da liberdade (FREIRE; SHOR, 1986, p. 135).

O sentido originário de *empowerment* relacionado à concessão ou transferência de poder não se coaduna com o propósito libertador proposto por Freire; nem tampouco a liberação interior das potencialidades latentes em cada ser humano é suficiente para configurar a categoria ‘empoderamento’ no sentido freiriano. De fato, o propósito libertador se inicia com a educação que leva a pessoa a se liberar das amarras, produzindo novo sentido para a vida. Mas não para aí. Esse é o estágio inicial para o empoderamento. Freire, na obra ‘Medo e Ousadia’, considera essa categoria como um caminho para o desenvolvimento da conscientização. Mesmo assim adverte “que através da noção de empoderamento podemos fazer com que a situação pareça muito fácil, quando não é” (ROSO & ROMANINI, 2014, p. 88).

Em Freire, tomada de consciência e desenvolvimento de uma consciência crítica são etapas que levam à conscientização, atitude que envolve um posicionamento político visando a transformação da realidade de opressão. Aí se dá a manifestação do empoderamento no sentido de que aquele que se libertou deve ajudar os outros a se libertarem.

O trabalho do MSMC tem o pensamento de Freire como uma das sustentações teóricas ao optar pela libertação do oprimido na perspectiva da saúde mental. Ali, a saúde mental é pensada como um processo comunitário em cujo processo não basta o adoecido iniciar um tratamento, mas a família e a comunidade inevitavelmente têm de se envolver. Como veremos a seguir, a cura e/ou a convivência da pessoa portadora de uma doença da mente com outras pessoas tidas como sãs são situações que envolvem mais de uma perspectiva. E a perspectiva histórica da ‘desinstitucionalização’ do lugar reservado ao ‘louco’ é assumida culturalmente pelo MSMC.

Essa perspectiva trata de uma ruptura do modelo manicomial e também do construto cultural louco(doido)-normal. Como Foucault (2012) havia observado, o controle do corpo e da mente (por esta não estar dissociada do corpo) por parte da instituição foi se amalgamando na instituição e na cultura a ponto de se chegar a um momento da humanidade em que o louco, ou quem assim parecesse, era encerrado em um manicômio, sendo ali despido de muitas das condições individuais que asseguram a identidade humana, tais como fazer a própria higiene pessoal, usufruir de condições dignas de habitação, etc.

Assim, o processo de empoderamento que em Freire abarca a libertação não apenas de um indivíduo, mas de um povo em relação a uma dada realidade opressora se configura aqui como pressuposto da Abordagem Sistêmica Comunitária, ante a possibilidade de construção de um território de cuidado da Saúde Mental Comunitária com o envolvimento de usuários, familiares, agentes populares, cientistas e políticos. Essa reflexão é ampliada por Boff e Hathaway:

Usamos a palavra libertação para nos referirmos a esse processo de transformação. Tradicionalmente, a palavra libertação tem sido utilizada como significado de realização espiritual no nível pessoal, e como a procura de um povo de se liberar de opressões políticas, econômicas e sociais no nível coletivo. Nós subscrevemos a estes dois sentidos da palavra, mas os usamos dentro de um contexto maior, um contexto ecológico – e até mesmo cosmológico. Para nós, libertação é um processo pelo qual nós construiremos um mundo onde os seres humanos possam viver com dignidade e em harmonia com a grande comunidade da vida que constitui Gaia, a Terra vivente. Então, libertação implica reparar os terríveis danos que nós temos causado a nós mesmos e ao nosso planeta. Na profundidade do ser, libertação significa dar-se conta do potencial criativo e de participação no processo magnificador de vida na contínua evolução de Gaia (BOFF; HATHAWAY, 2012, p. 27)

Ainda nos itens 8, 9 e 10 do estatuto do MSMC relativos às suas finalidades se percebe a preocupação com a conscientização através da educação familiar e comunitária. Esse processo educativo visa qualificar protagonistas da saúde mental comunitária para serem agentes multiplicadores da prevenção às doenças e da conservação da saúde. No item 9, a meta é “promover atividades de formação e prevenção da tóxico dependência e DST” e a décima finalidade visa “estimular iniciativas de desenvolvimentos sociais com gestão participativa”. (MSMC, 1998, p. 1). Passadas duas décadas, as finalidades permanecem atuais como revela a práxis do serviço desenvolvido. A libertação da pobreza internalizada é a finalidade precípua daquele serviço em uma realidade de dor e sofrimento.

Em 2016, os serviços do MSMC dão conta de um leque de ações as quais relacionamos aqui em três eixos³²: Serviços terapêuticos e preventivos para a conservação da saúde mental; ações de fortalecimento dos determinantes sociais da saúde; e ações de autosustentabilidade. Esse último grupo de ações resgata a sétima finalidade prevista no estatuto: “buscar recursos financeiros que sirvam de suporte para a manutenção das diversas atividades deste movimento, na perspectiva de sua autossustentabilidade” (MSMC, 1998, p.1), trata portanto de uma perspectiva econômica para a própria manutenção e existência dos serviços.

No primeiro eixo, os serviços terapêuticos e preventivos para a conservação da saúde mental contemplam: a cogestão do Centro de Atenção Psicossocial Comunitário do Bom Jardim e da Residência Terapêutica da SER V; a realização de práticas de cuidados socioterapêuticos na Palhoça Circular e salas anexas, com realização de terapia comunitária, grupo de fortalecimento da autoestima, grupo de biodança, sessões de constelação familiar, arte-terapia (pintura, cartões orgânicos), sociodrama (teatro), coreografia, música, pintura³³, massoterapia, reiki e acupuntura; uma horta comunitária com o cultivo de ervas medicinais evidenciando a *Lippia alba* (erva cidreira), que é enviada ao Núcleo de Fitoterápicos do Estado do Ceará para a produção de um elixir de ação ansiolítica³⁴; formação de multiplicadores de terapias e da abordagem sistêmica comunitária.

Ainda nesse primeiro eixo se desenvolve um programa de prevenção às drogas denominado ‘Sim à Vida’, envolvendo crianças e adolescentes de 7 a 14 anos (preferencialmente) e seus familiares, em quatro distintos espaços, três em Fortaleza e um em Maracanaú. Esse programa também realiza ações quinzenais em quatro escolas públicas. A metodologia de prevenção é baseada em vivências de relaxamento, relacionamento amistoso com a Natureza, esporte e atividades de arte, música e espetáculo, com foco na elevação da autoestima e desenvolvimento das inteligências múltiplas das crianças e adolescentes, como será detalhado no capítulo seguinte.

³² Essa proposição em três eixos é uma iniciativa nossa para efeito discursivo; não corresponde com exatidão à visão estratégica do MSMC.

³³ Os serviços relacionados à arte, à música e ao espetáculo, potencializadores das inteligências múltiplas, são realizados principalmente na Casa AME do MSMC que é classificada pelo Ministério da Cultura como Ponto de Cultura e Ponto de Leitura, incluída na Política Pública de Cultura do Governo Federal.

³⁴ Ansiolítico - (inglês anxiolytic), [Farmácia], diz-se de ou substância que diminui a ansiedade = CALMANTE, .TRANQUILIZANTE. "ansiolítica", in Dicionário Priberam da Língua Portuguesa [em linha], 2008-2013, <https://www.priberam.pt/dlpo/ansiol%C3%ADtica> [consultado em 15-11-2017]

No segundo eixo, as ações de fortalecimento dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) englobam: Capacitação profissionalizante de jovens, com encaminhamento deles para o mercado de trabalho por força de legislação específica que estabelece o Programa Jovem Aprendiz, fiscalizado pelo Ministério do Trabalho e Emprego; grupo de artesãs empreendedoras denominado 'Bodega das Artes'; curso de corte e costura para adultos; e cursos de gastronomia. Essas formações promovem a empregabilidade e a geração de renda, um dos DSS. Ainda neste eixo podemos reunir o projeto 'Juventude Indígena Realizando Sonhos' que apoia jovens indígenas em formação técnica e no acesso a uma faculdade³⁵ e as formações de multiplicadores citadas no eixo um, uma vez que elas também contribuem para mitigar situações de adoecimento e favorecer soluções socioterapêuticas.

No terceiro eixo, além de convênios com prefeituras e órgãos públicos, de contratos de parceria com instituições privadas voltados para programas específicos, são desenvolvidas ações diretas de autossustentabilidade: aluguel de espaço para realização de encontros e cursos, produção de verduras e legumes, avicultura, piscicultura e produção de energia elétrica através de captação da luz solar. E ainda a construção e implementação de uma escola de gastronomia cujo projeto prevê a venda de refeições e a instalação de um restaurante. Essas saídas são configuradas como caminhos autopiéticos, ou seja, formas de manter 'vivos' os serviços que irradiam cuidados existenciais a usuários e participantes.

Esse registro atual descrito acima nos remete à fidelidade da instituição com seus propósitos originais. Ainda acerca da sua documentação estatutária, em 1998, embora de fato já tivesse dois anos de atuação no território, o recém formalizado Movimento de Saúde Mental do Bom Jardim constituía

como programas e projetos especiais, no ato da fundação do Movimento, as seguintes atividades: 1) Serviço de acolhimento e atendimento para as pessoas; 2) cursos de formação para promover a justiça e a paz; 3) grupos de terapias comunitárias no Grande Bom Jardim; 4) projeto Sim à Vida e Não às Drogas; 5) Funci: Supervisão psicólogos e projeto Agentes Jovens de Saúde; 6) grupos de resgate e desenvolvimento da autoestima (adultos e crianças); 7) equipes de abordagem corporal (massagem energética); 8)

³⁵ De 1996 a 2013, o MSMC desenvolveu um projeto de cursinho pré-vestibular que preparava jovens e adultos para disputarem as provas de vestibular e do Exame Nacional do Ensino, possibilitando o ingresso em uma faculdade. Outra modalidade de formação técnica, já desativada, foi o Telecentro, que através de parceria com a Prefeitura de Fortaleza e o Ministério das Comunicações, o MSMC qualificou centenas de adolescentes e jovens na área de informática.

grupo de biodança; 9) grupo de Teatro do Oprimido; 10) grupo de ajuda aos familiares de alcóolicos (Alanon); 11) serviço de psicoterapia individual; 12) formação de agentes de terapias comunitárias e de abordagem sistêmica a famílias em situação de risco, prevenção às drogas e DST; 13) parceria com a Universidade Federal do Ceará (Projeto de Extensão Sim à Vida, Não às Drogas); Hospital Psiquiátrico de Messejana (estagiários/as Residência de Psiquiatria), IPRED, (projeto Teia de Resgate à Vida; Gapa (prevenção DST/AIDS); Unifor (estagiários/as); UNIPAZ (estagiários/as); Associação Curumins (curso de formação e supervisão); Projeto Mãe da Vida, Barra do Ceará (assessoria); Centro de Aprendizagem do Bom Jardim (apoio); Área Pastoral do Bom Jardim (assessoria). [enumeração nossa] (MSMC, 1998, p.2).

Guardadas as atualizações, avanços e alguns serviços já superados, após 21 anos de existência, o MSMC vem avançando na construção de um território de atenção à saúde mental, pensando o conceito de saúde como a conquista do equilíbrio biopsicossocioespíritual da pessoa, sem prescindir sua conexão com a família, a comunidade e a Natureza, mantendo-se conectado e atuante na conjuntura sociopolítica em que está inserido.

No acolhimento dos novos usuários desse sistema, envolvendo seus familiares e membros da comunidade, o MSMC responde à lacuna sociocultural dessa política no território local. Desta forma, o Movimento contribui para a configuração de um território que acolhe o sujeito que padece de algum transtorno mental, não importando a gradação mórbida, mas o reconhecimento como cidadão pleno de direitos, autônomo e corresponsável pelo desenvolvimento familiar e comunitário.

A partir de 2016, o MSMC foi mapeado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) como uma organização da sociedade civil³⁶ realizadora de ação de política pública. A participação do MSMC em convênios e contratos em que a administração pública repassa recursos para a realização de políticas públicas pode ser descrito em ações compartilhadas através de convênios com secretarias das prefeituras de Fortaleza e Maracanaú, em contrato licitatório com a Prefeitura de Cruz, em convênios com a Secretaria de Cultura do Governo do Estado e com a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas do Ministério da Justiça (Senad) para a realização de serviços vinculados às suas finalidades estatutárias.

Ressalte-se que o serviço de atenção psicossocial do MSMC é precursor na Regional V de Fortaleza, ao passo que no ano de 1998 surgia ainda o primeiro

³⁶ Em 2016, o IPEA mapeou 323 mil organizações da sociedade civil com cadastro no SICONV - Convênios e Contratos de Repasse da Administração Pública Federal, que participam da efetivação de política(s) pública(s). Acesso em 07/abril/2016. <<https://mapaosc.ipea.gov.br/>>

CAPS em Fortaleza, no bairro Rodolfo Teófilo, vinculado ao campus de medicina da Universidade Federal do Ceará. Naquele mesmo ano, o Grande Bom Jardim só dispunha dos serviços de acolhimento a pessoas com problemas psiquiátricos realizados pelo MSMC e da atenção básica oferecida nos postos de saúde da Regional V.

Conforme descrito acima, as ações do MSMC não só já acolhiam as pessoas com estresse e outros transtornos em ações terapêuticas e sócio inclusivas, envolvendo crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos; como também o MSMC já formava terapeutas, envolvia as famílias e a comunidade em um novo paradigma da saúde, a abordagem sistêmica. O MSMC também já contribuía para otimizar os determinantes sociais da saúde à medida que reunia também a prevenção às drogas, a formação em teatro do oprimido, a promoção de uma cultura de paz, a educação diferenciada de multiplicadores das terapias e a preparação de jovens e adultos para o ingresso nas faculdades e universidades.

Também verificamos que a atenção psicossocial e o favorecimento da inclusão socioeconômica desenvolvida nas ações do MSMC faz parte da mobilização política que contribui para a dimensão territorial da saúde mental. Junto a tais condições, percebemos uma realidade de exclusão como descrito nos tópicos 'vida nua' e 'o missionário e o território empobrecido'. Na periferia das metrópoles latino-americanas se descortinam transtornos gerados, principalmente pela pobreza extrema e pela quebra de vínculos tradicionais, a exemplo do Brasil e da Bolívia onde o MSMC tem atuação.

A pressão política exercida pelo Movimento Saúde Mental Comunitária junto à Prefeitura de Fortaleza, em um processo de *advocacy* em que foi evidenciado o avanço do processo socioterapêutico na região do Grande Bom Jardim, possibilitou a vinda de um CAPS Geral tipo II³⁷ para o bairro. Assim, foi

³⁷ Conforme Portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, do Ministério da Saúde, os Centros de Atenção Psicossocial podem ser categorizados por porte e clientela, recebendo as denominações de CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad. CAPS I – para municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, funcionando de 08 às 18 h, nos cinco dias úteis da semana, com equipe técnica mínima para atendimento de 20 pacientes por turno, tendo como limite máximo 30 (trinta) pacientes/dia, um médico com formação em saúde mental; um enfermeiro; três profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico. Quatro profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. CAPS II – para municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, mesmo horário de funcionamento do CAPS I, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21 h.

implementado em 2005, o CAPS Comunitário do Bom Jardim. Ali tinha início um processo de cogestão de Centro de Atenção Psicossocial entre a Prefeitura e a organização não governamental sem fins lucrativos MSMC, uma experiência única no Brasil. Também inovadora por integrar à política governamental um sistema socioterapêutico voltado para a saúde mental da comunidade já em funcionamento há nove anos. Esse foi um marco de referência para a efetivação do território de cuidado da Saúde Mental.

A partir de então, os habitantes da Regional V de Fortaleza em situação de adoecimento psicológico ou psiquiátrico se dirigem àquele equipamento para obter os necessários cuidados. Embora a portaria Portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, do Ministério da Saúde, estabeleça um CAPS II para regiões com 70 a 200 mil habitantes, no caso do CAPS II Comunitário do Bom Jardim a população da SERV é de 570 mil habitantes (IBGE 2015). Portanto, ainda há uma sobrecarga de demanda sobre o que é legalmente previsto.

Outra referência positiva para o território do cuidado da saúde mental no Grande Bom Jardim foi a instalação do Serviço de Residência Terapêutica (SRT) no ano de 2011, também por pressão política do Movimento Saúde Mental Comunitária. Atualmente existe três SRTs em Fortaleza, acolhendo 30 usuários advindos de hospitais psiquiátricos sem nenhum vínculo com suas famílias de origem. O SRT do Bom Jardim acolhe 10 pessoas que padecem de transtornos mentais crônicos.

No caso do SRT do Bom Jardim, os usuários vivenciam a Abordagem Sistêmica Comunitária que os envolve em grupos de autoestima, em arte-terapia, no contato com plantas na horta comunitária, na relação com animais domésticos no CAPS Comunitário e na própria Residência Terapêutica.

A imersão desses usuários em processos socioterapêuticos e em atividades como celebrações religiosas ou no bloco carnavalesco constituído por usuários do CAPS, amigos e familiares resulta em um acelerado processo de

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS II, para o atendimento de 30 (trinta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia, em regime intensivo, será composta por: um médico psiquiatra; um enfermeiro com formação em saúde mental; quatro profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico. Seis profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. As demais tipologias podem ser vistas na portaria citada acima, disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html>, acesso em 10/dez.2016.

integração social que contribui para a desinstitucionalização, uma vez que são pessoas que até pouco tempo estavam confinadas em um hospital psiquiátrico.

2.7 DESCONSTRUINDO O PARADIGMA DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA

As entrevistas, a pesquisa documental e as observações de campo nos permitiram perceber os caminhos elaborados e implementados pelo MSMC em busca da consecução de um estado de bem estar físico, mental, social e espiritual para seus usuários, para além do que se enquadra na definição de saúde da OMS³⁸. Os serviços de cuidados terapêuticos e a forma de acolher os usuários da saúde mental por parte do MSMC estão em consonância com a reforma psiquiátrica e com a 'desinstitucionalização' desses cuidados.

A reforma psiquiátrica, entre outros aspectos, visa desmontar o modelo de internação hospitalar e criar espaços de atendimento que priorizem a permanência do usuário junto à família, prevendo, excepcionalmente, situações de breve internação, diferente do modelo de confinamento psiquiátrico tradicional. Para os casos de cuidados de pessoas em tratamento de doenças mentais crônicas que perderam quaisquer vínculos familiares, são implementados os serviços de residência terapêutica. Nesses serviços, os usuários são hospedados em uma casa e assistidos 24 horas por dia, constituindo um modelo familiar alternativo.

Ao envolver usuários da saúde mental, familiares e comunidade, pratica-se a boa convivência entre os diferentes. Dessa forma, a pessoa acometida por uma doença mental é percebida e aceita como alguém que tem um problema de saúde que afeta o comportamento, como outras doenças de outras etiologias afetam igualmente hábitos e causam limitações. Nesse novo paradigma não há lugar para a figura do louco, doido ou anormal. Destarte, se gera a concepção de uma sociabilidade construída com a integração dos usuários do sistema de atenção psicossocial com os não usuários, proporcionando a construção de hábitos

³⁸ "Questiona-se a atual definição de saúde da Organização Mundial da Saúde: 'situação de perfeito bem-estar físico, mental e social' da pessoa, considerada ultrapassada, primeiramente, por visar a uma perfeição inatingível, atentando-se as próprias características da personalidade (...) Discute-se a validade da distinção entre soma, psique e sociedade, esposando o conceito de homem 'integrado', e registrando situações em que a interação entre os três aspectos citados é absolutamente cristalina". (SEGRE, 1997, p.538) Segre sugere a inclusão do subjetivismo, o que possibilita acrescer o aspecto espiritual inerente a experiência particular de cada indivíduo no âmbito da definição de saúde.

comunitários propícios ao progresso daqueles em terapia. As terapias e práticas de cuidado da metodologia do MSMC estimulam, indistintamente, as pessoas a buscarem o equilíbrio biopsicossocioespiritual (BONVINI, 2013).

Percebemos que os serviços socioterapêuticos do MSMC, voltados para o cuidado da saúde mental, são consonantes e fortalecem o avanço do movimento pela desinstitucionalização da saúde mental no Brasil, inspirado no modelo de Basaglia, implementado na Itália a partir dos anos sessenta do século XX. Esse tipo de cuidado, neste século, vai ser incluído na legislação que trata da Saúde Mental no Brasil, como descrevemos adiante.

Da prática psiquiátrica tradicional à reforma psiquiátrica há uma trajetória que perpassa períodos em que o tratamento à pessoa acometida por doença mental envolvia confinamentos, intervenções cirúrgicas mutiladoras e eletrochoques; até alcançar o resgate de direitos humanos e a humanização dos cuidados terapêuticos, reunindo, além dos profissionais da saúde, a família e a comunidade.

No Brasil, depois de fragmentadas ações públicas, a saúde mental obteve o status de política pública após a criação do SUS - que foi amparado pela Constituição de 1988 - e por uma crescente pressão da sociedade, iniciada ainda na década de 70, período da ditadura militar. Os grupos de pressão, decisores³⁹ e legisladores se debruçaram sobre os caminhos da desinstitucionalização dos serviços voltados para as morbidades.

A desinstitucionalização trabalha o rompimento do modelo de cuidado que segrega e leva a pessoa acometida por doença mental ao isolamento manicomial ou ao confinamento hospitalar, que resulta na perda de referências sociais e no recrudescimento da doença, uma vez que a autoestima e a dignidade são diminuídas. A institucionalização põe o indivíduo desnudo, rompe seus hábitos pessoais íntimos, dela resulta um indivíduo coisa, embrutecido pelo controle de seu corpo e pelo isolamento imposto pela instituição.

As mudanças em andamento resultam de um processo histórico complexo, envolvendo paciente, família, profissionais e trabalhadores da saúde,

³⁹ Os decisores – governos- e legisladores que institucionalizam a política recebem pressão da sociedade e de profissionais da saúde em favor da reforma psiquiátrica. No final dos anos 1970, Franco Basaglia esteve no Brasil acompanhando denúncias graves contra manicômios. “Em Barbacena, Basaglia comparou a colônia de alienados a um campo de concentração, reforçando nossas denúncias de maus-tratos e violência” contra doentes mentais (AMARANTE, 2006, online).

estrutura física de atendimento, recursos orçamentários. As alterações nesse campo vão da desmobilização da segregação ao resgate da humanização.

Em um tempo em que avança o modelo de cuidado humanizado e integrativo, a realidade brasileira acompanha a escalada do adoecimento mental em nível mundial em que a estatística da OMS aponta para 10% da humanidade acometidos por doenças da mente. Estresse, ansiedade e depressão são desenvolvidos principalmente em sociedades em que predomina o consumo e a desenfreada busca por acúmulo de bens materiais e negação do ritmo estabelecido para a vida pela natureza.

A Natureza se vai convertendo em uma realidade destoante à medida que a cultura antropocêntrica e capitalista favorece a exploração descontrolada dos recursos naturais, exaurindo reservas hídricas, minerais, vegetais e animais, pondo em desequilíbrio o planeta. Terra desequilibrada; humano doente! E ainda, nas últimas décadas, se tem revelado a crescente economia paralela do tráfico de drogas, cujo consumidor final amplia as estatísticas da morbidade mental a partir da dependência a que se submete; dependência física, psíquica e econômica, em muitos casos.

Com a garantia de direitos assegurada pela nova Constituição Federal, o Brasil criou o Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990, com atendimento universalizado. O SUS possibilita a inserção da reforma psiquiátrica nesse processo, perseguida desde os anos 1960 pelo Movimento Antimanicomial.

A política de saúde mental está vinculada à reforma psiquiátrica brasileira de 2001 que estabelece a construção de uma rede de cuidados em substituição ao modelo hospitalocêntrico. A lei 10.216/01 “dispõe sobre a proteção das pessoas acometidas de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001, p.1). O novo modelo procura responder a questões de natureza conceitual, técnica, cultural e política. O desafio de fundo é “alterar o lugar e o entendimento da loucura na sociedade” (HEIDRICH, 2007, p.9).

A política pública de saúde mental no Brasil recebeu influência da experiência de desinstitucionalização desenvolvida pelo psiquiatra Franco Basaglia na Itália. Durante a década de setenta do século XX, Basaglia e sua equipe desmontaram o hospital de Trieste, encaminhando os usuários para serviços de atenção básica criados naquela cidade. A experiência de Trieste repercutiu naquele

país, especialmente através da ação do Movimento da Psiquiatria Democrática. A pressão social levou o parlamento italiano a aprovar a Lei 180 (Lei Basaglia), em 1978, que extinguiu os manicômios na Itália.

Basaglia, além de ter fundado o Movimento da Psiquiatria Democrática,

liderou as mais importantes experiências de superação do modelo asilar-manicomial em Gorizia e Trieste [Itália]. Ele foi o primeiro a colocar em prática a extinção dos manicômios, criando uma nova rede de serviços e estratégias para lidar com as pessoas em sofrimento mental e cuidar delas. O caráter revolucionário dessa nova forma de cuidado estava expresso não apenas pelos novos serviços que substituíam os manicômios, mas pelos mais variados dispositivos de caráter social e cultural, que incluíam cooperativas de trabalho, ateliês de arte, centros de cultura e lazer, oficinas de geração de renda, residências assistidas, entre outros (AMARANTE, 2006, p. 5).

Com a vinda de Basaglia⁴⁰ ao Brasil em 1978 e 1979, a imprensa deu maior atenção a denúncias de maus-tratos contra pacientes psiquiátricos no Brasil e repercutiu a novidade do modelo de atenção psicossocial desenvolvido por aquele psiquiatra na Itália. Em 1989, ocorreu uma série de mortes numa clínica psiquiátrica particular em Santos, São Paulo, seguida de intervenção municipal e implantação de um “trabalho revolucionário semelhante àquele de Franco Basaglia na Itália” (AMARANTE, 2006, p.5). Em substituição à clínica, “foram implantadas novas maneiras de lidar com pessoas em sofrimento psíquico, como os núcleos de atenção psicossocial (NAPS), abertos 24 horas, sete dias por semana” (AMARANTE, 1998, p.78).

Um processo de inclusão social e interação comunitária também foi desenvolvido com a criação de oficinas “para geração de renda dos ex-internos, além de cooperativas de trabalho e de diversos projetos culturais de inserção social, entre os quais merece destaque a Rádio e a TV Tam Tam”(AMARANTE, 1998, p.92).

Em 1987 é inaugurado o CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira, o primeiro a ser implementado no Brasil. E no Ceará, o primeiro CAPS foi implementado em novembro de 1991, na cidade de Iguatu (SANTOS, 1997). A partir daí, surgem mais 20 CAPS. Eram as primeiras experiências de serviços substitutivos ao modelo de internação hospitalar, direcionados à reabilitação psicossocial, criadas

⁴⁰ O psiquiatra Basaglia, ao assumir a gestão do Hospital Psiquiátrico Regional de Trieste, em 1971, acabou com as medidas institucionais de repressão, criou condições para reuniões entre médicos e pacientes e devolveu ao doente mental a dignidade de cidadão. Seu livro “A Instituição Negada” é considerado uma obra-prima da Psiquiatria contemporânea.

mediante a pressão de familiares de usuários, profissionais de saúde e lideranças políticas.

Uma política é dinâmica, não tem exatamente começo, meio e fim, se vai construindo na medida de sua práxis, com conseqüente teorização e legislação a lhe dar suporte. De acordo com Souza (2003, p.4) citando Easton (1965), a política é “como um sistema, ou seja, como uma relação entre formulação, resultados e o ambiente”. Para Easton, “as políticas públicas recebem *inputs* dos partidos, da mídia e dos grupos de interesse, que influenciam seus resultados e efeitos” (SOUZA, 2003, p.4). Ou seja, em seu percurso de efetivação a política recebe interferências que podem contribuir para seu sucesso ou estagnação.

Defendendo a proteção de direitos e o rompimento com a prática psiquiátrica tradicional (que inclui confinamento e eletrochoque para pacientes, conforme morbidade mental específica), profissionais da saúde e agentes políticos vêm travando um eficiente combate para a superação de tal prática terapêutica a partir da implementação da rede de atenção psicossocial multidisciplinar, com garantia de liberdade para o usuário e seu retorno ao núcleo familiar. Essa dinâmica tem revelado que não basta legislação e projetos governamentais, posto que a pressão sociopolítica e a criação de movimentos nas comunidades assistidas preenche lacunas existentes na política nacional.

Esse modelo aponta para uma mudança de paradigma, deixando para trás o estigma da loucura para posicionar transtornos e distúrbios da mente como doenças tratáveis e não segregativas. De acordo com Rosângela Elias,

A transformação do modelo de atenção em saúde mental fomentado pela política vigente chama a transformar paradigmas que envolvem culturas, crenças e preconceitos que nos remetem à história da saúde mental no País. Esse enfrentamento se dá no cotidiano das equipes com a rede, na construção da intersetorialidade, nos tensionamentos provocados pela judicialização da saúde mental e no manejo de situações de crise, como vemos atualmente na questão do consumo de crack e de outras drogas (In MATEUS, 2013, p.16).

A política de Saúde Mental no Brasil contempla: atendimento médico e psicossocial multidisciplinar; judicialização do processo visando a garantia e conservação de direitos humanos; extinção de leitos hospitalares com segregação de liberdade; retorno de pacientes às respectivas famílias ou inserção deles em espaços que seguem modelo familiar, ou enfermarias de saúde mental em hospitais

gerais; acompanhamento direto na Rede de Atenção Básica e nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) com o destacado papel da família e da comunidade no processo.

Conforme Mateus (2013, p.39), “o sistema baseia-se hoje numa ênfase às ações no âmbito do CAPS, havendo uma mudança de um sistema hospitalocêntrico para um modelo de enfoque comunitário.” A política de saúde mental tem como questão-chave o funcionamento da

Rede de Atenção Psicossocial [que] pressupõe a atenção integral, dinâmica, estruturada a partir da Atenção Básica e articulada nos diferentes níveis de cuidado [do] SUS, e ao mesmo tempo deve ter direcionamento para a rede intersetorial, oferecendo suporte às ações desenvolvidas no território, na busca da autonomia dos indivíduos, da integralidade da atenção e da inserção social (Elias in MATEUS, 2013, p. 16).

Em Fortaleza, entre as resposta simbólicas concretas ao fenômeno de desinstitucionalização da loucura em sua forma tradicional (confinamento domiciliar ou hospitalar), suplantando a expressão de que ‘lugar doido é no asilo’, está a participação de usuários da Saúde Mental junto a familiares, cuidadores e amigos no bloco carnavalesco ‘Doido é Tu’, cuja agremiação em 2017 completou 11 anos de existência, com efetiva participação no Carnaval oficial de Fortaleza, já tendo conquistado quatro títulos de bloco campeão. Trata-se de um movimento de integração social, organizado pela Fundação Silvestre Gomes, que mobiliza a Rede de Atenção Psicossocial de Fortaleza, tendo o MSMC como integrante, especialmente com a participação de amigos, familiares, usuários e profissionais do CAPS Comunitário do Bom Jardim e dos serviços de cuidados socioterapêuticos.

2.8 INOVAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

Os serviços desenvolvidos pelo MSMC, em Fortaleza, envolvendo práticas de cuidados socioterapêuticos, cogestão de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) geral, uma Residência Terapêutica⁴¹; ação de prevenção às

⁴¹ Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), também conhecidos como Residências Terapêuticas, são casas, locais de moradia, destinadas a pessoas com transtornos mentais que permaneceram em longas internações psiquiátricas e impossibilitadas de retornar às suas famílias de origem. As Residências Terapêuticas foram instituídas pela Portaria/GM nº 106 de fevereiro de 2000 e são parte integrante da Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde. Esses dispositivos, inseridos no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS, são centrais no processo de desinstitucionalização e reinserção social dos egressos dos hospitais psiquiátricos. Tais casas são

drogas, ações de inclusão socioeconômicas, ações de farmácia viva e fitoterapia, entre outros aspectos, põem em prática o paradigma descrito acima, inclusive inovando.

As pessoas que experimentam sofrimentos mentais que ocorrem ao Movimento são acolhidas e envolvidas em práticas de cuidados existenciais e integrativos. Para esse acolhimento, o Movimento dispõe de uma estrutura arquitetônica que reúne casas, jardins, hortas, espaços de convivência e de atendimento distribuídos em bairros de Fortaleza e Maracanaú. São espaços dedicados à prática de manifestações artísticas, musicais e teatrais; à profissionalização; a ações com crianças e adolescentes visando a prevenção às drogas; à horticultura com fins fitoterapêuticos; e à formação multidisciplinar em terapias, que incluem vivências de cuidados existenciais que integram a Abordagem Sistêmica Comunitária. Os serviços promovem acolhimento individual e grupal e podem ser itinerantes, não se restringindo aos espaços disponíveis na instituição.

O sistema socioterapêutico desenvolvido pelo MSMC se insere formalmente na Política de Saúde Mental de Fortaleza. Suas ações integram a rede de atenção psicossocial substitutiva da atenção psiquiátrica tradicional e são desenvolvidas através de um método próprio que aglutina saberes tradicionais, científicos e milenares numa visão holística e integradora.

Além de Fortaleza, parte dessas ações também ocorrem em Maracanaú, noutros municípios do Ceará, e também em regiões da Bolívia (a partir de formação de multiplicadores realizada naquele país pelo MSMC e Universidade Estadual do Ceará, com apoio da CBM Internacional e da Universidade Salesiana de Bolívia).

Em julho de 2008, a ASC foi apresentada em Washington (EUA), na reunião da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)⁴² por seu idealizador, o psiquiatra Rino Bonvini. De acordo com Bonvini “a Organização Panamericana da Saúde acha que este modelo é adaptado para se espalhar na América Latina toda”, por “trabalhar a partir da comunidade” (BONVINI, 2009). Esse mesmo ponto de vista

mantidas com recursos financeiros anteriormente destinados aos leitos psiquiátricos. Assim, para cada morador de hospital psiquiátrico transferido para a residência terapêutica, um igual número de leitos psiquiátricos deve ser descredenciado do SUS e os recursos financeiros que os mantinham devem ser realocados para os fundos financeiros do estado ou do município para fins de manutenção dos STR. Em todo o território nacional existem mais de 470 residências terapêuticas. Fonte: <http://www.ccms.saude.gov.br/VPC/residencias.html>. Acesso:07/fev.2016

⁴²Movimento recebe a visita de representante da Organização Pan-Americana de Saúde. Notícia no site do MSMC. <<http://www.msmbj.org.br/sn/noticias/movimento-recebe-a-visita-de-representante-da-organizacao-pan-americana-de-saude>>, acesso em 12/12/2013.

foi expresso por Carmen Valle, doutora em psicologia social, responsável por ações de Saúde Mental da CBM Internacional. Em 2016, ao observar *in loco* e participar durante alguns dias de atividades de prevenção a dependências químicas e de práticas interativas de cuidado com enfoque socioterapêutico, Valle:

Dijo que se puede percibir el potencial de trabajo del MSMC al convivir con los niños, niñas y adolescentes del Proyecto Sí a la Vida, de prevención de drogas apoyado por la CBM. También destacó el estado de equilibrio y el sentimiento positivo de los jóvenes acogidos por el proyecto Joven Aprendiz del MSMC, que los prepara y encamina para el mercado del trabajo. Durante la visita al Centro de Atención Psicosocial Comunitario que es integrado a la Palloza Comunitaria, que ofrece diversas prácticas de cuidado, Carmen pudo comprobar que en el barrio de Bom Jardim, la salud mental es preventiva y terapéutica, desarrollada a partir de la comunidad. Después de visitar y convivir con personas con trastornos mentales en la Residencia Terapéutica, Carmen indicó: “este modelo de acompañamiento de personas que estaban confinadas a hospitales psiquiátricos es el camino más apropiado para cuidar de ellas, si no existe la posibilidad que ellas puedan volver a vivir en su propia familia”. También señaló que este modelo necesita ser compartido en otros países que todavía trabajan en un modelo médico o psiquiatría tradicional. Después de visitar y convivir con personas con trastornos mentales en la Residencia Terapéutica, Carmen indicó: “este modelo de acompañamiento de personas que estaban confinadas a hospitales psiquiátricos es el camino más apropiado para cuidar de ellas, si no existe la posibilidad que ellas puedan volver a vivir en su propia familia”. También señaló que este modelo necesita ser compartido en otros países que todavía trabajan en un modelo médico o psiquiatría tradicional (MSMC, 2016, Internet).

O jornal Diário do Nordeste, através de notícia veiculada no dia 1 de novembro de 2016, descreve a fala de uma especialista contratada pela União Europeia para avaliar o andamento de um projeto de prevenção às drogas, desenvolvido pelo MSMC, com recursos da CBM Internacional e da União Europeia. Na declaração ao jornal, a especialista em Monitoramento Orientado por Resultados (ROM) dá indicação semelhante àquelas duas citadas acima, embora o enfoque seja um dos serviços do MSMC:

O projeto de prevenção às drogas "Sim à Vida", realizado pelo Movimento de Saúde Mental Comunitária do Bom Jardim, com 317 crianças e adolescentes de áreas vulneráveis de Fortaleza e da Região Metropolitana foi avaliado como "extremamente positivo" pela técnica especialista em monitoramento, Juliana Garcia Salinero, enviada pela União Europeia (U.E.) ao Ceará. A técnica passou a última semana na Capital e concluiu ontem o relatório. A recomendação, que será enviada por ela à U.E. - financiadora da iniciativa cearense -, é de replicação do projeto em países como Equador e Bolívia (NASCIMENTO, 2016, internet).

Ainda em 2009, conforme descrito na introdução desta dissertação, a Abordagem Sistêmica Comunitária foi reconhecida e incluída no Banco de

Tecnologias Sociais da Fundação Banco do Brasil⁴³. Também verificamos que em janeiro de 2013, o MSMC foi escolhido para apresentar para professores da Harvard School of Public Health e pós-graduandos de mestrado e doutorado daquela Universidade⁴⁴ a experiência desenvolvida no Bom Jardim, o que reforça o interesse internacional por tal experiência de saúde mental comunitária.

Verificamos também que artigos científicos resultantes de pesquisas realizadas com usuários do serviço socioterapêutico do MSMC destacam a inovação em Saúde Mental ali desenvolvida. Bosi *et al* (2011, p.1231) conferem as peculiaridades do serviço do MSMC na seguinte perspectiva:

A dimensão ético-política compreende a necessidade de delimitar concepções de saúde mental que englobem práticas transformadoras da realidade social, incorporando uma grupalidade pautada na circularidade do cuidado, criatividade e consciência social. (...) [O estudo ainda revela que a] dimensão ecológica designa conectividade na acepção de uma reconexão com suas raízes sociais e históricas e com o sagrado, favorecendo processos que superem a alienação e facilitem o desenvolvimento do fortalecimento pessoal e coletivo (BOSI *et al*, 2011, p.1231).

O cuidado, na saúde mental, se caracteriza por relações interpessoais respeitadas em que prevalece o acolhimento da alteridade com afeto e respeito “e menos pela anulação da diferença e mera aplicação de técnicas” (BOSI *et al*, 2011, p. 1234). Essa perspectiva volta-se para o interesse em cuidar da pessoa em situação de sofrimento mental ou adoecimento, ao invés do modelo tradicional voltado para a atenção à doença em si. A postura técnica voltada para a mera eliminação dos sintomas dá lugar a indução de condições para a consecução da saúde e da convivência social não segregativa.

Em outro artigo, elaborado com base em estudo de campo, como o descrito acima, as mesmas autoras descreveram o serviço socioterapêutico do Movimento Saúde Mental Comunitária em seu aspecto inovador, atendendo à conceituação de

inovação fundamentalmente como processo; um movimento de mudança que potencializa novos modos de interação, saberes e práticas, promotor de desalojamentos e, conseqüentemente, de necessários tensionamentos. Enquanto movimento, sua marca é de experimentação, no sentido de

⁴³ “Certificamos que Abordagem Sistêmica Comunitária, implementado pelo Movimento de Saúde Mental Comunitária do Bom Jardim, é uma Tecnologia Social efetiva: soluciona o problema a que se propôs resolver, tem resultados comprovados e é reaplicável. Essa tecnologia passa a fazer parte do Banco de Tecnologias Sociais, localizado no site www.fundacaobancodobrasil.org.br”. Disponível em <<http://www.msmbj.org.br/quem-somos/reconhecimento-publico/>>. Acesso: 14.jan.2017.

⁴⁴Alunos de Harvard visitam projetos cearenses de saúde. Jornal O Povo, 14/01/2013.

criação, de desconstrução e, sobretudo, de produção de novos modos de cuidado na saúde mental que impliquem novas formas de cidadania (BOSI *et al*, 2012, p. 645).

Essas novas formas de cidadania são verificadas nas “práticas de cuidado do Movimento” cujas práticas, de acordo com as pesquisadoras, estão “comprometidas com o processo de transformação pessoal e coletivo”, visando “o estímulo da autonomia e do empoderamento das pessoas e dos grupos na busca da transformação da realidade local” (BOSI *et al*, 2012, p. 649).

O trabalho científico cujos aspectos descrevemos acima, realizado por pesquisadoras da Medicina e da Psicologia⁴⁵, ratifica na perspectiva acadêmica o reconhecimento feito pela Fundação Banco do Brasil que classificou a Abordagem Sistêmica Comunitária como efetiva, eficaz e replicável em outros territórios (FUNDAÇÃO BANCO DO BRASIL, 2014).

O posicionamento científico descrito acima corrobora para a verificação da efetividade da Abordagem Sistêmica Comunitária, consubstanciados pelo recorte descritivo que fizemos no percurso deste capítulo sobre o contexto socio-histórico da experiência do MSMC.

No Capítulo 4 aprofundamos aspectos da efetividade dessa socioterapia de múltiplo impacto - preventiva, terapêutica e inclusiva -, a partir de relatos de usuários dos serviços e do diálogo teórico com as categorias conscientização, empoderamento e conectividade, desenvolvidas por Paulo Freire. No capítulo seguinte, procuramos descrever de forma sucinta os aspectos conceituais aplicados à Abordagem Sistêmica Comunitária.

⁴⁵ A pesquisa foi realizada por Maria Lúcia Magalhães Bosi e Maria Gabriela Curubeto Godoy, do Laboratório de Avaliação e Pesquisa Qualitativa em Saúde, Faculdade de Medicina, Departamento de Saúde Comunitária, Universidade Federal do Ceará; Liliâne Brandão Carvalho e Anna Karynne da Silva Melo, do Centro de Ciências Humanas, Universidade de Fortaleza; e Veronica Morais Ximenes, do Departamento de Psicologia, Centro de Humanidades, Universidade Federal do Ceará.

3 ASPECTOS PRÁTICOS E CONCEITUAIS DA ABORDAGEM SISTÊMICA COMUNITÁRIA

Em nosso estudo exploratório foi possível identificar que os serviços do MSMC são realizados envolvendo a indução de processos terapêuticos, cognitivos e de inclusão socioeconômica. A esse processo os coordenadores do MSMC e seu presidente denominam de Abordagem Sistêmica Comunitária. Trata-se de uma metodologia, desenvolvida a partir de um paradigma sistêmico que procura identificar os problemas através de suas múltiplas causas e da mesma forma induz suas soluções reunindo distintas e continuadas respostas terapêuticas, comunicacionais, inclusivas, etc.

As tais respostas trabalham novas perspectivas para a vida daquele que se conecta à essa abordagem⁴⁶, estimulam a aquisição de novos saberes, a mudança de hábitos, e procuram esclarecer que a comunidade é um sistema vivo, sujeito a constantes mudanças. Como um sistema, pessoas, famílias, instituições, através de suas ações cotidianas produzem a dinâmica vital de tal sistema. O MSMC buscou em Maturana e Varela o principal suporte teórico para sintetizar o fenômeno das respostas sistemáticas da comunidade para se manter viva e evoluir; manter-se atuante e possibilitar aos seus membros a construção de vida digna com vitalidade biopsicossocioespiritual⁴⁷, denominando este fenômeno de autopoiese comunitária, em consonância com o pensamento dos autores acima.

3.1 PALHOÇA – A PORTA DE ENTRADA

Ao visualizar o viçoso pé de eucalipto ao lado da palhoça circular do Movimento Saúde Mental Comunitária, no Bom Jardim, em Fortaleza, Ceará, refletimos com usuários, em encontros de pesquisa participante, a trajetória desse

⁴⁶ A abordagem sistêmica comunitária é uma forma de aproximação e cuidado que considera a pessoa como um todo: corpo, mente, emoção, sociabilidade e fé; é comunitária, pois estimula o sentimento de pertença do participante a uma comunidade, numa relação de corresponsabilidade consigo e com os outros; é libertadora, pois ajuda a liberar a pessoa de suas amarras interiores, ajudando a ativar as potencialidades pessoais e comunitárias como o protagonismo da cultura e a cidadania.

⁴⁷ Essa vitalidade é satisfatória na medida em que a pessoa consegue a homeostase (equilíbrio) da sanidade do corpo, da mente, da vida social e da relação com o que lhe é assimilado como transcendente. Para além da definição de saúde baseada no bem estar biopsicossocial, estabelecida pela OMS, o MSMC insere e trabalha em profundidade a dimensão espiritual.

serviço socioterapêutico. A palhoça é uma imagem-símbolo a repercutir para a comunidade e para o mundo aquele serviço de acolhimento, escuta, fortalecimento da autoestima e despertar para potenciais adormecidos.

Ali é a principal 'porta de entrada' da Abordagem Sistêmica Comunitária. Naquele palco da vida, terapeutas ajudam a desvelar dons adormecidos de muitos homens e mulheres; crianças adolescentes, jovens adultos e idosos. Ali, para além das terapias, grupos da comunidade realizam reuniões, ensaios teatrais e musicais; encontros de preparação do bloco carnavalesco 'Doido é tu'; frequentemente, visitantes locais, nacionais e internacionais adentram também à palhoça para conhecer 'a porta de entrada' do Movimento.

O Eucalipto, planta medicinal que cuida de problemas respiratórios, entre outros, foi plantado no jardim para compartilhar suas folhas e seus cheiros com os primeiros usuários do Movimento. A muda foi transplantada em 1996 como marco do início dos trabalhos voluntários de terapia comunitária. A partir de então foi cuidada. Cresceu, fez-se árvore adulta como a testemunhar silenciosamente a transformação e a preservação de milhares de vidas que por ali têm passado.

São pessoas descobertas, redescobertas, instigadas por sonhos e possibilidades na medida em que dissipam seus traumas, perseguições e dores. Há casos de superação da ideia fixa de suicídio, outros de superação das dependências, outros aprenderam a conviver com as diferenças impostas por um distúrbio mental crônico.

Os que ali chegam são estimulados a preencher alguma lacuna existencial com um sonho novo construído, melhorado ou reconstruído a cada dia. Embora haja uns que estagnaram, a maioria progrediu teimosamente contra as mazelas cotidianas em um processo autopoietico, como descreveremos a seguir.

Na visão sistêmica, adotada pelo MSMC, cada ato, cada conexão, cada comunicação tem um sentido. Uma mulher, terapeuta da primeira turma de terapeutas comunitárias, teve a inspiração de plantar o eucalipto para referendar a natureza e seu cuidado com as pessoas. Semeava-se ali algo que viria ao largo da história do MSMC materializar-se como o fenômeno da 'ecofilia' – a relação de amizade com a natureza.

Na sequência dos anos, aquela árvore ganhou novo sentido à medida que o serviço incluiu em sua terapêutica a relação de amizade do humano com vegetais,

animais, minerais e elementos invisíveis, compartilhando substâncias e energias para fazer florescer a vida em sua plenitude, a atitude 'ecofílica', verificada em exposições epistêmicas durante reuniões das coordenações de programas e projetos do MSMC. Essa relação em que o humano desce do pedestal ecológico, por ele mesmo criado, para compartilhar a vida com a natureza é chamada de ecofilia e será melhor conceituada adiante quando descrevermos os fundamentos da Abordagem Sistêmica Comunitária.

Trabalhar de forma intensa uma autopoiese da comunidade é uma perspectiva do MSMC. Para compreender esse fenômeno do ponto de vista teórico e prático descrevermos, a seguir, os principais conceitos desenvolvidos empiricamente no MSMC.

3.2 A PARTILHA DA GRATUIDADE

Em seus nove distintos espaços próprios⁴⁸, o MSMC desenvolve seus serviços numa dinâmica de envolvimento comunitário e inclusão social. A metodologia é de múltiplo impacto por procurar abarcar a complexidade da saúde humana em suas quatro dimensões fundamentais: biológica, psicológica, social e espiritual.

O método, considerado uma tecnologia social de prevenção e cura, induz as pessoas a buscarem a homeostase biopsicossocioespiritual, que envolve o indivíduo no autoconhecimento, na autoaceitação de si e daquilo que lhe é intrínseco e imutável (como a estatura) e na disposição para sonhar, se autotransformar positivamente, fortalecendo sua autoestima, identificando suas potencialidades e se permitindo avançar na evolução pessoal. Também sensibiliza a pessoa para o sentimento de pertença ao serviço de cuidado, ao espaço em que é acolhida, à comunidade de que faz parte, pois a pertença leva à corresponsabilidade do ato de cuidar.

⁴⁸ Os espaços de serviços estão localizados em Fortaleza e Maracanaú. Em Fortaleza, no Bom Jardim: Sede, Casa AME (Arte, Música e Espetáculo), Horta Comunitária, Escola de Gastronomia Autossustentável, Palhoça, Prédio do CAPs Comunitário e Espaço Daniel Comboni (Marrocos); no bairro Siqueira: Espaço Patativa do Assaré; e em Maracanaú, no Horto, está localizado o Sítio Wopila.

Junto à corresponsabilidade, que é estimulada, também é instaurado o sentimento de que: é dando que se recebe, numa perspectiva franciscana⁴⁹. Com o desenvolvimento do senso da gratuidade, distinto da ideia de um contrato de negócio. Daí, embora não esteja assinalado nas falas dos idealizadores da ASC, se revela nas falas dos usuários entrevistados um profundo sentimento de gratidão. Na maior parte do que foi ouvido nos relatos, gratidão ao padre que criou o MSMC e/ou ao próprio MSMC pela ação de prevenção e/ou cuidado terapêutico.

Ainda das observações participantes, pudemos colher ideias no sentido de que tudo que se pede, se recebe, desde que também seja realizada a partilha de dons e recursos. Assim, na Abordagem Sistêmica Comunitária as pessoas descobrem a importância de doar e doar-se. Na prevenção e nas terapias, a pessoa é convidada a elevar a autoestima, elaborando um campo de generosidade, partilha e doação.

Nas terapias, os facilitadores procuram demonstrar a capacidade de escutar com o coração, sem julgar racional ou emotivamente. São atitudes essenciais para acolher aquele ou aquela em situação de sofrimento. Ali, ideologias, crenças religiosas não são o foco. O foco é o encontro da pessoa consigo mesma. A participação em uma mística contribui para a busca da serenidade e do fortalecimento espiritual, independente de opções religiosas.

O caos propiciado pela realidade pode contaminar a mente. A mente em situação caótica pode potencializar ainda mais este caos ampliando o sofrimento. O problema ou a situação-problema, exige, primeiramente, um ponto de equilíbrio. Os encontros dos grupos de autoestima trabalham as capacidades de criar setores de harmonia no que está desordenado na mente. Isso é feito através de vivências que buscam administrar a crise para retirar dela lições e elaborar respostas positivas. As respostas elaboradas contribuem para gerar uma situação de sintropia, que é a capacidade de gerar equilíbrio em meio a uma situação de entropia (de caos). Nas vivências, corpo e mente são estimulados através de movimentos, músicas, desenhos.

⁴⁹ São Francisco de Assis é implicitamente evocado tanto nessa proposta de partilha de dons; quanto (como veremos adiante) na relação de amizade com os elementos da natureza – animais, plantas, minerais.

O desapego é um passo fundamental. Desapegar-se da posse de alguma coisa ou de algum poder sobre alguém. Desapegar-se também da posição de vítima. Se alguém se ocupa demasiadamente com alguma coisa, essa coisa pode o aprisionar. Daí, agradecer pelo que somos e pelo que temos é um caminho para a serenidade e para a busca de novas conquistas. Não confundir com comodismo, pois na Abordagem Sistêmica Comunitária o movimento de construção da dignidade, da partilha e da justiça é uma constante. A gratuidade está relacionada às permutas energéticas ou espirituais, conforme observamos diretamente nas atividades do grupo de autoestima, realizado na Palhoça, nas tardes de quinta-feira.

3.3 A ESCUTA COM O SUPORTE DA PRAGMÁTICA DA COMUNICAÇÃO

Para cuidar da pessoa, a Abordagem Sistêmica Comunitária do MSMC prioriza o acolhimento e a escuta. A escuta é uma arte de ver, ouvir, perceber e se relacionar. A escuta se dá em um processo de observar e mediar. Nessa abordagem em torno de uma situação-problema ou um adoecimento não existe um culpado isoladamente, pois quando se apresenta um problema cada um é parte daquele fenômeno e também é corresponsável por sua solução. Na escuta, não se faz nenhuma distinção de credo ou de ideologia. A escuta é também uma construção histórica cujo aperfeiçoamento se vai dando ao longo de vinte anos de prática e de elaboração teórica no MSMC.

Em Watzlawick *et al* (2007, p. 18) a Abordagem Sistêmica Comunitária verifica que “um fenômeno permanece inexplicável enquanto o âmbito de observação não for suficientemente amplo para incluir o contexto em que o fenômeno ocorre”. A ASC procura evitar o risco de isolar o problema e lhe atribuir propriedades que ele de fato não possui. Dessa forma, o praticante da ASC deve conhecer a pragmática da comunicação humana, ao menos de forma elementar, para ser capaz de entender o outro que chega para ser acolhido. Nessa pragmática se percebe que: todo comportamento comunica, visto que na ação humana não existe não comportamento, por conseguinte não existe não comunicação; toda comunicação tem um conteúdo e uma relação, distinguida por racionalidade e emotividade; a forma de comunicar vai além da verbal, pois em um ato comunicativo o corpo todo fala; efetivamente, ao comunicar, os comunicantes exercem uma pontuação, no

sentido de confrontar uma ideia a outra, posicionando seu ponto de vista; o ato comunicativo está sempre posicionando a imagem do comunicante, pois a pessoa ao comunicar-se exhibe, elabora e re-elabora sua autoimagem. Este ato pode também ser confirmador ou negador da imagem do outro.

Se uma pessoa que manifesta um comportamento perturbado (psicopatologia) for isoladamente estudada, então a investigação deve se interessar pela natureza da condição e, num sentido mais lato, pela natureza da mente humana. Se os limites da investigação forem ampliados de modo a incluir os efeitos desse comportamento sobre os outros, as reações destes àquele e o contexto em que tudo isso ocorre, o foco transfere-se da mônade artificialmente isolada para as relações entre as partes de um sistema muito mais vasto. Assim, o observador do comportamento humano passa de um estudo inferencial da mente para o estudo das manifestações observáveis da relação (WATZLAWICK et al, 2007, p. 18).

Nas formações de colaboradores ou de futuros abordadores sistêmicos comunitários, ministradas por seus profissionais ou por expertos afinados com a sua abordagem, o MSMC promove momentos e vivências que exercitam e dialogam os pilares teórico-práticos da ASC. Assim, as pessoas vão desenvolvendo competências específicas para escutar e acolher aquele/a outro/a que chega a um dos espaços do MSMC com algum sofrimento ou problema para resolver.

Percebemos que a natureza dos serviços aqui analisados tem preponderância no âmbito da comunicação, especialmente por se tratarem prioritariamente de socioterapias. Para melhor esclarecer essa perspectiva, vamos resumir, a seguir, cada princípio-chave da comunicação humana em Watzlawick *et al* (2007). Observamos ainda que nos processos socioeterapêuticos do MSMC, por mais simples que seja a formação escolar do terapeuta, há a preocupação em sensibilizar o outro para o exercício do *feedback*⁵⁰, isso possibilita clareza na escuta, melhora o acolhimento e evita desentendimentos ou constrangimentos, gerando uma comunicação clara e eficaz. Isso facilita a compreensão da alteridade, ou seja do que o outro manifesta de próprio, somando ainda as características comunicacionais apresentadas na linguagem corporal que revelam mais profundamente o que esse outro traz para uma determinada roda de conversa.

⁵⁰ Feedback [fidebéquel] (palavra inglesa). 1. Retroação das correções e regulações de um sistema de informações sobre o centro de comando do sistema; ação exercida sobre as causas de um fenômeno pelo próprio fenômeno. 2. Reação a alguma coisa. = RESPOSTA, RETORNO. "feedback", in Dicionário Priberam da Língua Portuguesa [em linha], 2008-2013, <https://www.priberam.pt/dlpo/feedback> [consultado em 22-02-2017].

Na metodologia do MSMC, o processo de comunicação procura perceber cada detalhe do processo de comunicação, a começar pelo axioma de que todo comportamento comunica algo a alguém, “pois não existe não comportamento ou, ainda em termos mais simples, um indivíduo não pode não se comportar” (WATZLAWICK et al 2007, p. 44). As emoções interferem decisivamente na manifestação da comunicação, alteram a fala ou até calam a boca, mas o próprio semblante, os olhos, as mãos ou quaisquer outras partes do corpo insistirão em comunicar. A pessoa pode até fazer um esforço para não comunicar, mas finda por deixar o corpo se expressar à sua maneira.

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. Deve ficar claramente entendido que a mera ausência de falar ou de observar não constitui exceção ao que acabamos de dizer. (...) Será óbvio que, uma vez aceito todo o comportamento como comunicação, não estaremos lidando com uma unidade de mensagem monofônica, mas com um complexo fluido e multifacetado de numerosos modos de comportamento – verbais, tonais, posturais, contextuais, etc. – que, em seu conjunto, condicionam o significado de todos os outros (WATZLAWICK et al, 2007, p. 45-46).

A postura de não querer comunicar ou de não comunicar é portanto uma premissa falsa. Já o teor da mensagem necessita de confirmação para efeito do sucesso de uma dada comunicação, embora ao adiantar parte do processo informativo o corpo já contribua etiologicamente, o restante pode ser obtido na relação de *feedback*. Desta forma, fica estabelecido que a comunicação comportamental revela mensagens, especialmente para aquelas pessoas que optam por não falar (ou que por bloqueio emocional não conseguem falar), resultando na premissa de que “não se pode não comunicar”. (Idem, p. 47)

O segundo axioma descrito por Watzlawick et al (2007, p.50) diz o seguinte: “toda a comunicação tem um aspecto de conteúdo e um aspecto de comunicação [relação interativa] tais que o segundo classifica o primeiro e é, portanto, uma metacomunicação”. Ou seja, a efetivação da comunicação depende do conteúdo e da relação estabelecida, pois comunicar é também correr um risco e confiar a outrem o que se possui e o que se é. “Uma comunicação não só transmite informação mas, ao mesmo tempo, impõe um comportamento” (idem, p. 47).

O comportamento direciona o modo como a mensagem poderá ser entendida. Pode ser uma piada, uma ironia, uma mentira, uma fofoca, uma

suposição ou uma afirmação verdadeira. Daí, se faz necessário compreender qual é a ordem do comportamento, ou seja, como a mensagem deve ser entendida. O estado em que se encontra a pessoa que comunica pode facilitar o entendimento dessa 'ordem'.

A ordem esclarece a relação entre os comunicantes. As relações podem ser entendidas de diversas formas tais como: "Isto é como eu me vejo... Isto é como eu vejo você... Isto é como eu vejo que você me vê, etc". Para entender essa linha de raciocínio, os autores citam este exemplo bem simples:

As mensagens 'é importante soltar a embreagem gradual e suavemente' e 'solte a embreagem de golpe, e a transmissão pifará num abrir e fechar de olhos' têm, aproximadamente, o mesmo conteúdo de informação (aspecto de relato) mas definem, obviamente, relações muito diferentes. (...) De fato, parece que quanto mais espontânea e 'saudável' é uma relação, mais o aspecto relacional da comunicação recua para um plano secundário. Inversamente, as relações 'doentes' são caracterizadas por uma constante luta sobre a natureza das relações, tornando-se cada vez menos importante o aspecto de conteúdo da comunicação (Ibidem, p. 49).

O exemplo esclarece que embora os dados da comunicação (conteúdo, mensagem) sejam expostos no relato, é importante perceber a forma que facilitará o entendimento. Essa relação pode se manifestar através de "um grito, um sorriso ou muitos outros meios" (Ibidem, p.49). Ela está no campo das manifestações corporais não-verbais, normalmente distinguidas por uma variedade de emoções.

Cândido (2007) reitera essa afirmação de que a palavra precisa vir acompanhada de um gesto para realizar a comunicação, citando Arendt:

Para Hannah Arendt, a linguagem, a comunicação com palavras constitui o mundo humano e o mundo do si-mesmo: "É, com palavras e atos, que nos inserimos no mundo humano; e esta inserção é como um segundo nascimento, no qual confirmamos e assumimos o fato original e singular de nosso aparecimento físico original. Não nos é imposta pela necessidade, como o labor, nem se rege pela utilidade, como o trabalho" (CÂNDIDO, 2007, p. 5).

Maturana (2004) relaciona comunicação e conhecimento como atitude do viver humano. Para ele o 'linguajar' está vinculado ao 'emocionar', pois

As emoções definem o espaço relacional no qual ocorrem nossas ações, o que se diz, pela linguagem. Então, o mesmo gesto, o mesmo movimento vai ter um caráter ou outro segundo a emoção que o origina. O mesmo discurso vai ter um caráter ou outro segundo a emoção a partir do qual ele foi gerado, de onde ele se faz (MATURANA, 2004a, p.2)

O terceiro axioma da comunicação diz que a “a natureza de uma relação está na contingência da pontuação das sequências comunicacionais entre os comunicantes” (WATZLAWICK *et al*, p. 54), ou seja, a comunicação entre dois interlocutores depende da pontuação de cada um naquela dada relação, pois “a pontuação organiza os eventos comportamentais e, portanto, é vital para as interações em curso” (Idem, p. 51).

De acordo com os autores, “a discordância sobre como pontuar a sequência de eventos está na raiz de incontáveis lutas em torno das relações” (Idem, p. 51). Esse exemplo se manifesta nas relações entre cônjuges, ou entre pais e filhos, ou entre professor e aluno; mas também vigora em qualquer processo interativo entre duas ou mais pessoas. Nesse sentido, ao pontuar, o interlocutor esclarece o que está comunicando e evita o desenvolvimento de relações adoecedoras. No caso abaixo, verificado em nossas entrevistas, a mulher, acolhida pelo MSMC, fez a pontuação e iniciou uma mudança em sua vida:

Então, seguindo a orientação do padre Rino não pedi mais ao meu marido para estudar. Eu apenas comuniquei ao meu marido a minha decisão e comecei a estudar. (...) Foi muito bom, comecei a estudar e depois o padre Rino me chamou pra fazer um curso de Massoterapia também (relato 14).

A fala acima trata de uma usuária que enfrentou depressão, no relato completo disse que tentara se matar, mas, a partir do acolhimento no MSMC redimensionou toda a sua vida. Entre os problemas que enfrentava estava o analfabetismo. Após 21 em conexão com o MSMC, essa mulher chegou ao último ano do ensino médio. Na relação de comunicação cotidiana em que o cônjuge, por muitos anos, não lhe permitiu estudar, foi necessário que ela mudasse a pontuação. Houve resistência do marido, mas ela seguiu adiante, superando um aspecto da cultura machista em que está inserida.

O quarto axioma da comunicação humana em Watzlawick *et al* (2007) refere-se ao fato de ela ser: digital (verbal) e analógica (não-verbal). Para uma compreensão imediata deste princípio podemos dizer que a comunicação digital está no campo das palavras, constituídas por dígitos (letras, sinais, números) que só conferem sentido ao que é dito ou escrito porque foi estabelecido arbitrariamente uma relação semântica entre cada palavra ou símbolo e uma determinada coisa, em conformidade com uma lógica linguística.

Aprofundando um pouco mais este raciocínio os autores verificaram que no cérebro humano há dois tipos de processamento de comunicação, um deles dá conta das sinapses com cargas de “potenciais excitatórios ou inibitórios”, gerando um processamento binário, um padrão semelhante ao que foi implementado nos computadores; o outro é o “sistema humoral” que comunica através da “descarga de quantidades descontínuas de substâncias específicas na corrente sanguínea”, (Idem, p. 55) que lida com o aspecto emocional e conseqüentemente regula as relações interativas de comunicação.

Sabe-se também que os modos neural e humoral de comunicação intra-organísmica existem não só lado a lado mas que se complementam mutuamente e estão na contingência um do outro, muitas vezes através de processos sumamente complexos (Ibidem, p.55).

Trata-se, pois, da díade do modo básicos da comunicação que engloba desde a intracomunicação, realiza a intercomunicação e processa também a transcomunicação. Respectivamente a comunicação interna de cada pessoa, a interação comunicacional entre as pessoas e a comunicação que transcende a realidade material regida pelas crenças.

Para a ASC, que trabalha numa relação dialógica e presencial a ação socioterapêutica, envolvendo usuário e comunidade, é imprescindível perceber a comunicação que se processa através e além da palavra, pois o corpo expressa os sentimentos. A manifestação interativa que expressa a ‘fala humoral’ do corpo configura-se como comunicação analógica. Por analógica se entende também a representação denotativa do real como a reprodução da imagem de um coisa (foto, desenho ou pintura). As comunicações primitivas de sons guturais ou de reprodução de figuras de animais ou utensílios nas cavernas são intrínsecas ao campo analógico.

Sugerimos que a comunicação analógica tem suas raízes em períodos muito arcaicos da evolução e, portanto, é de muito maior validade geral do que o relativamente recente e muito mais abstrato modo digital de comunicação verbal. (...) Nós sustentamos que o termo [analógico] deve abranger postura, gestos, expressão facial, inflexão de voz, sequência, ritmo e cadência das próprias palavras, e qualquer outra manifestação não-verbal de que o organismo seja capaz, assim como as pistas comunicacionais infalivelmente presentes em qualquer contexto em que uma interação ocorra (Ibidem, p. 57).

As formas digital e analógica de comunicar se unem para gerar a comunicação humana, uma vez que linguagem digital, apesar da sintaxe e racionalidade carece de sentido no âmbito das relações, já as formas não-verbais expressam informações mas não são detentoras de uma sintaxe capaz de conferir precisão de sentido.

O quinto axioma da comunicação trabalhado por Watzlawick *et al* (2007) diz respeito às trocas comunicacionais que podem ser simétricas ou complementares. Para uma melhor compreensão desse axioma, imaginemos o aspecto relacional da comunicação de forma isolada. Nas relações em que cada um dos interlocutores age na mesma medida como que espelhando o outro, chamamos de interação simétrica. Os exemplos vão do bem ao mal, da fraqueza à coragem. Por exemplo, ciúme respondido com ciúme, atitude arrogante correspondida da mesma forma ou desesperança correspondida com desesperança.

Na interação complementar, a relação é definida por comportamentos que se acoplam gerando um novo produto, é uma relação entre perspectivas diferentes. “Assim, a interação simétrica é caracterizada pela igualdade [de atitude] e a minimização da diferença”; enquanto “a interação complementar baseia-se na maximalização da diferença” (Idem, p. 63). Mas é necessário atenção nesse processo para não se idealizar uma relação em detrimento da outra, visto que:

Existem duas posições diferentes numa relação complementar. Um parceiro ocupa o que tem sido diversamente descrito como a posição superior, primária ou de ‘cima’ e o outro a correspondente posição inferior, secundária ou ‘de baixo’. Estes termos são muito úteis, desde que equiparados a ‘bom’ ou ‘mau’, ‘forte’ ou ‘fraco’. Uma relação complementar pode ser estabelecida pelo contexto social ou cultural (como no caso de mãe e filho, médico e paciente, professor e aluno) ou pode ser o estilo de relação idiossincrática de uma determinada díade (Ibidem, p.63).

Conforme definem os autores acima, esses cinco axiomas são uma proposição conjectural, porém em conformidade com aplicações diversas realizadas pelo Instituto de Pesquisa Mental de Palo Alto, na Califórnia, em processos empíricos e construções teóricas, baseados em padrões comportamentais humanos.

3.4 PRINCÍPIOS DA ABORDAGEM SISTÊMICA COMUNITÁRIA

No ano de 2016, o padre Rino apresentou aos coordenadores de ações do MSMC uma síntese teórica da ASC em que distingue, pelo menos, sete princípios dessa tecnologia socioterapêutica: trofolaxe humana, acolhimento, cuidado, sintropia, ecofilia, inteligências múltiplas e autopoiese comunitária. Neste capítulo faremos um percurso que começa ressaltando a ‘porta de entrada’ do Movimento, que é a palhoça das práticas de cuidado, para em seguida, descrever o que percebemos do arcabouço teórico dessa práxis desenvolvida há duas décadas na região do Grande Bom jardim, em Fortaleza. Apresentaremos os sete princípios que a sustentam e alguns suportes teóricos e manifestações práticas essenciais à sua distinção como um método original de prevenção e terapêutica de sofrimentos e doenças mentais, integrando e complementando o serviço tradicional da biomedicina.

3.4.1 Trofolaxe humana

Em todos os espaços de atuação do MSMC é estimulada a comunicação em ‘trofolaxe’, um processo comunicacional que vai do interior da pessoa à comunidade, considerando o sistema vida individual, o sistema familiar e o sistema social e ambiental. Trata-se de realizar a ação comunicativa em três níveis: intrapessoal, interpessoal e transpessoal. Este terceiro nível se dá no sentido daquilo que transcende ao campo da realidade objetiva, partindo para a perspectiva intuitiva, espiritual, energética, produto da fé em si e na transcendência. Essa perspectiva é assimilada a partir da mecânica quântica, refletida na visão sistêmica da vida em Hathaway & Boff (2012) e Capra & Luisi (2014).

Esse modo de comunicar é incentivado por padre Rino Bonvini (2016), que teoriza o processo, traduzindo metaforicamente o sentido originário da comunicação química das formigas para um conceito de ‘trofolaxe’⁵¹ comunicativa humana que envolve permuta continuada de informações, sentimento de pertença e

⁵¹ Isso pode ser assimilado, guardando as devidas proporções, uma vez que o ser humano age teleologicamente, ou seja, antecipa o sentido da ação (propósito, objetivo ou finalidade); enquanto os insetos não refletem, pois agem apenas intuitivamente.

corresponsabilidade nas ações, visando a evolução pessoal e a emergência positiva da comunidade, características encontradas nos insetos eussociais.

Citando as pesquisas de Deborah Gordon sobre sistemas complexos autocoordenados, Johnson apresenta como as colônias de formigas se auto-organizam mostrando um dos mais impressionantes comportamentos descentralizados da natureza: “inteligência, personalidade e aprendizado emergem de baixo para cima” (JOHNSON, 2003, p. 23). As formigas, através de relações colaterais e de feedback intenso constroem e organizam “por si mesmas” todo o trabalho do formigueiro, dando forma a um complexo sistema ordenado, que tem no seu interior seus próprios sistemas emergentes, com seus aposentos, as calçadas, as praças, suas conexões, seu “cemitério” e seu “lixão” (BONVINI, 2013, p. 102).

Ao pé da letra, trofolaxe é um termo de origem grega que explica o processo de transferência de substâncias entre determinados insetos, a exemplo das formigas, das abelhas e dos cupins. Esses insetos constituem um sistema vida que opera de forma distributiva uma comunicação vital, com troca de alimentos, definição de funções e de hierarquia, estabelecendo comandos de sobrevivência e reprodução da espécie. No caso das formigas, em que se pode observar nas distintas variedades da espécie, há o deslocamento em fila realizando frequentes contatos mútuos, com a vibração das ‘antenas’, em que realizam trocas químicas. As formigas pertencem à ordem Hymenoptera e a Biologia às considera insetos eussociais, que entre outras características estão organizadas em ‘famílias’ e comunidades permitindo o convívio de várias gerações em um mesmo ninho, distribuindo de formar cooperada as tarefas vitais.

Os cupins e as formigas (juntamente com as abelhas e algumas vespas) são considerados insetos eussociais porque apresentam três características fundamentais: 1) vivem em colônias nas quais ocorre sobreposição de gerações; 2) os indivíduos mais velhos cuidam dos mais jovens (cuidados com a prole); 3) ocorre a divisão do trabalho reprodutivo, havendo uma casta responsável apenas pela reprodução e uma casta assimilativa responsável pelas demais funções da colônia. Esta terceira característica é a que define especialmente a eussocialidade (socialidade verdadeira ou completa). Os demais insetos não apresentam estas características, podem viver em grupos anônimos (onde não há reconhecimento individual). Em geral, não constroem ninhos para proteger e cuidar da prole, e, exceto pelo comportamento de corte e cópula, são solitários (DIEHL, 2006, p. 1).

Observamos que as formigas realizam uma comunicação distribuída, pois cada uma contata uma variedade de companheiras, é como se uma pessoa ao caminhar em uma rua fosse trocando informações com todos os transeuntes,

sempre com reações harmônicas como se a relação fosse baseada nas condições ideais da pragmática da comunicação humana⁵².

Conforme Maturana, os instintos - carga emocional - conduzem a vida e, nos humanos definem também seus resultados existenciais.

As emoções são centrais na evolução de todos os seres vivos, porque definem o curso de seus fazeres: onde estão, para onde vão, onde buscam alimentos, onde se reproduzem, onde criam seus filhotes, onde depositam seus ovos, etc. Bem, com os seres humanos ocorre exatamente a mesma coisa. O emocionar, o fluxo das emoções, vai definindo o lugar em que vão acontecer as coisas que fazem no conviver. Então, se uma pessoa se move, por exemplo, a partir da frustração, isso vai definir continuamente o espaço relacional na qual se encontra e o curso que vai ter seu viver. Se vive a partir da confiança, vai seguir um curso distinto. Assim, portanto, o que guia o fluxo do viver individual são as emoções e na constituição evolutiva também. É o emocionar que se conserva de uma geração a outra na aprendizagem das crianças (MATURANA, 2004 a, p.2).

Daí, a trofolaxe humana ter um papel central na elaboração de uma vida pessoal, familiar e comunitária saudável, na visão da Abordagem Sistêmica Comunitária. O aspecto da conectividade, evidenciado no MSMC, aponta para a possibilidade de uma comunicação em vários ângulos, com permanente feedback, o que permite, de forma continuada, a produção de soluções criativas, seja para prevenir, seja para resolver situações-problema, seja para cuidar de enfermidades de forma efetiva.

3.4.2 O acolhimento

Em todo o serviço oferecido aos seus usuários, bem como aos seus amigos e colaboradores, quaisquer dos profissionais do MSMC é orientado a desenvolver um adequado acolhimento. O verbo acolher, certamente, é o mais presente nas falas dos terapeutas do MSMC. Trata-se portanto da ação primeira da socioterapia de múltiplo impacto: acolher, escutar, cuidar, empoderar... Na sistematização da Abordagem Sistêmica Comunitária, os autores redimensionam o verbo 'acolher' desta forma:

A-colher [sic], perceber e colher no outro o que ele tem de melhor, atenção de saber receber com olhos diferentes, da pessoa que vem incapaz de enxergar o próprio valor, o próprio potencial, porque está centrada na dor, no sofrimento, na exclusão, na falta de oportunidades e perspectivas de vida (BONVINI, MARTINS, p.2).

A ênfase é dada na ação de cuidar da pessoa em sua totalidade biopsicossocioespiritual, sendo primordial a compaixão – atitude de se colocar no lugar do outro, percebendo sua dor e contribuindo amorosamente para a solução do sofrimento -, e a sensibilização para a compreensão da relação do humano com o contexto sistêmico da vida em que está inserido. Dessa forma, a empatia que deverá levar à consolidação de um abraço, tanto físico-afetivo, como espiritual, é estimulada, sem no entanto converter-se em uma carga pesada, porque:

Os terapeutas do MSMC aprendem que a empatia saudável não permite carregar nas costas a dor do outro, levá-la para casa projetando nos próprios relacionamentos pessoais, a empatia saudável permite tocar com o coração a essência do outro, mas quando esse processo da acolhida termina o terapeuta aprende a se desligar dessa dor, deixando a pessoa seguir seu processo de aceitação e transformação necessários para evoluir com autonomia. Esta atitude protege o terapeuta de uma tendência que pode levar a se sentir codependente das pessoas que está ajudando, que fortalece a síndrome do coitadinho, da vítima, que sempre busca um salvador para resolver os problemas (BONVINI, MARTINS, p.2).

Na Palhoça, há dois momentos de acolhimento e escuta continuamente ativos: A terapia comunitária, às terças-feiras à tarde; e o grupo de autoestima, às quintas-feiras à tarde. As rodas de terapia comunitária são momentos privilegiados para a comunidade trazer problemas e sofrimentos que afligem seus entes queridos. Ali, formam-se círculos que chegam à sessenta pessoas, cada uma trazendo uma questão que pode ser escolhida como tema a ser refletido. Cada pessoa pode partilhar sua experiência de solução para os temas escolhidos, mas ninguém aconselha ninguém. O participante acolhe a melhor ideia pra si e busca protagonizar a solução da dor, sofrimento ou problema que trouxe.

A Terapia Comunitária é um espaço comunitário onde se procura partilhar experiências de vida e sabedorias de forma horizontal e circular. Cada um torna-se terapeuta de si mesmo, a partir da escuta das histórias de vida que ali são relatadas. Todos se tornam corresponsáveis na busca de soluções e superação dos desafios do cotidiano, em um ambiente acolhedor e caloroso. É um momento de transformação, transmutação do Kaos⁵³, da

⁵³ Caos: Confusão geral dos elementos da matéria, antes da suposta criação do Universo, do aparecimento dos seres, da realidade ou da natureza; cosmos. [Figurado] Estado de completa

crise, do sofrimento, para o Kyros [kayros: tempo oportuno], espaço sagrado onde cada um reorganiza seu discurso e ressignifica seu sofrimento dando origem a uma nova leitura dos elementos que o faziam sofrer. É esta dimensão sagrada de transformar o sofrimento em crescimento, a carência em competência que faz da Terapia Comunitária um espaço sagrado (BARRETO, 2008, p. 38).

Nos grupos de autoestima, assim como nos de terapia comunitária, trabalham pessoas voluntárias. Ao participarmos do grupo de autoestima durante a observação participante, em 2016, pudemos perceber as distintas vivências ali realizadas. Entre elas a constelação familiar⁵⁴, momento em que uma pessoa apresenta um problema e a facilitadora constitui uma representação dos integrantes da família daquela pessoa que resolveu ser ‘constelada’. Ali, os demais participantes ficam disponíveis para ser chamados a representar o próprio constelado ou quaisquer de seus entes queridos, parentes ou cônjuges vinculados ao problema em questão. Pudemos observar que uma ou outra pessoa saía do grupo por não admitir aquele tipo de experiência. No entanto, a quase totalidade do grupo de 50 a 60 pessoas assimilava a experiência e participava ativamente. Em todos os momentos que acompanhamos os participantes revelavam terem obtido grande alívio de seu problema após vivenciar uma constelação.

Noutros momentos observamos intensas sessões de relaxamento, quase sempre com uso de músicas e/ou conduzidas pela facilitadora, utilizando a técnica da meditação criativa⁵⁵. Houve situações em que foram utilizados recursos

desordem, confusão de ideias; amontoado de coisas que se misturam; desorganização mental ou espacial. [Filosofia] Condição desordenada que, pela tradição platônica, é anterior ao demiurgo. Acaso. In Dicionário Online de Português, disponível em <https://www.dicio.com.br/caos/>. Acesso, 22.fev/2017.

⁵⁴ “Constelação Familiar, técnica criada por Bert Hellinger (psicoterapeuta alemão), onde se cria ‘esculturas vivas’ reconstruindo a árvore genealógica, o que permite localizar e remover bloqueios do fluxo amoroso de qualquer geração ou membro da família. Muitas das dificuldades pessoais, assim como problemas de relacionamento são resultados de confusões nos sistemas familiares. Esta confusão ocorre quando incorporamos em nossa vida o destino de outra pessoa viva ou que viveu no passado, de nossa própria família sem estar consciente disto e sem querer. Isto nos faz repetir o destino dos membros familiares que foram excluídos, esquecidos ou não reconhecidos no lugar que pertencia a eles”. Fonte: <http://www.constelacaofamiliar.com.br/>. Acesso em 01/fev. 2017.

⁵⁵ “Meditação criativa é um tipo de meditação cujo objetivo é a construção de uma ‘forma-de-pensamento’ dinâmica e eficaz, bem definida, carregada de energia e sentimento, animada ou impulsionada pela vontade, de modo a cumprir uma determinada função ou missão; esta função pode manifestar-se quer nos mundos interiores através da radiação e da ação telepática, quer no mundo da ação exterior através da disponibilização de um modelo ou de um incentivo. A Meditação Criativa pode apresentar os seguintes aspectos: Concentração, uma preparação necessária para toda a meditação; meditação reflexiva, que é de tipo estritamente mental; meditação receptiva, que abrange silêncio interior, contemplação e despertar da intuição; a oração e a função de sentir, que dão uma contribuição decisiva; a imaginação, talvez a força impulsionadora mais eficaz na ação interior, e que é dirigida e usada através da visualização, uma outra técnica criativa específica; a afirmação, a qual desenvolve o uso da vontade; a invocação e evocação, são outros aspectos na criação de formas-de-

meditativos com gravações em áudio sobre autoestima, prosperidade e determinação. Também percebemos a presença de pessoas de comportamentos bastante diversos: uns são usuários do CAPS sob o efeito de medicação alopática, outros são mulheres adultas ou idosos que trazem seus dramas pessoais relacionados a dificuldades na família, há também casos de jovens que declaram estar pensando em suicídio, entre outras falas.

Nos casos em que a pessoa não consegue permanecer na atividade grupal, um terapeuta auxiliar faz um atendimento individual reservado, que pode ser a aplicação de um reiki⁵⁶ ou outro tipo aplicação socioterapêutica. Na sequência do acolhimento, a pessoa vai sendo estimulada a se empoderar, vai descobrindo que tem potenciais adormecidos. Ela encontra no terapeuta

uma atitude de corresponsabilidade e reciprocidade, o terapeuta estende a mão para ajudar as pessoas a sair do buraco existencial, onde momentaneamente se encontra, estimulando a pessoa a caminhar sozinha, confiando nas próprias potencialidades. Quando a pessoa portadora de um sofrimento psíquico é acolhida com respeito e consideração, inicia um processo de conscientização do próprio valor. Uma pessoa pobre, excluída que não teve acesso a uma formação acadêmica é acostumada a se sentir invisível, desconsiderada, e quando alguém começa a lhe dar atenção ela tem oportunidades de dar atenção a si mesma. Então eu tenho valor, então eu sou alguém, alguém está me vendo.

Tantos nos grupos terapêuticos, quanto nas turmas de formação profissionalizante, ou nos grupos de colaboradores do MSMC, percebemos a atenção e o zelo em proporcionar as condições para a realização de uma comunicação direta, onde os participantes possam expor seus pontos de vista e compartilhar soluções que apontem para a resolução ou mitigação de um dado problema. Assim é trabalhada a emergência de saídas individuais e comunitárias, primando pela construção e manutenção de laços afetivos.

A comunhão que se gera nos grupos de autoajuda oferece um espaço de fortalecimento dos vínculos pessoais e comunitários, permite um aumento da qualidade da comunicação consigo mesmo e com os outros. O processo é necessário para favorecer a autopoiese comunitária que pode levar a

pensamento completas, isto é, pensamentos-forma construídos na fusão equilibrada de pensamento, sentimento, imaginação e vontade.” Fonte: Grupo de Estudos Maitreya. <http://www.gem.org.pt/meditaccedilatildeo-criativa.html>. Acesso em 24 de jan/ 2017.

⁵⁶ “Reiki é uma prática espiritual que se baseia na crença da existência da energia vital universal “Ki”, manipulável pela imposição de mãos. A palavra Reiki significa “atmosfera misteriosa” e é uma combinação de dois caracteres japoneses - REI que significa “divino” e KI que significa “energia vital”. Fonte: <https://www.significados.com.br/reiki/> Acesso em: 24 de jan/ 2017.

emergência de novas soluções aos problemas pessoais e sociais (BONVINI, MARTINS, p.3).

Ainda sobre o acolher, observamos que o MSMC segue à risca o compromisso institucional de assegurar uma postura aconfessional e não partidária. As pessoas que colaboram diretamente têm diversos matizes religiosos, bem como algumas distinções de visão ideológica, mas se atêm à missão e à causa do serviço socioterapêutico acima de qualquer postura política ou religiosa. Esse ecletismo e uma visão ecumênica são estimulados, à medida que o MSMC “acolhe todas as pessoas de classes sociais diferentes, profissionais diversos, estudantes e voluntários que buscam esse acolhimento, conhecem e aprendem a reciprocidade da acolhida” (Idem, p. 3).

Em que pese o compromisso missionário de prevenir, cuidar e preservar a saúde mental comunitária, faz-se mister do acolhimento do Movimento a preocupação em ampliar o leque dos serviços e o universo de usuários. Destarte, são elaborados projetos voltados para a educação e a profissionalização; bem como são reunidos diferentes colaboradores, incluindo aí amigo/a/s e também pessoas em tratamento advindas de diferentes bairros de Fortaleza, umas são até dos bairros mais ricos; o fito é fortalecer e ampliar os serviços através da partilha voluntária, principalmente. Ampliando assim a perspectiva do acolhimento, pois:

Acolher é um ato de inclusão, valorizando as diferenças e aprendendo com as experiências de cada visitante que frequentemente buscam o contato com o MSMC para se sentir parte de uma família, desenvolvendo um sentimento de pertença. A sensação de bem estar, comunhão e de fraternidade percebida no grupo estimula a pessoa a contribuir e partilhar a própria sabedoria e competência muitas vezes se engajando em trabalhos voluntários (Ibidem, p. 3).

O MSMC também estabelece a necessidade de preparação de um ambiente propício ao acolhimento. Não se pode acolher de qualquer forma. Assim, o lugar de acolhida pode ser qualquer um, desde que haja “o cuidado com o ambiente, incluindo as plantas, as flores, os animais, um ambiente simples e agradável que também gera uma sensação, definida pelos visitantes como saudável e pacificadora”. (Ibidem, p.3)

3.4.2.1 O almoço comunitário e a circularidade do acolhimento

O acolhimento do MSMC se dá em quaisquer dos espaços geridos ou cogeridos com a orientação da Abordagem Sistêmica Comunitária. Daí, a preocupação da instituição em oferecer formação e momentos de cuidado a todos os seus colaboradores para que estejam sempre aptos a cuidar daqueles que chegam de uma forma agradável e benfazeja.

Além dos espaços propriamente terapêuticos, o MSMC construiu historicamente um espaço simbólico de acolhimento, escuta e partilha. Trata-se do almoço comunitário realizado na sede do MSMC, no bairro Bom Jardim. No mais das vezes, um pouco antes do almoço são tratados assuntos específicos à continuidade de uma ação, a um novo projeto, a uma nova perspectiva, ou a construção de uma parceria, etc. É uma mesa de partilha de ideias, de acolhimento de pessoas em situação de tratamento, de construção e fortalecimento de relações.

O ritual do almoço, propriamente dito, reveste-se da mística da partilha do 'pão' como nas primeiras comunidades cristãs. Consiste na formação de um círculo em que as pessoas dão as mãos, mantendo a mesa principal ao centro e a mesa dos alimentos conectada por uma pessoa de cada lado, fechando o círculo. Cada pessoa que vem pela primeira vez é convidada a fazer uma prece, a seu modo, promovendo a bênção do alimento ali disponibilizado. O orador, ao concluir sua fala é convidado a ser o primeiro da fila; enquanto o padre Rino distribui os pratos para todos, desejando bom apetite. Nas mesas, colabores diretos, usuários da ASC, amigos e convidados dialogam, enquanto uma música ambiente compõe o som de fundo das conversas. Independente da presença do padre o ritual místico é sempre realizado.

A circularidade não se restringe ao almoço comunitário, ela é reproduzida nos demais espaços de acolhimento do MSMC. Trata-se, portanto, de uma construção simbólica da Abordagem Sistêmica Comunitária que facilita a escuta e o acolhimento grupal. A Palhoça, em formato circular imitando uma oca⁵⁷, contribui para uma mudança de paradigma de acolhimento e cuidado, que principia por se perceber de forma abrangente o problema que ali é trazido por alguém que padece.

⁵⁷ "Oca: casa coberta de colmo, geralmente circular, usada por índios brasileiros para habitação de uma ou mais famílias." in Dicionário Priberam da Língua Portuguesa [em linha], 2008-2013, <https://www.priberam.pt/dlpo/oca> [consultado em 05-02-2017].

Na Abordagem Sistêmica Comunitária a percepção dos relacionamentos entre as pessoas segue uma lógica que supera a relação causa-efeito, considerando a causalidade circular em que não há a vítima, o chamado "bode expiatório", mas existe uma corresponsabilidade entre os vários protagonistas da relação. Tudo e todos se relacionam com o objetivo de uma transformação e pela mudança do conjunto dos elementos. Na causalidade circular o sintoma não tem uma causa, mas uma função de comunicação. Indica algo que convida o terapeuta a analisar o sistema de relações do paciente e descobrir que todo o sistema está envolvido no sintoma (BONVINI, 2013, p. 129).

Assim, a circularidade parte da forma geométrica da arquitetura circular de alguns espaços, da disposição das pessoas em círculo para a realização de ações socioterapêuticas e vivências até avançar numa visão de mundo holística, de maneira a acolher sempre um número mais abrangente de perspectivas. Isso permite, por exemplo, o diálogo entre ciência e saberes tradicionais locais e internacionais, a exemplo do Reiki⁵⁸, originário do Japão, ou da Terapia Comunitária, criada no bairro Pirambu, de Fortaleza.

O acolhimento do MSMC é integrador, reunindo o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Comunitário; a Palhoça, com as práticas de cuidado que incluem a terapia comunitária e diversas terapias holísticas; a Casa AME (Arte, Música e Espetáculo), com arteterapia, música, teatro, grupos de empreendedores, cursos profissionalizantes; a Horta Comunitária, com o cultivo de ervas medicinais para a produção da farmácia viva e insumos para fitoterapia⁵⁹; a Escola de Gastronomia Autossustentável; o serviço de Residência Terapêutica, onde dez pessoas com doenças mentais crônicas são acompanhadas 24 horas por dia, envolvidas em um modelo familiar de cuidado; os quatro espaços de acolhimento de crianças, adolescentes e familiares – três em Fortaleza e um em Maracanaú – no programa Sim à Vida, ação de prevenção às drogas⁶⁰; o sítio Wopila – espaço de acolhimento de uma das ações de prevenção às drogas e de encontros de formação – ali foi implementado horto, pomar, criatório de aves e peixes e um sistema de captação de energia solar. Esses espaços e ações constituem um sistema de

⁵⁸ O Reiki, conforme já descrito em nota anterior, é uma técnica que mobiliza as energias vitais com objetivo terapêutico e foi criada em 1922 pelo monge budista japonês Mikao Usui.

⁵⁹ Através de parceria com o Horto Professor Abreu Matos, da Universidade Federal do Ceará, o MSMC encaminha a erva cidreira produzida em sua horta para o laboratório do Núcleo de Fitoterápicos do Estado do Ceará (Nufito). Lá, a partir dessa matéria prima é produzido o elixir de cidreira da espécie *Lippia alba*. A Horta Comunitária, atualmente, é uma ação do Programa de Extensão Farmácias Vivas da UFC.

⁶⁰ Este programa tem o apoio financeiro da CBM Internacional e da União Europeia de março de 2015 a fevereiro de 2019.

positivação da saúde mental que envolve diretamente as comunidades e detêm apoios e parcerias com entes públicos e privados.

O serviço do Movimento se pauta pela indução de uma autopoiese pessoal e comunitária. São soluções desenvolvidas a partir da própria realidade da pessoa e de sua comunidade, considerando o compartilhamento de conhecimentos científicos e populares, mediados por uma complexa rede de possíveis conexões.

3.4.3 O cuidado

Conforme Bonvini; Martins (2017, p. 4) o “ser terapeuta significa trabalhar com o sagrado, com a parte mais profunda e nobre do ser humano, ciente que neste processo podem acontecer transformações e evoluções surpreendentes”. No MSMC é resgatado um termo grego, retomado por Foucault, que dá sentido à afirmação acima, trata-se do *therapeúein*,

que é um verbo de múltiplos valores: *therapeúein* refere-se aos cuidados médicos (uma espécie de terapia da alma), mas *therapeúein* é também o serviço que um servidor presta ao seu mestre. E o verbo *therapeúein* reporta-se ainda ao serviço do culto, a uma divindade ou a um poder divino. (...) No seu livro a Hermenêutica do Sujeito, Michel Foucault cita o filósofo grego Epicuro que afirma: “Todo homem, noite e dia, e ao longo de toda a sua vida deve ocupar-se com a própria alma”. Para ‘ocupar-se’ ele emprega o verbo *therapeúein* (FOUCAULT, 2006, *apud* BONVINI; MARTINS, 2017, p. 4).

Para lidar com o sagrado serviço da terapia, o terapeuta do MSMC é convidado a cuidar de si para cuidar bem do outro, como veremos adiante na descrição da proposta do ‘cuidando do cuidador’. Nos acolhimentos socioterapêuticos, é de praxe se iniciar com “técnicas de autoconhecimento, que proporcionam o encontro com o nosso inconsciente, que trazem na consciência, emoções guardadas que precisam ser elaboradas e re-significadas” (BONVINI; MARTINS 2017, p. 4). Aí têm início a autoaceitação que abre caminho para a positivação da autoestima, que por sua vez, vai favorecer a autorrealização da pessoa.

Com a reconquista do equilíbrio e da motivação, adquirida no contexto dos grupos terapêuticos e, quando necessário, na psicoterapia individual, a pessoa está pronta para o novo caminho de autorrealização que frequentemente leva a alcançar novas metas de trabalho, estudo e autoconhecimento. No MSMC, isso vale também para os próprios

terapeutas. Aprendemos que para cuidar bem dos outros precisamos cuidar bem de nós mesmos (BONVINI; MARTINS, 2017, p. 4).

Conforme observamos em organizações sociais, órgãos públicos e privados, no decurso desta pesquisa, é crescente o número de gestores e/ou líderes de grupos sociais que decidem investir em práticas de cuidado para seus colaboradores. O crescimento do estresse tem alertado os gestores mais sensíveis, uma vez que as estatísticas recentes apontam para o crescimento da depressão e transtorno de ansiedade⁶¹. Assim, se percebe a importância do MSMC nesse campo, à medida que os seus serviços são acionados por outros entes a exemplo de equipes da Cáritas, em Fortaleza, ou da Secretaria de Assistência Social e Cidadania de Maracanaú, entre outros.

No MSMC, a preocupação e o investimento com o cuidado existencial, no sentido de proporcionar condições para que a pessoa obtenha o equilíbrio biopsicossocioespiritual é permanente. Esta atitude começa com sua equipe de colaboradores e se estende às pessoas que buscam o serviço. Para a sua equipe são organizados, periodicamente, eventos dedicados a mitigar as tensões acumuladas no dia-a-dia, através de técnicas de relaxamento, meditação, respiração, etc, atreladas a momentos de convivência e fortalecimentos de vínculos entre os participantes, pautados pela ludicidade e a descontração. Nestes eventos são imprescindíveis a realização de vivências que permitem a partilha de saberes, a manifestação de uma mística que favorece o fortalecimento da espiritualidade em cada um.

(...) a palavra mística vem do grego *mystikos*, que significa a busca da comunhão com uma realidade sagrada, ou divindade, ou verdade espiritual, ou Deus, através da experiência direta ou intuitiva. Em todas as culturas existem rituais para favorecer este contato com o sagrado e existe um mistagogo⁶², alguém que facilita esta busca proporcionando rituais e celebrações (BONVINI; MARTINS, 2017, p. 5).

⁶¹ Os transtornos mentais como depressão e ansiedade apontaram taxas de 51,9% no Rio de Janeiro, 53,3% em São Paulo, 64,3% em Fortaleza e 57,7% em Porto Alegre, dados apresentados por pesquisadores da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz). <http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/pesquisa-mostra-alta-incidencia-de-transtornos-mentais-na-populacao-de-quatro-capitais> Acesso em 23 fev/2017.

⁶²Um Mistagogo era um sacerdote grego, que servia o propósito da iniciação nos mistérios da religião, ensinando as cerimônias e os ritos. O mistagogo pode ser qualquer pessoa que favorece o contato com o sagrado, um educador ou pessoa que tem conhecimentos espirituais.

Conforme se verifica na sistematização da trajetória institucional, “a mística do MSMC se espelha na mística da Teologia da Libertação⁶³ que se preocupa em unir a fé com a vida na perspectiva de uma transformação da injustiça social, com ações concretas a serviço dos mais pobres, abandonados e excluídos” (Idem). Também fica explícito que qualquer pessoa, com sua própria experiência mística, que participa e assimila a mística libertadora pode atuar como mistagoga.

Observamos ainda a presença de um atrator⁶⁴ místico instalado pelo padre Rino Bonvini, no sítio Wopila do MSMC, em Maracanaú, denominado *Inipi*. *Inipi* é uma palavra lakota que corresponde a união dos termos ‘ini’ (*inyan* equivalente a rocha) + pi (que significa cabana), ou seja, ‘cabana das pedras’. Conforme explica Bonvini (pessoalmente), “*Inipi* vem de *ingaapi* que significa ‘*to live again*’, ‘*to make yourself new again*’, isto é “viver de novo, refazer você novamente, se renovar”. Materialmente é uma ‘cabana do suor’, montada de forma circular, com a colocação de pedras incandescentes em um círculo menor escavado no chão. As pedras são contadas em múltiplos de sete. Durante o ritual são entoadas canções lakota, pitaguary ou de outros povos originários, e também cânticos vinculados à teologia da libertação como o ‘pai-nosso dos mártires’.

Esse ritual é originalmente do povo Lakota Sioux e é praticado no Brasil em conformidade com aquela nação indígena que autorizou o padre Rino, que é adotado como lakota, a realizá-lo. Para o *inipi* acorrem colaboradores e amigos do padre Rino, para além da ação cotidiana do MSMC. Para melhor esclarecer esse fenômeno descrevemos um texto do padre Rino:

Outra experiência chave em minha vida foi o primeiro contato com os índios Lakota Sioux, em 1994. Participei de uma disciplina chamada “Diálogo entre a espiritualidade cristã e a espiritualidade Lakota”, que previa uma semana de estágio na aldeia, em Saint Francis, no estado do Dakota do Sul. O contato com a cultura Lakota foi um elo com minhas raízes, com a cultura do campo de minha infância. A visão cosmológica dos Lakota também é sistêmica, assim como a visão que adotei no meu trabalho no Bom Jardim.

⁶³ Ver item 2.6 desta dissertação.

⁶⁴ Qualificamos este evento como ‘atrator’, tendo em vista que funciona como um campo místico ecumênico extraordinário, no sentido de que “atrai” forças telúricas e espirituais capazes de contribuir com uma revivência de quem se permite mergulhar através de sensações corporais no intenso calor e na ritualística ali processada. Em GEOMETRIA “atrator refere-se diz-se de ponto ou conjunto de pontos para onde todas as trajetórias são conduzidas; em FÍSICA diz-se do estado no qual um sistema dinâmico eventualmente se estabiliza” (Dicionário infopédia da Língua Portuguesa sem Acordo Ortográfico [em linha]. Porto: Porto Editora, 2003-2017. <Disponível na Internet: <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa-ao/atrator>> Acesso, 21 de fev. 2017.

Ali encontrei a mesma visão do mundo que eu tinha na infância, onde tudo está interligado, “somos todos parentes”. Na tribo Lakota Sioux, o conceito de irmão vai além do humano, unindo animal, vegetal, mineral, todos os seres. Conheci os rituais Lakota como a sauna sagrada, a dança do sol, a busca da visão, e recebi do Xamã Adam Little Elk, a minha primeira pena de águia e uma pedra redonda para rezar na sauna. A pena havia pertencido à mãe dele. Na cultura Lakota quando se recebe uma pena de águia significa uma grande honra. Depois de alguns anos ele me adotou como irmão na família dele com o nome de Oyate Owicakeya Mani, que significa “Caminha ajudando o Povo” (BONVINI, 2013, p. 55).

Percebemos que esse fenômeno, no passado, teve relação direta com povos que habitam o Ceará. Durante uma busca por informações sobre a relação de etnias locais do Ceará com os povos indígenas estadunidenses, localizamos, em trabalho realizado para a sistematização da Abordagem Sistêmica Comunitária, um texto do historiador cearense Thomaz Pompeu Sobrinho, no acervo do Museu Histórico do Ceará, cuja relevância é resumida no comentário abaixo:

Na obra “Sistema de Parentesco dos Índios Cariris”, de Thomaz Pompeu Sobrinho (1947), o autor apresenta os resultados de pesquisas sobre a família Tupi-Guarani que revelam surpreendentemente uma grande semelhança com o sistema Dakota⁶⁵, com categorias de parentesco essencialmente idênticas, concluindo que existe um elo na organização social, fortuito ou não, de povos extraordinariamente apartados. Qualquer destas sociedades é na expressão de Redfield, um “mundo de parentesco” (POMPEU SOBRINHO, 1947, p. 165 apud BONVINI, 2013, p. 172).

A orientação para o “cuidado de si para cuidar bem dos outros se encontra, segundo Foucault (2006) na cultura da Grécia arcaica”. Ali, ele “verificou que na cultura grega o tema do ‘cuidado de si’ (*epiméleia heautou*) se articula com ‘o conhecimento de si’ (*gnôthi seautón*) (FOUCAULT, 2006 apud BONVINI, 2013, p. 92). Portanto, o cuidado é antecedido pelo autoconhecimento, que prepara o ser para “ocupar-se consigo mesmo definindo a prática deste cuidado como ‘exercício de um olhar, olhar que incide precisamente sobre si mesmo’”. Daí, surge a questão

⁶⁵ Os Lakota é o mais ocidental dos três grupos de Sioux, ocupando terras no Norte e South Dakota. Os sete ramos ou "sub-tribos" dos Lakota são Sicangu, Oglala, Itazipco, Hunkpapa, Miniconjou, Sicasapa e Ooinunpa. Entre as pessoas notáveis incluem Tatanka Iyotake (Sitting Bull) da banda Hunkpapa e Witko Tasunka (Crazy Horse), Manpiya Luta (Nuvem Vermelha), Hehaka Sapa (Alce Negro) e Billy Mills da banda Oglala. Nos EUA, o território da Lakota, Dakota e Nação Nakota abrange cerca de 200.000 km² no estado atual da Dakota do Sul e estados vizinhos. Os Lakota, Dakota e Nakota Nation (também conhecida como a Grande Nação Sioux) descendem dos habitantes originais da América do Norte e podem ser distribuídos em três grandes grupos lingüísticos e geográficos: Lakota (Teton, Rio de Dakota), Nakota (Yankton, Central Dakota) e Dakota (Santee, Dakota do Leste). Disponível em <https://lvsitania.wordpress.com/2010/08/02/lakota-dakota-sioux/> Acesso em 24. Fev/2017.

“*bleptéon heautón* (é preciso cuidar de si), que é traduzida como [é preciso] olhar para si mesmo” (FOUCAULT, 2006, apud BONVINI, p. 95).

O ensinamento proposto acima relaciona a ideia do conhecer para cuidar-se, do cuidar-se conhecendo a si em profundidade para estar em conectividade equilibrada consigo em condição de se relacionar corresponsavelmente como meio externo de forma a colaborar para o progresso do todo (família, ambiente de trabalho, comunidade, etc).

Podemos reconhecer aqui a origem da dimensão transcendente como necessária para o processo de identificação do sujeito que, na auto-observação, pode contemplar o elemento divino presente na própria essência; nesta descoberta reconhecer o elemento divino como seu próprio (BONVINI, 2013, p. 95).

Nessa reflexão, fica claro a inseparabilidade do ato de cuidar de si do ato de cuidar do outro, na perspectiva do serviço sagrado que se apresenta para além das formas tradicionalmente conhecidas nas terapias. A proposta é ir além, trabalhando a libertação de tudo o que oprime seja dor física, sofrimento psíquico, psicológico; bem como a superação dos processos de exclusão nas perspectivas econômica, social, cultural e ambiental.

Pudemos perceber que a tecnologia socioterapêutica do MSMC, ao largo de seus 21 anos de desenvolvimento consolidou um método que promove encontros restauradores voltados para os profissionais e trabalhadores, tanto os envolvidos na aplicação da própria tecnologia socioterapêutica, quanto para profissionais de quaisquer áreas de atuação. Esses encontros são o núcleo de sustentação dessa abordagem e são chamados de ‘Cuidando do Cuidador’.

3.4.4 A sintropia

À medida que escutamos os relatos de vida de usuários do MSMC, podemos perceber na prática o que é proposto na Abordagem Sistêmica Comunitária como ‘sintropia’. Antes das entrevistas, nas preliminares, percebemos que nenhum deles se sentiu em condições de responder a questões conceituais como esta, no entanto, suas falas resgatam a superação de situações caóticas experimentadas por perdas como uma morte, uma doença grave, uma dificuldade financeira duradoura, um ente em situação de dependência química, ou o

acometimento de um transtorno mental que se manifestou e perpetrou-se ao longo da vida.

As situações que geraram crises foram reparadas ou superadas através de um novo estado mental desenvolvido. A esta condição capaz de fazer cessar o caos instalado na mente, a metodologia do MSMC define como sintropia, dialogando com outras ciências.

A entropia é um conceito que vem da termodinâmica, que é a ciência do calor - utilizável em muitas outras disciplinas -, como a medida da desordem. A neguentropia, ao contrário, é uma medida da ordem na comunicação. (...) Um outro conceito interessante na nossa reflexão, citado por Koestler (1990), é o termo Sintropia que foi elaborado pelo biólogo fisiologista Szent-Gyorgyi. O termo Sintropia substitui o termo Neguentropia e é definido como um impulso inato da matéria viva para aperfeiçoar a si mesma. O biólogo chama a atenção para o seu equivalente no nível psicológico, definindo como um impulso para a síntese, para o crescimento, para a totalidade e o autoaperfeiçoamento (BONVINI, 2013, p. 187).

Seguindo uma reflexão a partir de o matemático Luigi Fantappiè, Bonvini (2013) descreve uma síntese acerca das causalidades da entropia e da neguentropia (sintropia). A reflexão resgata a ideia do Big Bang, a grande explosão (entropia) que mantém o universo em expansão, gerador de matéria e energia; Enquanto, em sentido oposto, se daria o Big Crunch, uma situação de grande contração, dando origem a anti-matéria e a anti-energia. Essa síntese aponta para uma relação com “as leis da vida”, geridas por uma tendência a convergir, num movimento oposto à desordem da explosão original. Nesse pressuposto, os seres vivos se encontram intrinsecamente a mercê das duas tendências opostas, ora em caos, ora em equilíbrio, a depender das condições estabelecidas em sua própria existência, pois a

lei da sintropia descreve os sistemas vivos como sistemas que convergem na direção de um atrator, um fim, um objetivo. O fim distingue claramente o que é vantajoso para vida daquilo que não é, o que é bom e o que não é bom. Quando nos afastamos do atrator se ativam campainhas de alarme como a depressão, a angústia, a crise, que têm a função de nos alertar para corrigir a rota e voltar ao caminho certo; ou vice-versa, o caminho da integração e do progresso seria caracterizado por sensações de bem estar e de paz interior (BONVINI, 2013, p. 188).

Na abordagem sistêmica comunitária a sintropia é um dos princípios de referência do serviço de cuidado, cujo serviço extrapola o que se convencionou como terapia. A esse serviço são conectados outros sentidos como o da produção cultural, da ativação política através da consciência crítica e da conscientização para

a busca da libertação, da superação de uma realidade de exclusão através do empoderamento, como descreveremos no capítulo seguinte. Essa conformação de amplitude dos serviços possibilita a percepção de que

Existe algo que está presente na essência do ser que pode ser percebido no nível inconsciente e super consciente, que pode orientar o caminho evolutivo e favorecer à realização de todos os potenciais da pessoa. Possibilitar o contato com o atrator, com a fonte da vida é o objetivo principal de todo o sistema socioterapêutico, de todas as técnicas, de todas as oportunidades, de todas as vivências proporcionadas pelo MSMC. É neste espaço-tempo sagrado, neste *aion*, nesta dimensão que o ser humano pode se recriar, renascer, transcender. Por isso, a pessoa precisa ser acolhida com a sua dimensão espiritual, sem preconceitos, valorizando as crenças e os rituais que podem favorecer este contato (BONVINI, 2013, p. 190).

A sintropia pode ser entendida como um caminho natural da matéria viva para existir e evoluir. No humanos, ela se realiza plenamente quando a pessoa encontra o ponto de equilíbrio biopsicossocioespiritual, conforme preconizam os protagonistas da ação socioterapêutica do MSMC.

3.4.5 A ecofilia

A palavra “philia” (filia) significa amizade, amor fraternal. Assim, cada vez que o humano cuida e permite ser cuidado pela natureza, ele realiza uma “ecofilia”. No conceito trabalhado no dia-a-dia do Movimento Saúde Mental Comunitária, a relação de amizade com a natureza vai além da ecologia, posto que na prática, a ecologia traz o humano para o centro; enquanto na ecofilia a ideia é que o humano esteja conectado aos demais elementos da natureza numa relação sintrópica - em que todos são percebidos como componentes do sistema vida, não há um centro.

A presença destacada de animais e plantas em espaços de acolhimento do MSMC denota o propósito da relação natureza-pessoa humana. É como um lembrete a dizer diariamente: todos estão conectados no mesmo propósito que é realizar a experiência de compartilhar sentidos, esforços e energias para o ‘bem viver’:

Então é a mesma relação, que a nossa mente ainda não é capaz, ou está em processo de descobrir, são coisas novas e que a gente a cada dia precisa tá com uma boa saúde mental, tá bem com a natureza pra poder perceber os fatos e os elementos que vão mostrar realmente o sentido da vida (Relato 4).

Nos deparamos, ao apreciar as falas de alguns colaboradores, com a questão sobre o sentido da palavra de herança grega ‘*philia*’. Seria equivalente a amor? Ou a amizade? E ainda: As plantas e os animais, de que forma podem ser entendidos em sua conexão com aquele ou aquela que fazem uma abordagem e cuidam?

Em Rocha (2006, p. 82), percebemos que a palavra *philia*, na concepção grega não se refere ao “amor que Platão definiu como Eros, nem com aquela outra forma de amor que se constitui pela doação de si, inteiramente gratuita e desinteressada, à qual a tradição bíblico-cristã deu o nome de “agape” (ἀγάπη).

Como Eros o amor é desejo, e o desejo, ao menos na perspectiva platônica, é a busca daquilo que falta a quem deseja e cuja falta é sentida como um mal, ou seja, como uma privação ou frustração. No Banquete, Platão diz que Eros é sempre desejo de alguma coisa (ἔρως τινοῦς). É precisamente a falta que marca fundamentalmente a natureza de nosso ser finito e limitado, que torna infundável a busca do desejo, porquanto mesmo quando atinge seu objeto e nele encontra a satisfação que almeja, esta satisfação em lugar de ser o ponto de chegada que põe fim à procura do desejo, é o ponto de partida de novas buscas e de novos desejos. Daí porque, para Platão, Eros nunca se satisfaz e está sempre na procura de um Bem superior, que só pode ser encontrado na contemplação mística do Bem em si no Mundo das Ideias. Na perspectiva cristã, o “amor-agape” define a especificidade do amor divino que Deus tem pelos homens e o amor que os cristãos, segundo o mandamento divino, devem ter entre si e até para com os seus inimigos. É uma forma de amor que a teologia cristã explica como sendo possível apenas com a ajuda da “graça” divina. Não é desta natureza o amor que os gregos denominaram de *Philia* (Idem, p. 82).

A reflexão de Rocha resgata o entendimento de Aristóteles para “*philia*”, como “uma forma de amor *sui generis*, uma forma de amor construído na troca e no intercâmbio em que se desenvolve a relação de doação recíproca, e na qual se nutre a relação intersubjetiva e a ‘convivência’ dos amigos”. Trata-se, pois de entender a amizade como uma manifestação de “amor especial, diferente tanto do amor-desejo, que é a mola propulsora do Eros platônico, quanto do amor-doação-gratuita na forma de uma ‘benevolência desinteressada e infinita’, que é a definição da ágape bíblico-cristã” (Idem p. 82).

Assim, compreendemos a ecofilia como a possibilidade do cuidado recíproco entre o humano e o outro elemento da natureza, movido por um profundo senso de amizade. A troca de cuidados de uma pessoa com uma planta - o ser que poda, aduba, rega - ; a planta que enverdece, brilha, floresce e desabrocha viçosa. O cão que recebe afago, alimento, cuidado e responde com aconchego, atenção e

zelo por seu amigo humano. Há também experiências com cristais⁶⁶ emissores de energia. Esses são indícios de processos ecofílico-terapêuticos pautados na subjetividade e troca de energia, induzidos aos usuários do Movimento. A conquista da saúde pode estar atrelada a manifestações simples e ao alcance da pessoa. São caminhos trilhados dentro da complexidade da vida.

Ainda que estas possibilidades de sintropia não tenham da ciência clássica uma posição clara sobre sua efetividade, os avanços experimentais da mecânica quântica e da nanociência, trabalham os indícios desses novos caminhos, um deles é o comportamento dos eletros como partículas ou onda, a depender da intenção do operador.

Segundo Capra (1983, p. 108), Niels Bohr afirmou que “as partículas materiais isoladas são abstrações, sendo que suas propriedades só podem ser definidas e observadas através de sua interação com outros sistemas”. O Princípio da Complementariedade enunciado por Niels Bohr demonstra que a realidade se apresenta como onda ou como partícula, que a natureza da matéria e da energia é dual e os aspectos ondulatório e corpuscular não são contraditórios, mas complementares. A natureza corpuscular e a ondulatória podem ser detectadas separadamente e surgem de acordo com o tipo de experiência. Mas onda e partícula são duas versões igualmente possíveis e complementares, embora mutuamente incompatíveis, de como objetos quânticos (como elétrons ou átomos) irão se revelar a um observador (BONVINI, 2013, p. 111).

Nas ações de prevenção e nas socioterapias do MSMC está comprovado que o cultivo amoroso de plantas, o cuidado dedicado a um animal de estimação, são atitudes que contribuem como um dos aspectos de favorecimento da harmonização psíquica de quem está padecendo de um sofrimento ou de um transtorno mental de menor ou maior intensidade. Isso nos foi revelado em alguns relatos em que a pessoa descreve que após meses de contato com a horta, com os animais, percebeu-se mais calma, capaz de organizar os pensamentos e voltar a uma vida produtiva, mesmo que padecedora de uma doença mental crônica. Em um desses casos, observamos que uma usuária do serviço de Residência Terapêutica (que acolhe casos crônicos de doença mental) desenvolveu uma profunda afinidade com uma cachorrinha, encontrando assim mais serenidade; enquanto o animal responde afetosamente a amizade que lhe é dedicada.

⁶⁶ A Abordagem Sistêmica Comunitária está aberta para novas possibilidades de cuidado terapêutico, assim acolhe a prática holística dos ‘cristais lemurianos’ ou cristais semeadores que teriam sido deixados por antigos mestres para distribuir energias positivas e liberar informações espirituais aos seus portadores. Já tendo havido formação específica na instituição para se saber lidar com esta perspectiva de socioterapia.

Os interlocutores revelam que ao cuidar com afeto de um ser que a natureza disponibilizou, a pessoa facilita seu equilíbrio psicológico, se torna serena e fortalecida para enfrentar as adversidades do dia-a-dia. A amizade com elementos da natureza também envolve o contato com argilas e cristais, pois a energia que está presente nesses elementos é compartilhada, contribuindo para o bem estar do corpo e da mente.

Nas ações preventivas com crianças, adolescentes, adultos e idosos, através da Abordagem Sistêmica Comunitária, sempre se cria as condições para uma aproximação amorosa com a natureza. Com os animais, também já é comprovada a “pet-terapia”. No MSMC, a relação com as plantas, além das farmácias vivas (fitoterapia, elixires, chás, lambedores, etc), cada pessoa é estimulada a cultivar plantas, sejam flores, hortaliças, ervas e árvores.

A troca de energia entre pessoas e plantas também é confirmada no saber popular, advindo da tradição indígena e negra. Como é o caso das rezadeiras que utilizam, entre outras, a folha do pinhão roxo para captar a energia de um quebranto que fez adoecer uma criancinha; o caso também de plantas que captam o ‘mal olhado’ murchando, protegendo assim os moradores da casa, etc. Essas são afirmações típicas, encontradas em rodas de conversa de pessoas da comunidade acolhidas na Palhoça do MSMC.

De acordo com Bonvini (2016, p. 2) os índios Lakota, dos Estados Unidos, têm a ecofilia como manifestação essencial de sua tradição, pois aquele povo “traz esta grande percepção que se resume em uma frase: *Mitakue Oyasin*, que significa somos todos parentes, somos todos interligados, somos todos relacionados”. A expressão é traduzida para o inglês, como *My all relatives*, e em tupi-guarani é *iandé memé maranongara*, conforme descrevem os índios Pitaguary, parceiros do MSMC. A expressão representa um compromisso étnico com a natureza:

Nós aprendemos a vivenciar o relacionamento com a natureza como parte da gente, como parte de nós mesmos. Então, os animais, os vegetais, até os minerais, e até os seres invisíveis, dependendo das várias culturas, fazem parte desse todo e precisam ser acolhidos, respeitados e honrados, porque fazem parte do mistério da vida. (...) [No MSMC] nós geramos esta nova dimensão de interação e interligação sintrópica que leva a uma aceleração do processo revolucionário de transformação de uma nova sociedade, de uma nova maneira de vivenciar a saúde mental, de vivenciar a nossa sociedade como um todo. (...) A ecofilia supera o contexto da ecologia que, baseada em um princípio antropocêntrico, se preocupa sobretudo com o ser humano, com os interesses do ser humano no planeta; mas a ecofilia desenvolve um relacionamento de amizade com a natureza.

Então, se preocupa até a sétima geração, segundo os princípios da cultura indígena [Lakota], de como será a qualidade de vida no planeta daqui a sete gerações (BONVINI, 2016, vídeo).

A ecofilia é um dos aspectos da Abordagem Sistêmica Comunitária que contribui para a prevenção e a cura de enfermidades mentais. Ela pode ser vista como uma manifestação da “ecologia profunda” que descreve a teia da vida, em cuja teia o humano é um dos bilhões de “fios” que a constitui. Por isso, “necessitamos aprofundar nossa capacidade para a compaixão, para construir comunidades, para a solidariedade, e precisamos acordar nosso senso de pertença para com a terra, e assim descobrir nosso ‘eu ecológico’ (BOFF; HATHAWAY, 2012, p. 19).

3.4.6 As inteligências múltiplas

Ao dialogar com o espectro teórico dos serviços do MSMC, identificamos o desenvolvimento das inteligências múltiplas como um dos princípios norteadores de sua atuação socioterapêutica e inclusiva. O MSMC trabalha o conceito de inteligências proposto por Gardner, que é plural e está em consonância com a missão de promover a evolução pessoal, com o despertar dos potenciais criativos que se desenvolvem em um ambiente cultural e comunitário.

Verificamos que a literatura da Psicologia traz uma diversidade de definições para a inteligência humana. Santos (2002, p.7), agrupou algumas dessas propostas, resumindo inteligência como sendo a “capacidade global do indivíduo que se expressa pela sua facilidade em aprender, atuar eficientemente sobre o meio e pensar abstratamente”. Essa mesma autora recorda que Francis Galton foi o primeiro a tentar medir a inteligência.

Galton estabeleceu um pequeno laboratório em um museu da Londres, expressamente para o propósito de medir as capacidades humanas. Admitindo que as pessoas com desvantagens mentais podiam ter falta de acuidade sensorial, ele decidiu que as capacidades intelectuais e perceptuais poderiam estar altamente relacionadas. Se assim fosse, uma poderia proporcionar um índice da outra. Por isso, Galton começou a avaliar tais características, como acuidade visual e auditiva, sentido da cor, julgamento visual e tempo de reação. Media as atividades motoras, inclusive o “vigor do puxar e do apertar” e a “força do sopro também”. Em breve, muitos outros psicólogos estavam igualmente empenhados em procurar criar testes de capacidades intelectuais (SANTOS, 2002, p. 7).

A proposta de Galton era bastante abrangente, por isso, talvez a primeira medição de fato tenha se dado em 1904, quando os psicólogos franceses Binet e Simon iniciaram uma medição da inteligência de estudantes franceses. Em resumo, esses pesquisadores procuraram comparar a competência da média dos estudantes em relação àqueles considerados acima da média. Assim, “Binet e Simon desenvolveram uma grande variedade de tarefas que enfatizavam diferentes aspectos como julgamento, compreensão, raciocínio, atenção, memória e outros” (SANTOS, 2002, p. 8).

A novidade chegou aos Estados Unidos e o psicólogo Lewis Terman, elaborou “uma versão amplamente aceita do teste de Binet para americanos em 1916 e foi quem primeiro se utilizou do conceito de ‘quociente intelectual’ (Q.I.), atribuído ao psicólogo alemão Willian Stern, como um indicador de inteligência” (IDEM, p. 9).

No entanto, a importância dos testes de Q.I., adotados há mais de cem anos, foi diminuída à medida que foi criado o conceito de inteligência emocional por Daniel Goleman, psicólogo PhD de Harvard, no final dos anos de 1980. Para Goleman, a inteligência emocional tem maior impacto na vida social, pois para alcançar sucesso, uma pessoa utiliza apenas 20% de Q.I., enquanto outros 80 % estão relacionados à inteligência emocional (I.E.). A Inteligência Emocional compreende:

1) Autoconhecimento - capacidade de reconhecer os próprios sentimentos usando-os para tomar decisões que resultem em satisfação pessoal. Quem não entende seus sentimentos está a mercê deles. Quem entende pilota melhor sua vida. Faz opções acertadas sobre com quem casar ou que emprego aceitar. 2) Administração das emoções - habilidade de controlar impulsos, dispersar a ansiedade ou direcionar a raiva à pessoa certa, na medida certa e na hora certa. 3) Automotivação - habilidade de persistir e se manter otimista mesmo diante de problemas. 4) Empatia - habilidade de se colocar no lugar do outro, de entender o outro e de perceber sentimentos não-verbalizados num grupo. 5) Arte do relacionamento - capacidade de lidar com as reações emocionais dos outros, interagindo com tato (SANTOS, 2002, p. 3).

Percebe-se o pressuposto da I.E. está diretamente relacionado com o processo de comunicação trabalhado na teoria da Abordagem Sistêmica Comunitária, como descrevemos no tópico da pragmática da comunicação. Assim como na trofolaxe humana, em que o indivíduo é estimulado a realizar o autoconhecimento, base para a comunicação intrapessoal, bem como para

fortalecer sua autoestima e sua relação comunicacional com o meio externo: o outro, a família, a comunidade, etc.

Além disso, ao observamos o Programa Sim à Vida do MSMC, que trabalha a prevenção às drogas, acolhendo crianças e adolescentes em quatro locais, realizando vivências preventivas nas escolas e encaminhando familiares dessa ação para os serviços sociais e de saúde, tendo como objetivo alcançar o intento de evitar o envolvimento de seus participantes, na faixa etária de 7 as 14 anos, especialmente, em situações de dependência química e suas consequências; percebemos que junto às crianças e adolescentes são enfatizadas ações que estimulam o desenvolvimento das inteligências múltiplas⁶⁷.

Essas ações desenvolvem atividades de artes visuais, de música, de coreografia e dança, de teatro, de contação de histórias que procuram responder a propositura teórica de desenvolver um eixo integrado de 'arte+música+espetáculo=AME'. Cujo eixo foi propulsor da criação de um espaço diferenciado nas ações do MSMC, denominado Casa AME, onde funciona um dos núcleos do projeto de prevenção às drogas.

As experiências individuais proporcionadas pelo MSMC pretendem gerar significados particulares em cada criança. Como no dizer de Vygotski, cada pessoa proporciona um significado particular ao que vivencia. Apreender o que a realidade oferece e desenvolver um determinado aprendizado está interrelacionado. Mas para ser assimilado o conteúdo precisa fazer sentido a quem com ele se relaciona (SANTOS, 2002, p. 12).

Dois relatos de vida dão conta dessa produção de sentido na vida dos jovens que passaram pela experiência de prevenção do MSMC. São jovens escolhidos, aleatoriamente, entre outros que passaram parte de suas vidas vinculados ao projeto:

Tou aqui até hoje, com 22 anos, no Grupo Pé na Rua que tem alguns integrantes do Semearte. Já fiz quatro filmes com eles. Já fiz peças de teatro. (...)Quando eu tinha 16 anos e montei a minha primeira banda, ele [MSMC] me deu a oportunidade de cantar no Cante, Dance e Pinte o 7. Aqui mesmo, aqui fora da Palhoça [na rua]. Tipo inesquecível, porque ele ali, tipo deu um pontapé inicial pra uma carreira musical. (...) Depois do teatro, da música, de levar o nome do Movimento assim pra música

⁶⁷ A utilização de técnicas e práticas de arte, música e espetáculo, nas atividades do MSMC não se restringem a este programa; no entanto tal programa é referência na prática de tais procedimentos indutivos que visam o despertar das inteligências múltiplas - potenciais latentes em todos os seres humanos.

também. E daqui que eu saí. E lá fora... Eu acho assim, as pessoas dizem: - Ah, essa menina tá bem! Essa menina conquistou coisas. Essa menina é um exemplo, né! (Relato 2).

E eu conheci a arte, a música, a dança através da capoeira com ele [Flávio Garra, educador do MSMC]. Eu lembro que na época a gente fez uma pecinha com o grupo de capoeira que era o renascimento de um guerreiro... Que a gente falava da questão do Besouro que é um grande capoeirista da Bahia, e tal. E aí, a partir disso, através da capoeira que envolve tantas coisas: a dança, a música, com o Maculelê e a interpretação... O conhecimento vasto em relação aos ritos da capoeira. O próprio contato com as tribos indígenas, com a Pitaguary, principalmente, [e] dançar o toré. Foi primordial. E a partir dali é meu ponto de partida pra minha vida artística de hoje (Relato 3).

O psicólogo Howard Gardner, pesquisador da Universidade de Harvard, ao apreciar o sucesso profissional de estudantes que haviam tido baixo desempenho escolar, questionou a avaliação escolar “limitada à valorização da competência lógico-matemática e da linguística”. A partir de então começou a desenvolver a teoria das inteligências múltiplas ao afirmar que “cada indivíduo possui diversos tipos de inteligência, o que chamamos em linguagem comum de dom, competência ou habilidade” (SANTOS, 2002, p. 15-16). De acordo com Gardner (1995, p. 14) “a inteligência é a capacidade de resolver problemas ou elaborar produtos valorizados em um ambiente cultural ou comunitário”

Na sua teoria, Gardner propõe que todos os indivíduos, em princípio, têm a habilidade de questionar e procurar respostas usando todas as inteligências. Todos os indivíduos possuem, como parte de sua bagagem genética, certas habilidades básicas em todas as inteligências. A linha de desenvolvimento de cada inteligência, no entanto, será determinada tanto por fatores genéticos e neurobiológicos quanto por condições ambientais (SANTOS, 2002, p.16).

Na teoria de Gardner, as inteligências se vão desenvolvendo por estágios que começam na primeira infância, do zero aos cinco anos, com a competência para compreender símbolos, na medida em que é desenvolvida a competência conotativa. A partir dos sons se distingue a música, na contação de histórias se possibilita a compreensão inicial da linguagem, os desenhos facilitam as primeiras assimilações de inteligência espacial.

À medida que as crianças progredem na sua compreensão dos sistemas simbólicos, elas aprendem os sistemas que Gardner chama de sistemas de segunda ordem, ou seja, a grafia dos sistemas - a escrita, os símbolos matemáticos, a música escrita etc. Nesta fase, os vários aspectos da cultura têm impacto considerável sobre o desenvolvimento da criança, uma vez que ela aprimorará os sistemas simbólicos que demonstrem ter maior eficácia no

desempenho de atividades valorizadas pelo grupo cultural (SANTOS, 2002, p. 17).

A equipe de pesquisadores de Harvard, coordenada por Gardner, em 1985, identificou sete inteligências: lingüística, lógico-matemática, espacial, musical, cinestésica, interpessoal e intrapessoal. Mais adiante, Gardner considerou em seus estudos mais duas inteligências: a naturalista e a existencial. Santos (2002, p. 20), afirma que, de acordo com Gardner, “os seres humanos dispõem de graus variados de cada uma das inteligências e maneiras diferentes com que elas se combinam e organizam e se utilizam dessas capacidades intelectuais para resolver problemas e criar produtos”.

Bonvini (2013, p. 86), comenta que “a inteligência naturalista ou ecológica” e a “inteligência existencial ou espiritual”, tratam, pois, de dois campos potenciais desenvolvidos na Abordagem Sistêmica Comunitária “que poderão ser ativados e desenvolvidos, dependendo dos valores de uma cultura específica, do ambiente e do contexto social”. A seguir, Bonvini descreve e comenta as nove inteligências propostas por Gardner:

- 1) Inteligência verbal/lingüística - Os componentes centrais da inteligência lingüística são uma sensibilidade para os sons, ritmos e significados das palavras, além de uma especial percepção das diferentes funções da linguagem.
- 2) Inteligência musical - habilidade para apreciar, compor ou reproduzir uma peça musical.
- 3) Inteligência lógico-matemática - sensibilidade para padrões, ordem e sistematização. É a habilidade para lidar com séries de raciocínios, para reconhecer problemas e resolvê-los. Os matemáticos desejam criar um mundo abstrato consistente, os cientistas pretendem explicar a natureza.
- 4) Inteligência espacial - capacidade para lidar com espaços abertos, a percepção de formas espaciais, de relações e padrões visuais, raciocinado com essa visão por exemplo, a visualização tridimensional.
- 5) Inteligência cinestésica ou corporal - habilidade para resolver problemas ou criar objetos através do uso de parte ou de todo o corpo. É a habilidade para usar o próprio corpo de maneiras diferentes e hábeis, com autocontrole corporal e com coordenação motora.
- 6) Inteligência interpessoal - É a capacidade de relacionar-se com as pessoas, aceitando e compreendendo suas intenções, motivações, humores, temperamentos e desejos. Na convivência com os outros, favorece um relacionamento eficiente com respostas adequadas.
- 7) Inteligência intrapessoal - Esta é a inteligência da autoestima e do autoconhecimento. Ela define a capacidade de relacionamento consigo mesmo, a habilidade de lidar com sentimentos e emoções canalizando-os para a auto realização. Ela é essencial para manter a orientação no caminho escolhido, considerando ideias, valores, necessidades, sonhos, visões e desejos, fortalecendo a autoimagem.
- 8) Inteligência naturalista ou ecológica – sensibilidade para perceber e organizar fenômenos e padrões da natureza, como a diferença entre as espécies da fauna e da flora, compreendendo as complexas interações entre eles, é típica da cultura indígena. Trata-se também da capacidade de uma sentir-se parte de um todo, conectada como um componente natural, sensível ao meio-ambiente e possibilitando o desenvolvimento da ecofilia – amizade com a natureza numa perspectiva de

ligação e parentesco, típica da cultura Lakota Sioux. 9) Inteligência existencial – competência de se situar em relação aos limites extremos do universo, de se situar em relação a elementos da condição humana como o significado da vida, o sentido da morte, o destino final do mundo físico e psicológico e experiências profundas como o amor de outra pessoa ou a total imersão numa obra de arte (BONVINI, 2013, p. 86).

A teoria de Gardner tem a perspectiva de pensar de forma plural e interconectadas as nove inteligências, podendo uma ou outra se sobrepôr no processo criativo e solucionador de problemas. No MSMC, percebemos que embora haja um foco nas inteligências relacionadas à arte (espacial), à música e ao espetáculo (cinestesia), de forma transdisciplinar também são trabalhadas as outras seis inteligências, umas tem maior evidências nas terapias, outras nos processos educativos para a formação profissional.

3.4.7 A autopoiese comunitária

“A característica que define um sistema autopoietico é o fato de que ele se recria continuamente dentro de uma fronteira por ele próprio construída” (CAPRA, 214, p. 429).

Para entender a autopoiese, precisamos visualizar a comunidade como um sistema vivo, em constante movimento interno, e em conexão com macrossistemas (meio externo), embora circunscrita a fronteiras geográficas, econômicas, culturais, ambientais, etc. Para pensar esse paradigma, poderíamos imaginar o corpo humano e seu funcionamento para, em seguida, elaborar um raciocínio comparativo, uma vez que nesse corpo se estabelece uma série de sistemas integrados para fazê-lo funcionar a exemplo do sistema cardiovascular, respiratório, digestivo, nervoso, sensorial, endócrino, excretor, urinário, reprodutor, esquelético, muscular, imunológico, linfático e tegumentar. Pois bem, a cada um desses sistemas inerentes ao corpo poderíamos chamar de subsistemas a ele integrados. Cada um deles envolve órgãos que se relacionam para a realização das funções vitais do organismo.

Daí, pensar uma pessoa, uma família, uma comunidade de forma sistêmica nos leva a ideia de que cada sistema reúne muitos subsistemas numa rede de conexões a perdemos de vista. E essas conexões são amplificadas com o reforço das comunicações instantâneas através da troca de informações via telefone celular e Internet.

Não podemos esquecer que toda organização humana pode ser considerada como um sistema. Se adotarmos essa forma de compreender o comportamento humano, toda situação-problema deve ser vista e tratada como inserida em um dado contexto. Se não percebermos a questão desta forma, nosso trabalho dar-se-á de forma mecânica, uma vez que desconsiderará as três dimensões presentes em todo sistema: relações, contexto e processo (BARRETO, 2008, p. 181).

As relações, a exemplo da trofolaxe humana, tanto comunicam quanto proporcionam a interdependência entre os membros de uma mesma comunidade. Por isso, “a abordagem sistêmica não se preocupa em encontrar um culpado” para o problema identificado, ou seja, “não se preocupa em buscar uma causa isolada”, pois as causas são múltiplas (BARRETO, 2008, p.193). Cada problema surge em um contexto de relações, acontecimentos, condições de vida, crenças, etc.

O papel dos terapeutas e demais profissionais, através da abordagem sistêmica, é se aproximar da pessoa e ajudá-la a perceber o contexto em que ela se encontra. Cuidar é também sensibilizar a pessoa para desenvolver a consciência crítica acerca do sofrimento ou carência, conhecer sua realidade e perceber a conexão dessa realidade pessoal com o todo em que ela está inserida: família, comunidade, ambientes (escolar, profissional, religioso, esportivo, lúdico, etc), bairro, cidade, país, planeta...

Nessas duas décadas, o MSMC vem construindo um método que se utiliza da “teoria dos sistemas complexos e auto-reguladores ou *autopoiesis*” (SANTOS, 2010, p.141). Como percebemos na apreciação do estatuto e conjunto de ações, a experiência reúne médicos, pedagogos, assistentes sociais, entre outros, e pessoas da comunidade, respeitando os conhecimentos de cada e procurando desconstruir uma visão reducionista (com certezas pré-estabelecidas) para avançar em processos de ‘co-laborativos’⁶⁸, ou seja, serviço colaborativo, enfrentando crises e incertezas para superá-las a cada dia em um movimento de continuado refazer-se.

Na perspectiva de uma ação autopoietica (MATURANA; VARELA, 2004) os participantes são estimulados a se perceberem ao mesmo tempo como unidades e como todos, integrados ao sistema da vida, rompendo com a ideia da fragmentação em que um organismo é apenas analisado parte por parte, sem levar

⁶⁸ Aqui colaborar ganha ênfase de serviço corresponsável, ou seja: Co, do latim *cum* = com, (prefixo), elemento com o sentido de companhia, concomitância, simultaneidade, + *Labor* (latim) que equivale a trabalho, sendo convertido em estar a ‘serviço de’, servir através da realização de uma colaboração, que também ganha o sentido de ‘co-elaborar’, produzir a cada crise um novo sentido para o viver.

em conta os fenômenos desenvolvidos em cada conexão entre essas mesmas partes.

A autopoiese comunitária induz à compreensão de que os fenômenos sociais e as respostas vitais são interdependentes, girando em torno de múltiplas conexões e de possibilidades que se vão efetivando na medida em que ocorrem estas 'sinapses' criativas e sociopartilhadas, como a imitar as sinapses dos neurônios, concretizando novas situações. Maturana e Varela (2004) esclarecem que será necessário, constantemente,

dar-se conta de que não se pode tomar o fenômeno do conhecer como se houvesse 'fatos' ou objetos lá fora, que alguém capta e introduz na cabeça. A experiência de qualquer coisa lá fora é validada de uma maneira particular pela estrutura humana, que torna possível 'a coisa' que surge na descrição. Essa circularidade, esse encadeamento entre ação e experiência, essa inseparabilidade entre ser de uma maneira particular e como o mundo nos parece ser, nos diz que todo ato de conhecer faz surgir um mundo... Todo fazer é um conhecer e todo conhecer é um fazer (MATURANA; VARELA, 2004, pp. 31-32).

A autopoiese (do grego: *auto* "próprio" + *poiesis* "criação") pressupõe um sistema integrado capaz de se autoproduzir, que mesmo circunscrito a um corpo ou a um território, mantém permanente conexão com o meio externo com o qual realiza trocas vitais (BONVINI, 2013). Para compreender o fenômeno autopoietico na comunidade – autoprodução de soluções continuadas para sofrimentos, perdas, ameaças, insegurança e situações geradoras de exclusão –, percebemos a adoção da ideia de complexidade, que engloba os múltiplos aspectos de uma realidade.

Assim, conhecendo a realidade é possível dialogar e negociar com ela. A "complexidade é uma palavra-problema" não encerra em si uma resposta (Morin, 2006, p.5). Não elimina a simplicidade; ao contrário, congrega um grande número de fenômenos.

A complexidade surge, é verdade, lá onde o pensamento simplificador falha, mas ela integra em si tudo o que põe ordem, clareza, distinção, precisão no conhecimento. Enquanto o pensamento simplificador desintegra a complexidade do real, o pensamento complexo integra o mais possível os modos simplificadores de pensar, mas recusa as conseqüências mutiladoras, redutoras, unidimensionais e finalmente ofuscantes de uma simplificação que se considera reflexo do que há de real na realidade (MORIN, 2006, p. 5).

Por outra perspectiva, complexidade não é sinônimo de completude, embora busque relacionar conexões 'inter', 'trans' e multidisciplinares fragmentadas

pelo pensamento simplificador que recorta, divide e esconde aquilo que “religa, interage, interfere”. A complexidade produz o conhecimento “multidimensional”, sendo mobilizada “por uma tensão permanente entre a aspiração a um saber não fragmentado, não compartimentado, não redutor, e o reconhecimento do inacabado e da incompletude de qualquer conhecimento” (MORIN, 2006, p.6).

Na prática, os indutores da Abordagem Sistêmica Comunitária procuram realizar procedimentos que levam o indivíduo a se comunicar consigo e com a realidade que o envolve. Relaxamento, meditação, técnica de renascimento, autoconhecimento, possibilitam o desenvolvimento da conectividade da pessoa com sua própria essência; partilha de saberes e experiências propiciam novos hábitos; leitura da realidade estimula a conscientização e o posicionamento político.

A participação de colaboradores e usuários dos serviços do MSMC no Grito dos Excluídos - movimento político de protesto contra a situação de descaso do governo em relação às populações empobrecidas, que pugna por efetivação de políticas de saneamento, meio ambiente, moradia, saúde e emprego – é um exemplo da manifestação de uma conscientização política. Verificamos essa participação em setembro de 2016, como também em anos anteriores.

Outro exemplo está no campo da cultura, quando é estimulada a manifestação carnavalesca dos usuários e seus familiares, cujo evento além do aspecto lúdico tem um viés político, voltado para a inclusão das pessoas em situação de tratamento mental na boa convivência com a comunidade. Trata-se de uma postura contra o estigma da doença mental que, historicamente, isolava e excluía. Percebe-se uma representativa adesão de usuários da saúde mental e de seus familiares nas concentrações e cortejos.

No Bom Jardim, realiza-se o cortejo de rua chamado CarnaCAPS – carnaval da Atenção Psicossocial – e ensaios do bloco carnavalesco ‘Doido é Tu’ cujo bloco participa do desfile oficial de Carnaval de Fortaleza, conforme já comentado no capítulo anterior. Essas mobilizações são, no entendimento dos profissionais do MSMC, uma resposta autopoiética da comunidade a processo de opressão econômica e simbólica, pois elas manifestam luta por direitos e postura contra o preconceito.

A autopoiese comunitária e se vai construindo gradualmente a partir de uma realidade vivenciada e das possibilidades dos participantes. Conforme a práxis

do MSMC, a comunidade está sempre em movimento. A cada momento despontam situações emergentes, seja envolvendo um indivíduo e seu sofrimento ou uma família e seu problema. A resposta autopoiética envolve a pertença àquele problema e o compromisso em ajudar a solucionar. Ali é gerado um sentimento solidário pela busca da resposta com o acionamento da rede de relações e das possibilidades comunicativas. Nem sempre a comunicação é consensual, há disparidade também. Por isso se aciona a trofolaxe humana através do sistema de permutas cognitivas e trocas materiais ou simbólicas.

4 ABORDAGEM SISTÊMICA COMUNITÁRIA E A CONECTIVIDADE RADICAL

Ao realizar observações de campo, acompanhando o funcionamento da terapia comunitária, dos grupos de autoestima, dos encontros de arteterapia, dos serviços de prevenção ao contato primário com as drogas, a exemplo de outras atividades desenvolvidas nos espaços de acolhimento, escuta e cuidado do Movimento de Saúde Mental Comunitária, se percebe a construção de um vínculo entre as pessoas ali acolhidas e a instituição.

Em muitos casos há uma relação direta com a pessoa do psiquiatra Rino Bonvini, padre católico, missionário da Comboniano, fundador do MSMC. Sempre disponível, Bonvini dá atenção e cuidado a quem o procura para falar de um sofrimento, um adoecimento ou um problema de outra natureza. Há casos de pessoas que ingressaram nos serviços de cuidado socioterapêuticos a partir do ingresso em uma das práticas de cuidado, aí também é evidenciado um ou outro nome do respectivo terapeuta; outros grupos de pessoas acorreram ao serviço socioterapêutico após passar pelo acolhimento do CAPS Comunitário do Bom Jardim, ou ainda por outros caminhos relacionados a condicionantes sociais como fome e desemprego.

Pudemos perceber que esses contatos iniciais propiciam o surgimento de vínculos que, a partir da relação de cuidado, podem permanecer por muitos meses ou anos. Nesta dissertação, conforme mencionado em sua introdução, nos ativemos aos contatos de duração igual ou superior a doze meses para a coleta de opiniões dos usuários, cujas exposições denominamos de 'relatos de vida'; entanto observamos também casos de acolhimentos recentes quando fazíamos observação participante junto aos grupos de socioterapias.

Para colher os relatos optamos por escolher, aleatoriamente, pessoas que estivessem disponíveis para descrever sua relação com o MSMC, mas que atendessem ao critério de estar há pelo menos um ano numa relação de recebimento de cuidados preventivos, socioterapêuticos ou socioinclusivos. Algumas dessas pessoas chegam a ter uma relação permanente com o MSMC há mais de vinte anos, ou seja por toda a existência da própria instituição. A partir daí, realizamos entrevistas abertas nas quais buscamos apreender a conectividade

desenvolvida na relação da pessoa com o Movimento e o produto dessa relação continuada na perspectiva da própria pessoa.

O olhar sobre essa relação vai nos ajudar a ter uma dimensão da efetividade dos serviços do MSMC em suas vidas, prevenindo ou favorecendo condições de conservação da saúde mental. Trata-se portanto, de colher as verdades intersubjetivas das pessoas usuárias dos serviços, uma vez que esta pesquisa está circunscrita ao campo sociológico do conjunto de um serviços socioterapêuticos inserido na política pública da saúde mental através da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS.

Ao buscar conhecer aspectos qualitativos da vinculação dos usuários aos sistema de serviços do MSMC, percebemos a preocupação dos profissionais da instituição em induzir as pessoas a serem protagonistas da própria existência, por meio de processos mediados por técnicas e sessões vivenciais da Abordagem Sistêmica Comunitária (ASC) desenvolvida no MSMC.

4.1 OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE

Uma conceituação consolidada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) diz que a definição de saúde vai além da simples ausência de doenças. Na verdade, só é possível à pessoa se dizer plenamente saudável quando experimenta um pleno bem-estar físico, mental e social. No exercício da Abordagem Sistêmica Comunitária se busca ainda a quarta dimensão da saúde que está no campo da espiritualidade; isto é, a relação com o transpessoal, aquilo que está além da realidade objetiva. Destarte se defende uma homeostase biopsicossocioespiritual em uma permanente conexão com a comunidade e com o meio ambiente, como vimos no capítulo anterior.

Entre os fatores diversos que podem colocar em risco a saúde mental dos indivíduos, distinguidos pela OPAS (2016, p. 1), estão “as rápidas mudanças sociais, condições de trabalho estressantes” ou ausência de trabalho e renda, “discriminação de gênero, exclusão social, estilo de vida não saudável, violência e violação dos direitos humanos”, pois são

Múltiplos fatores sociais, psicológicos e biológicos determinam o nível de saúde mental de uma pessoa. Por exemplo: as pressões socioeconômicas contínuas são reconhecidas como riscos para a saúde mental de indivíduos e comunidades. A evidência mais clara está associada aos indicadores de pobreza, incluindo baixos níveis de escolaridade. Há também fatores psicológicos e de personalidade específicos que tornam as pessoas vulneráveis aos transtornos mentais. Por último, há algumas causas biológicas, incluindo fatores genéticos, que contribuem para desequilíbrios químicos no cérebro (OPAS, 2016, Internet).

Percebemos que os componentes conceituais constituintes do método da Abordagem Sistêmica Comunitária, inclusos na práxis do Movimento Saúde Mental Comunitária (MSMC), estão em perfeita sintonia com o que difundido pela OPAS/OMS. A tecnologia em estudo aponta uma metodologia construída a partir da visão do processo de prevenção e reconstituição/conservação da saúde mental calcada na participação da comunidade e na interface de saberes biomédicos, práticas culturais locais e conhecimentos consolidados no âmbito de técnicas terapêuticas alternativas, muitas delas seculares como aquelas advindas da herança indígena brasileira, da matriz africana ou da tradição oriental, entre outras.

A perspectiva integradora do serviço, por sua vez, envolve entes públicos e privados em nível de efetivação da política pública da saúde mental e da inclusão social voltada para os Determinantes Sociais da Saúde; ao passo que integra também, numa visão multidisciplinar e transdisciplinar de políticas de saúde, de assistência social, de educação, profissionalização e de produção cultural.

De acordo com Buss e Pellegrini Filho (2007) os Determinantes Sociais da Saúde

são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. A comissão homônima da Organização Mundial da Saúde (OMS) adota uma definição mais curta, segundo a qual os DSS são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham. Nancy Krieger (2001) introduz um elemento de intervenção, ao defini-los como os fatores e mecanismos através dos quais as condições sociais afetam a saúde e que potencialmente podem ser alterados através de ações baseadas em informação. Tarlov (1996) propõe, uma definição bastante sintética, ao descrever os DSS como “as características sociais dentro das quais a vida transcorre” (p. 78).

4.2 CONECTIVIDADE RADICAL, CONSCIENTIZAÇÃO E EMPODERAMENTO

Decidimos inferir aspectos que ratificam a efetividade dos serviços do MSMC utilizando uma reflexão dialógica com as categoria teóricas que permeiam a obra de Paulo Freire, quais sejam “conectividade radical”, conscientização e

empoderamento (MAFRA, 2007, p. 8). Para isso, procuramos acurar nas respostas de usuários da ASC a manifestação da conectividade radical, descrita a seguir, como suporte para o equilíbrio existencial, a conseqüente ativação da saúde mental e a emergência da autopoiese comunitária – movimento continuado de vitalidade sociopolítica transformadora.

A categoria conectividade presente na obra de Paulo Freire, é um eixo reflexivo que guia sua produção teórica, que é permanentemente ligada à experiência de sua própria vida, pautada na consciência do sujeito histórico. A conectividade “traduz-se por um conjunto de disposições epistemológicas, axiológicas e praxiológicas, dimensões componentes da totalidade existencial” (MAFRA, 2007, p. 8). Mafra analisa a obra e a vida de Freire em livros, vídeos e entrevistas nas mais variadas formas para construir a imagem do “menino conectivo” que se percebe ser cuidadosamente retomado por Freire no percurso de suas falas e escritos. A partir daí projeta-se o estudo dessa categoria de fundo, uma vez que

a conectividade é uma categoria-mestra que, em Paulo Freire, aglutina e amarra um conjunto de outras categorias fundantes na forma de construir conhecimento, valores e práticas sociais [como consciência crítica e empoderamento]. Esse trabalho se consolidou também como um esforço para pensar o sentido dessa categoria como tema epocal e suas possíveis implicações na organização da vida, em favor da construção da cultura da planetaridade e da vida sustentável, em oposição à lógica desumanizadora do sistema-mundo fundado no paradigma da globalização predatória e, por sua natureza, opressora (MAFRA, 2007, p. 8).

O estudo de Mafra identifica na obra de Freire a permanente preocupação com o menino criativo (ou a menina criativa) que precisa continuar sendo acionado na vida adulta. Ali, reside a problematização constante da criança que pergunta, que problematiza, que também expressa sua criatividade, livre das amarras e limitações do mundo adulto. Para elucidar a categoria conectividade, nossa pesquisa faz um exame dos valores, buscando examinar a perspectiva axiológica da obra de Freire. Faz também um resgate epistêmico, ou seja, aprecia a produção teórica do autor; bem como verifica e destaca a prática pedagógica de Freire, focada em uma visão dialética e histórica. Assim, se vai ao encontro da compreensão sobre ‘conectividade’, como ela se manifesta na obra e como essa categoria ajuda a ampliar o legado de Freire.

Mafra ainda qualifica a conectividade freiriana como 'radical'. Radical no sentido de aprofundar a questão até sua raiz; distinguindo de uma visão superficial que aproxima radical de sectário. Freire desenvolve “uma ética radical” materializada em um “posicionamento coerente e, ao mesmo tempo, crítico aos valores” (MAFRA, 2007, p. 29), que se opõe à ética fundamentalista, aprisionada a uma única verdade, conforme descreve em *Pedagogia do Oprimido*:

[...] a sectarização é sempre castradora, pelo fanatismo de que se nutre. A radicalização, pelo contrário, é sempre criadora, pela criticidade que a alimenta. Enquanto a sectarização é mítica, por isto alienante, a radicalização é crítica, por isto libertadora. Libertadora porque, implicando no enraizamento que os homens [e mulheres] fazem na opção que fizeram, os[as] engaja cada vez mais no esforço de transformação da realidade concreta, objetiva. A sectarização, porque mítica e irracional, transforma a realidade numa falsa realidade, que, assim não pode ser mudada (FREIRE, 1983, p. 25).

Esse posicionamento está presente na obra de Freire, revelando seu comprometimento com ações transformadoras, mantendo o olhar crítico junto a “uma defesa da tolerância, que não se confunde com a conivência, da radicalidade; uma crítica ao sectarismo, uma compreensão da pós-modernidade progressista e uma recusa à conservadora, neoliberal” (Freire apud MAFRA, 2007, p. 29).

A conectividade radical relaciona posicionamento ético e comportamental com a vida e com a realidade em que se está inserido, acercada por princípios, comportamentos e valores, por um lado; relacionada pela produção cognoscitiva impregnada pela cultura, por outro; e pelas ações objetivas da presença humana que resultam na construção social de uma dada realidade, completando o circuito que a conceitua.

Conforme Mafra, “noções de complexidade, transdisciplinaridade e universalidade” são categorias presentes na proposta político-pedagógica de Freire, que vão além de uma leitura de uma sociedade dividida em classes, para contribuir com “uma luta política pela autodeterminação do indivíduo e da sociedade”, numa “resistência” e numa “alternativa à pedagogia da exclusão” (MAFRA apud Gentili e Frigotto, 2007, p. 29).

Em consonância com a orientação teórica da Abordagem Sistêmica Comunitária, os usuários dessa abordagem estão imersos em um compromisso de contribuir com a libertação do oprimido. A autopoiese, produção continuada da própria vida, se faz comunitária, como já enfatizamos, na medida em que:

A Abordagem Sistêmica Comunitária é um desdobramento da Abordagem Sistêmica da Família aplicada à comunidade. Tendo como base teórica a teoria geral do sistema, a teoria da comunicação, a antropologia cultural e a pedagogia do oprimido (BONVINI, 2009, p. 1).

Os valores humanos em Freire se manifestam na pessoa e na obra, pois a cada entrevista, o autor sempre traz aspectos axiológicos da sua própria existência, o mesmo se dando em sua obra escrita, pois “a consciência humana atribui valor a tudo o que compõe o universo” e “é em função desse valor que o homem toma as suas decisões, que o levam a optar e agir”. Posto que “a axiologia é a área da filosofia que estuda a atividade humana do ponto de vista de sua valoração” (Severino apud MAFRA, 2007, p. 63).

A cada obra de Freire se destacam valores com os quais inscreve seu pensamento e sua práxis, a exemplo de educação, diálogo, libertação, ousadia, conscientização, estética, etc. Boa parte desses valores são integrados à pedagogia: Pedagogia do Oprimido, Pedagogia da Esperança, Pedagogia da Autonomia, Educação como Prática da Liberdade. Desses valores, a libertação converteu-se em marca distintiva, enquanto a ética em Freire é um valor fundamental:

“Paulo Freire não foi importante pela quantidade de livros que escreveu, mas porque ele despertava nas pessoas a vontade de mudar o mundo”. A decisão de mudar o mundo, embora encontre explicações na racionalidade, é, sobretudo uma atitude ética (Gadotti apud MAFRA, 2007, p. 67).

Esse e outros valores corroboram com a perspectiva da conectividade radical com ‘o outro’ para a construção de um projeto de sociedade igualitária. Daí, o serviço socioterapêutico, de viés libertador, captar os valores comprometidos com a alteridade. Trata de formas de cuidado que induzem a conectividade da pessoa consigo mesma e a um sentimento de pertença a comunidade.

A utopia⁶⁹ em Freire não reside em derrubar os opressores. Por isso o autor propôs e realizou um processo pedagógico. Talvez o ideário cristã em conexão com uma visão socialista tenha forjado sua proposta, em que pese as polêmicas interpretativas de uma ponta a outra, do idealismo à revolução. No entanto ele é específico:

⁶⁹ Utopia, 1517, obra de Thomas Morus, critica a sociedade de seu tempo e anuncia o projeto de um mundo diferente. Etimologicamente, a palavra significa lugar que não existe (u = negação + topos =lugar).

Esta luta somente tem sentido quando os oprimidos, ao buscarem recuperar a sua humanidade, que é uma forma de criá-la, não se sentem idealisticamente opressores, nem se tornam, de fato, opressores dos opressores, mas restauradores da humanidade de ambos. E aí está a grande tarefa humanista e histórica dos oprimidos – libertar-se a si e aos opressores (FREIRE, 1983, p. 30).

Da obra de Freire subjaz um paradigma que trabalha a existência humana como fenômeno inacabado, nele não há a verdade definitiva. Para Freire, o indivíduo é um mundo, o de sua consciência, conectado com o mundo de sua experiência sócio histórica. A pedagogia da libertação, refletida em sua obra, está sempre a perguntar qual a gradação crítica da consciência humana no mundo em que está inserida. Gradação que vai da consciência incauta à questionadora.

A realidade, em sua construção dialética, é articulada por contradições geradoras de sínteses a partir do diálogo possível, resultante de um permanente processo de comunicação e negociação de saberes. Nesse processo, o humano constrói sua imagem diante do mundo ou dos mundos em que se vai inserindo. Trata-se de um movimento estruturado por afirmação e negação, criador de múltiplas possibilidades, a gerar uma espiral aberta a novos caminhos.

Na verdade, não há eu que se constitua sem um não eu. Por sua vez, o não-eu constituinte do eu se constitui na constituição do eu constituído. Desta forma, o mundo constituinte da consciência se torna um mundo da consciência, um percebido objetivo seu, ao qual se intenciona (FREIRE, 1983, p. 81).

Essa consciência para Freire tem uma intencionalidade, pois toda consciência é consciência de algo. O humano adquire a consciência de si à medida que se confronta com a realidade objetiva, que resultada “da unidade dialética da subjetividade humana e da objetividade do mundo.” (OLIVEIRA; CARVALHO, 2007; p. 2).

O humano pode manter-se em atitude passiva na construção social da realidade, conservando um situação de alienação a mitos ou costumes. Ou seja, restringir-se ao seu mundo subjetivo sem questionar o que ocorre ao seu redor. Ou pode pôr-se em ação no mundo a partir da consciência que tem de si e do questionamento que faz a si e à realidade que o envolve, daí prospera a consciência crítica. “A consciência permite ao homem não só separar-se do mundo, objetivá-lo, mas também separar-se de sua própria atividade, de ultrapassar as situações-limite” (FREIRE, 2001, p. 34).

A relação espontânea com a realidade, sem aprofundar sua multiplicidade causal, faz do humano um ser tendente à ingenuidade. Atento apenas à percepção da aparência das coisas, o ser humano se pode pautar pela realidade que lhe é apresentada, sem questioná-la ou aprofundá-la. Essa posição, reconhecida por Freire como uma condição normal do homem contribui para o *status quo*, deixando o mundo a mercê dos detentores do saber produzido por quem está no comando, produzindo e reproduzindo uma realidade de exclusão de uns poucos sobre uns muitos.

A consciência de si e da realidade, com a percepção de sua constituição, de seus fenômenos, faz do homem um ser em processo de construção de uma consciência crítica. Mas esse estágio não pode ainda ser definido como um estado de conscientização no sentido freiriano. Mas, o que é, então, conscientização? A conscientização é o aprofundamento da consciência crítica que é ao mesmo tempo ação/reflexão/ação para a superação da realidade opressora, sendo em virtude disso, um apelo à ação (DAMO; MOURA; CRUZ, 2011, p.2).

Para Freire (2001, p. 33), “a conscientização é o olhar mais crítico possível da realidade, que a desvela para conhecê-la e para conhecer os mitos que enganam e que ajudam a manter a realidade da estrutura dominante”. Inspirado no movimento das Comunidades Eclesiais de Base que, por sua vez, propunha a união de fé e vida para construir processos de libertação de toda forma de opressão, o serviço do MSMC não se basta apenas em cuidar no sentido terapêutico, investe na atenção para o cuidado que promove a inclusão intelectual, econômica e política, despontando atitudes concretas de conscientização.

A conscientização é uma categoria que se vincula a uma condição de empoderamento para uma atitude libertadora. Em Freire (2000), a conscientização traz implícita a possibilidade de transformar uma dada realidade analisada a partir do desenvolvimento de uma consciência crítica. Conforme Roso e Romanini (2014, p. 88), “a libertação é sempre um ato social, o empoderamento é somente um pequeno passo em direção à libertação, sendo a conscientização o processo que possibilita a transformação social”. Esses autores realizaram um acurado estudo da produção literária de Freire e perceberam que em 16 obras, apenas uma trata da categoria ‘empoderamento’, enquanto 12 delas explicitam a categoria ‘conscientização’. Em obras de referência de Freire, tais como *Pedagogia do Oprimido*, *Pedagogia da Autonomia*, *Pedagogia da Indignação*, *Pedagogia Diálogo e Conflito*, entre outras,

não figura o termo ‘empoderamento’, no entanto sempre aparece a categoria ‘conscientização’.

... Se não há conscientização sem desvelamento da realidade objetiva, enquanto objeto de conhecimento dos sujeitos envolvidos em seu processo, tal desvelamento, mesmo que dele decorra uma nova percepção da realidade desnudando-se, não basta ainda para autenticar a conscientização. Assim como o ciclo gnosiológico não termina na etapa da aquisição do conhecimento existente, pois se prolonga até a fase da criação do novo conhecimento, a conscientização não pode parar na etapa do desvelamento da realidade. A sua autenticidade se dá quando a prática do desvelamento da realidade constitui uma unidade dinâmica e dialética com a prática da transformação da realidade (FREIRE, 1997a, p. 53).

Conforme já descrevemos no item que trata da construção de um território de cuidado da saúde mental, no capítulo 2 deste trabalho, o empoderamento na perspectiva da libertação do oprimido vai além do que é atribuído a este conceito na esfera do desenvolvimento individual (psicológico) e não se limita à transferência de poder, está relacionado com a conectividade interna da pessoa e sua atuação no meio em que vive. Avança primeiramente no sentido da consciência do valor próprio, autoestima, para superar medos e instaurar um novo modo de ver a si e ao mundo. Empoderamento neste estudo tem relação direta com o cuidar de si para cuidar do outro, pois o indivíduo é visto como parte de um sistema integrado que começa por sua família e comunidade.

Para Freire & Shor (1986, p. 135), o empoderamento individual “ou a sensação de ter mudado, não é suficiente no que diz respeito à transformação da sociedade como um todo”, mas “é absolutamente necessário para o processo de transformação social”. Para ele,

Mesmo quando você se sente, individualmente, mais livre, se esse sentimento não é um sentimento social, se você não é capaz de usar sua liberdade recente para ajudar os outros a se libertarem através da transformação global da sociedade, então você só está exercitando uma atitude individualista no sentido do *empowerment* ou da liberdade (FREIRE & SHOR, 1986, p. 71).

O “empoderamento comunitário” (Brinkerhoff e Azafar, 2006, p.5, apud ROSO; ROMANINI, 2014, p. 90), de origem estadunidense, que significa “investir em poder de tomada de decisão e autoridade”, vai além da categoria empoderamento psicológico (individual), procurando incluir a possibilidade de “ter acesso à informação e recursos, ter uma variedade de opções além do sim e do não” e possibilitar o sentido individual ou grupal de “eficácia e mobilização de outras

peças com a mesma opinião para metas comuns” (ROSO; ROMANINI, 2014, p. 90). Em Freire, se pode deduzir, que o empoderamento comunitário está relacionado à imersão na realidade, contribuindo para a transformação do contexto em que se vive e, concomitantemente, se auto transformando.

Não posso entender os homens e as mulheres, a não ser mais do que simplesmente *vivendo*, histórica, cultural e socialmente existindo, como seres fazedores de seu "caminho" que, ao fazê-lo, se expõem ou se entregam ao "caminho" que estão fazendo e que assim os refaz também (FREIRE, 1997a, p. 50).

A saúde mental não prescinde a saúde “na perspectiva individual, social e cultural” (CARVALHO, 2010, p.19). É abrangente. Não se restringe à visão biomédica que trabalha como foco na eliminação dos sintomas, no combate à doença no processo da ação sanitária. Essa visão integral vai além, como é descrita no trecho da Carta de Ottawa:

Para atingir um estado completo de bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. Assim, a saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida; a saúde é um conceito positivo, que acentua os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas (OMS, 1986, p.1 apud CARVALHO, 2010, P.20).

4.3 CONECTIVIDADE RADICAL E CONQUISTAS EXISTENCIAIS

As respostas dos usuários confirmam o compromisso da ASC em desenvolver o que potencializa tanto a sensibilização das pessoas para respostas individuais a problemas existenciais como o sofrimento psíquico, quanto para ajudar a alterar determinantes sociais da saúde em processos de corresponsabilidade familiar e comunitária que envolvem aspectos da vida como o econômico, o educacional, o social, o cultural, o ambiental e o político. Aspectos esses que estão sistemicamente relacionados com o viver saudável, em consonância com os Determinantes Sociais da Saúde.

Conforme optamos neste trabalho, ao adotarmos uma categoria que subjaz à obra de Freire, proposta e sistematizada teoricamente por Mafra (2007), a conectividade radical se apresenta como princípio fundante de uma educação para a vida, sendo esta categoria dialógica e transgressora de métodos tradicionais de

transferência de saberes; acolhedora de uma epistemologia e de um conjunto de valores que partem do que é disponibilizado no universo da cultura do dia-a-dia para ganhar consistência pragmática na medida em que acolhe valores essenciais à vida em comunidade.

Para nós, a *conectividade* é, portanto, uma espécie de categoria nodal, epocal de nosso tempo, que claramente tem centralidade na vida e na obra do educador. Em torno dela orbitam outras categorias valorativas e epistemológicas – admiração, amorosidade, criticidade, concretude, curiosidade, inacabamento, incompletude, inconclusão, diálogo, emotividade, encantamento, esperança, espontaneidade, informalidade, ingenuidade, inquietação, intuição, inventividade, lealdade, ludicidade, ousadia, solidariedade, teimosia, totalidade – as quais, transdisciplinarmente entrelaçadas, formaram uma complexa e universal trama que, em maior ou menor escala, compuseram dialeticamente o menino e o homem em Paulo Freire (MAFRA, 2007, pp. 231-232).

Parte desse conjunto de categorias se manifesta no que ficou sedimentado na vida das pessoas em relação conectiva com os serviços do MSMC. Das 14 entrevistas abertas colhidas, optamos por transpor, a seguir, alguns desses relatos de vida – em que prevalece o momento ou os momentos em que a pessoa declarou estar em contato com uma ou mais atividades proporcionadas pelo MSMC, bem como os resultados daí obtidos para elas. São casos que distinguem aspectos da relação da pessoa com os serviços disponibilizados pelo MSMC na comunidade.

O relato de vida a seguir, trata de um processo de cuidados desenvolvido durante dezessete anos. É o caso de uma jovem de 22 anos que foi acolhida depois de ter ficado órfã da mãe.

Eu conheci o Movimento quando eu tinha cinco anos de idade, porque minha mãe tinha falecido. Porque foi um momento difícil. Eu vi ela morrendo. (...) Eu era uma criança muito banguinceira, eu gostava muito de brincar e tal. Quando eu vi a morte da minha mãe, assim na minha frente eu peguei e, tipo, fiquei agressiva. Calei a minha boca e não falei mais com ninguém, com cinco anos de idade. Aquilo era pesado. Então, a minha professora do Jardim, ela conhecia o Movimento, minha professora do Jardim de Infância, então ela disse assim: Eu vou levar essa criança pra lá. (RELATO, No. 2).

No resgate de sua própria história, a jovem revela a consciência que adquiriu sobre si. O testemunho denota a conectividade dela e de seus parentes com o MSMC. Houve também, ocasionalmente, uma partilha material para socorrer a família.

Eu me lembro muito quando eu cheguei aqui, ela me levando pela mão, eu sentei e tinha muitas crianças brincando aqui, correndo. E aí foi a primeira

vez que eu conheci o padre Rino, eu lembro até hoje porque ele me deu um papel, uma canetinha, e mandou eu desenhar um desenho bonito. Aí eu não desenhei porque eu era superrevoltada. Daí foi difícil, eu acho que foi, pra ele ter colocado na minha cabeça, me modificado, pela pessoa que eu sou hoje, porque eles cuidaram muito, além de mim, eles cuidaram dos meus irmãos também. (...) Porque eles ajudavam quando faltava alguma coisa dentro de casa (...) Meu pai tinha perdido o emprego porque ele passou a cuidar de mim e dos meus quatro irmãos (RELATO, No. 2).

Na adolescência, a jovem passou um período desconectada do MSMC, mas, em seguida retomou o contato. Daí por diante se deu o envolvimento com a arte cênica e com a biodança⁷⁰ e seu crescimento pessoal. Ela dedicou-se à música e já realizou diversas peças de teatro e teve participação em filmes de ficção. Podemos deduzir que a jovem ativou suas inteligências musicais, sinestésica e linguística. Isso lhe proporcionou uma mudança de hábito, rompendo com um comportamento que poderia levá-la a dependência alcoólica.

Eu conheci o Semearte [grupo de teatro]. Eu tava indo bem, e eu comecei a me envolver com eles. [Naquele período] Com 13 anos de idade eu era uma adolescente muito rebelde, eu dava trabalho, eu bebia, bebia bastante. Bebia cerveja, vodka, essas coisas alcoólicas. (...) Aí eu comecei a participar da biodança. Comecei a ir pra convivência do grupo. E tinha parado de beber. Tinha voltado aos meus estudos normais. Aí eu cresci... Cresci praticamente aqui no Movimento. (...) Quando eu tinha 16 anos montei a minha primeira banda, ele [padre Rino] me deu a oportunidade de cantar no Cante, Dance e Pinte o 7, que eu cantei junto com ele. Ele tocou até guitarra. Então foi assim lotado, o meu primeiro show aberto (RELATO, No. 2).

Neste caso houve a superação da perda, o crescimento pessoal e o reconhecimento da importância dos serviços socioterapêuticos para uma família da comunidade.

A minha trajetória toda foi [com] a ajuda dele [MSMC] porque a minha família não tinha aquele apoio de família, pessoas, tio, tias, que tinham abandonado a gente quando criança e o Movimento acolheu os meus irmãos e eu. (...) O meu irmão mais velho também faz parte do grupo de biodança. (...) E daí, como o Movimento foi praticamente uma família pra mim. É uma família. Porque deu mais apoio do que a própria família que tava desorganizada, desorientada. (...) Eu trouxe meu primo pra cá. Também tem meu vô, tem o CAPS, que é uma parte do Movimento, ele cuida do meu vô. (...) Então, a educação que eu tenho hoje, eu digo, né! A educação não foi da família porque tava desestruturada, mas das pessoas que eu cheguei a conversar. Da Ana, eu lembro demais, que ela conversava... Supermãe! (RELATO, No. 2).

⁷⁰ Ver nota de rodapé No.29

No caso acima é explicitado o vínculo da pessoa e de sua família com a comunidade que envolve o MSMC, vizinhança, terapeutas, educadores. No testemunho abaixo, transcrevemos alguns aspectos da declaração de um jovem que integrou a ação de prevenção às drogas, desenvolvida desde o ano de 1998. Esse jovem de 19 anos, educador social e produtor cultural, passou seis anos, dos 10 aos dezesseis anos de sua vida vinculado ao MSMC.

O Sim à Vida [ação de prevenção às drogas] me marcou e me marca até hoje pela sensibilidade que os educadores tinham em relação aos participantes do projeto. A sensibilidade de ir na casa, de visitar a família, de conhecer a realidade de cada jovem, que não era fácil naquela época. E o que me marcou muito era a sensibilidade que os educadores tinham para com os participantes do projeto, né! Era uma relação afetiva muito próxima, principalmente da família (RELATO, No. 3).

Esta fala evidencia um modelo de família centrado na avó. Verificamos que atualmente essa situação organizacional familiar tem ocorrido com frequência na vida de crianças acolhidas no programa de prevenção às dependências do MSMC; também ratifica o zelo do serviço para o cuidado com o outro, na perspectiva do empoderamento:

O meu pai não cheguei a conhecer, a minha mãe ela é bem do mundo, assim bem diversa mesmo. Mas ela é uma pessoa que sempre aparece... pode às vezes estar junto; mas não é sempre, mas mãe mesmo é minha avó. (...) Então, hoje eu me coloco na condição de educador e eu percebo o quanto é difícil tratar com crianças e adolescentes, sabendo da realidade que esses jovens passam dentro de casa, principalmente. Então, o Movimento, o projeto Sim à Vida me ajudou a perceber a forma de tratar o outro é muito relevante na vida deles, principalmente quando se trata de criança e adolescente. Então, é sempre importante ter um cuidado, ter uma sensibilidade, escutar, dar voz, dar a vez. E incentivar esse jovem a participar daquilo que ele quer. A partir do princípio de que ele é livre [responsável] pelas suas escolhas (RELATO, No. 3).

Numa alusão a importância da arte em sua vida, o jovem se declara “viciado” em arte. Confirmando o desenvolvimento de uma consciência crítica, ele descreve a realidade que remete a situações de dependência, analisando aspectos dos hábitos que determinam a doença ou a saúde:

O projeto, ele foi fundamental pra essa prevenção, principalmente às drogas, na minha vida... Eu não trato nem as drogas como principal culpada e sim a condição financeira e a condição psicológica de cada pessoa que usa. Porque, querendo ou não, a gente toma coca-cola, a gente toma café e diversas outras drogas e a gente não percebe. E acaba marginalizando mais as drogas na qual chega a afetar mais a sociedade. Mas o projeto ele foi e ainda é muito importante porque quando eu abro o portão daqui debaixo [referindo-se ao prédio da Casa AME onde funciona um núcleo do

projeto Sim à Vida] e vejo essa molecada que tá aí e vejo eles brincando na rua eu me sinto na mesma situação ainda, não é?! De entender a importância do projeto, de entender o pontapé inicial que o projeto dá. E o respeito que o projeto tem para com essas crianças. O melhor consumo de 'droga' é o consumo da arte. [Fazendo uma metáfora] Eu acho, hoje, o meu vício, eu tenho um vício muito grande em arte, então eu não quero tratá-la como uma droga, mas também é um vício na qual me leva a lugares magníficos... A conhecer pessoas fantásticas, então existem certos vícios na nossa vida que a gente vai querer.... (RELATO, No. 3).

O contexto social de dificuldade de acesso aos bens materiais como comida e habitação é analisado pelo entrevistado como condicionante para o seu estado psíquico. Ele demonstra ter desenvolvido uma capacidade de interpretar a sua própria realidade, o que é um passo importante para a conscientização em Paulo Freire.

Em relação à condição psíquica é gravemente alarmante, conversar com a mãe de uma criança que não tem um prato de comida dentro de casa. Então, a condição financeira afeta diretamente a condição psicológica dessas pessoas. E dialogar, minimamente, um diálogo com essas pessoas que têm essa condição. Ela media muitas coisas, entende? Porque hoje eu passo isso na minha casa, tem dias que não tem o arroz pra mim comer, a gente dá um jeito, junta os primos e tal... Hoje, eu moro com uma tia que é outra mãe que eu tenho... E a gente dá um jeito, mesmo cada um tendo o seu trabalho. Minha mãe... [corrige] minha tia, trabalha em casa, faz croché, meu irmão é técnico de som. Eu trabalho com teatro, isso e aquilo. A gente tem a renda da nossa família, mais mesmo assim ainda mexe com o nosso psicológico. Porque quando chega o fim do mês não tem o dinheiro pra pagar o aluguel, e aí (RELATO, No. 3).

A desenvoltura do jovem, que ele próprio remete ter por base a imersão na ação de prevenção do MSMC quando criança e adolescente, nos possibilita inferir o impacto daquele acompanhamento preventivo na vida de pessoas das comunidades abrangidas pela ação. Em que pese ser esse um caso aleatório; em outras tantas observações de campo verificamos o quão diferencial é o serviço que trabalha de forma continuada: relaxamento, meditação, práticas arte-educativas, esportivas, teatrais, musicais, conhecimento da sexualidade e de direitos, entre outros. Prosperam ali atitudes de consciência crítica que verificamos ao perceber a desenvoltura com que o jovem fala sobre a conjuntura nacional:

O sistema, eu acho que o sistema capitalista é a forma de gerenciamento de verba do país. Ele tem feito com que o trabalhador tenha sido escravizado, né?! Os que têm o controle não têm tido cada vez mais? E aqueles que não têm o controle na mão têm tido cada vez menos? E aí esse monopólio tem arrebatado com a classe social que não tem condições, porque as pessoas não têm acesso a cultura e muito menos à informação. E aí elas são sempre monopolizadas por essa falta de informação. De forma que tem que aceitar sempre o trabalho do jeito que o sistema dá, né?! E

com um salário de fome que, pelo amor de Deus! Então, é preciso ter muito controle psicológico e um acompanhamento em relação a essas famílias (RELATO, No. 3).

Ao desafiar a si e à sociedade a dar uma resposta ao estado de coisas em estamos inseridos, o jovem resgata a formação cidadã que desenvolveu durante sua estada nos espaços do MSMC que o instigou a buscar outras fontes de conhecimento:

Então, sempre foi colocada a questão de senão eu, quem? Senão hoje, quando? Então, em relação a essa cidadania, à gente sempre foram colocadas essas questões em relaxamentos, em rodas de diálogo, pra saber o nosso ponto de vista de comunidade, né? Em relação à atual situação do país. Então, se nós somos a mudança do país e as crianças e os adolescentes são responsáveis pelo crescimento do país, se eu não me responsabilizo pela atual situação, quem vai se responsabilizar? E se não for hoje, quando é que vai ser essa responsabilidade, né?! A gente vai esperar crescer, esperar ter um convívio maior, ter outros pontos de vista em relação a isto pra tá construindo essa aquisição, esse pensamento cidadão. Porque eu acho que o conhecimento cidadão e qualquer outro tipo de conhecimento, ele não se dá só na escola, ele se dá como conhecimento vasto, de você buscar outras fontes de estudo (RELATO, no. 3).

Ao descrever a importância da conquista do equilíbrio biopsicossocioespiritual, o jovem deixa transparecer que assimilou o sentido da Abordagem Sistêmica Comunitária, quem trabalha a pessoa em seu todo: corpo, mente, comunidade e transcendência; dando importância fundamental para a relação de alteridade e de cuidado de forma presencial.

Depois de um tempo que eu parei e analisei o quanto somos mente, corpo, espírito e diversos outros sentimentos de equilíbrio, eu comecei a estudar a programação neurolinguística, o PNL e outras coisas voltadas pra psicologia sim, que eu consigo utilizar nas minhas aulas de teatro, por exemplo. Então, o contato com o outro, ele equilibra nosso sentimento, entende. A troca de afeto, de olhar, de expressões, de conhecimento... Uma ligação celular pra saber como tá bem, acaba sendo crucial pra o contato com o outro. Porque se a gente para pra analisar o celular tem dominado bastante, entende? Mandar uma mensagem, mandar um e-mail tem sido mais importante do que você chegar pra conversar com as pessoas. Então o contato com o outro, o diálogo, ele tá ficando cada vez mais difícil. Então, saber equilibrar isso, se entender enquanto pessoa pra entender o outro é de total importância (RELATO, No. 3).

No relato seguinte, transcrevemos algumas falas de um adulto, de 44 anos, que declarou ter tido sua condição existencial melhorada a partir de sua conexão com o MSMC. Ele começa por destacar que foi interpelado pela novidade de um serviço que se preocupava em integrar a saúde mental às lutas populares de

então, quando ele próprio, em meados dos anos de 1990, se considerava um ativista sociopolítico:

Eu era de invadir terreno, eu era de quebrar pau, aí, de repente, chega alguém [padre Rino e terapeutas] e diz: “pera aí, vamo olhar um pouquim pras suas dores, sua essência, e onde é que você tá pisando isso”. Foi aí que olhando com olhar de hoje ou de logo depois, eu percebi que nós daquele movimento [referindo-se às comunidades Eclesiais de Base do Bom Jardim] éramos muito esclarecidos politicamente, socialmente, tínhamos um comprometimento de cidadania, de luta, de defesa dos direitos humanos, de movimento de libertação; mas nós éramos, de certo ponto de vista, muito desconectados da vida(...) Nós éramos redes de comunidades de comunidades, rede de um sistema vivo pulsante, que se tu mexesse lá na comunidade de Granja Lisboa reverberava lá no Jardim Jatobá ou no Siqueira, já era sistêmico, mas tinha um quê de(...) falta de conhecimento de uma dor que às vezes impedia a gente de fazer o movimento de libertação, ou de revolução, de defesa dos direitos humanos, com maior coerência existencial, porque, às vezes, a gente ficava só pensando o coletivo, o agora, o ‘vamo pra luta’ e aí a gente esquecia da essência do ser humano e tudo (RELATO No. 5).

Este relato destaca o início de uma alteração no comportamento de um grupo de mobilizadores sociais. Como já descrevemos no capítulo 2 deste trabalho, o serviço do MSMC é implementado com a ajuda de um grupo de pessoas que já vivenciavam uma perspectiva ‘freiriana’ de transformação de uma realidade de opressão; mas essas pessoas não haviam se dado conta de aprofundar a conectividade consigo mesmas, embora vivessem situações muito estressantes:

A gente já tava tão fixo numa linha que era de defesa dos operários, dos presidiários, aí parar pra ouvir as pessoas pra falar das dores internalizadas, das dores da existência, do autoconhecimento e tal, foi difícil isso. Uma parte dos nossos amigos começou a perceber que dava pra continuar fazendo comunidade e que era muito importante, fortalecedor do movimento e da identidade humana, cuidar do autoconhecimento, cuidar das dores da alma, cuidar do desenvolvimento humano, cuidar de si pra melhor cuidar do outro e cuidar da humanidade (RELATO No. 5).

Em contato com o Movimento há vinte anos, este adulto evidencia o quanto sua vida foi alterada positivamente ao assimilar o aprendizado daqueles serviços preventivos, socioterapêuticos e holísticos, sem se distanciar das questões sociais:

(...) Eu acabei ficando muito próximo do movimento e me envolvendo e continuei nas práticas sociais, e aí o quê que acontece, não dá pra gente voltar no tempo, mas eu percebo que até 97, eu era um trabalhador, morador do Bom Jardim, fugindo da seca desde 8 anos de idade, cuidando de pastorais, cuidando da vida. Eu me considerava um ser humano cidadão, como muitos que tem por aí, mas eu estava muito distante de um conforto existencial. Então, com as práticas alternativas em saúde, com o

eneagrama e com a biodança principalmente... [Falando de si em terceira pessoa, diz que forjou-se uma nova pessoa que] passou a entrar em contato com o que é mais essencial, que é a sua existência conectada com as questões comunitárias, as questões intrapessoais, as questões ecológicas, o vínculo com a natureza, e aí, a capacidade de olhar pro ser humano com um outro olhar que não é só o olhar político, social, revolucionário, mas é um olhar também evolucional e afetivo (RELATO No. 5).

Nesta fala, por se tratar de uma pessoa que além de se declarar transformada pela experiência, é colaborador voluntário e já trabalhou na instituição por cinco anos consecutivos, pudemos colher uma definição sobre a tecnologia socioterapêutica do MSMC e as consequências na vida de quem a ela se conecta:

O [que] o Movimento chama de abordagem sistêmica comunitária, eu entendo que ela, se ela existe, eu sei os sintomas, eu entendo que é algo que nasce de uma genética libertadora, transgressora e comprometida com a vida; que aí vem desde as Comunidades Eclesiais de Base, a teologia da libertação; vem desde as coisas essenciais que foram sendo incutidas dentro do movimento, nesse trabalho, coisas essenciais que estão dentro da biodança, dentro da terapia comunitária, dentro da autoestima, dentro do reiki, dentro da massoterapia, né? Todas essas coisas tão por aí nessa sistêmica, né, são pontos (...) ela é muito forte porque, por exemplo, atrai. A gente vai, volta, a gente nunca consegue sair porque ela tá dentro da gente (RELATO No. 5).

A fala que se segue é de uma mulher de 55 anos que teve a vida abalada por uma perda e declara ter retomado o interesse pela vida após ser acolhida e cuidada pela equipe do MSMC, durante vários anos. Recorda o primeiro contato, em 1996, e a retomada da vontade de viver e de cuidar dos filhos:

O Movimento foi até mim. Foi quando minha mãe morreu, então eu entrei em depressão profunda... E quando o padre Rino foi até a minha casa eu estava prostrada numa rede. Não fazia nada, era um sufoco pra minha filha me levar ao banheiro. Eu tinha perdido o sentido de viver. Estava no fundo do poço mesmo. Eu tinha atentado contra a minha vida tomando de uma vez só todo o remédio que o médico passava. Eu queria acabar de uma vez com aquele sofrimento. Uma vez tive que ir ao Frotinha, lá fiquei no soro. Também, meus filhos me davam muita água para eu provocar [vomitar o excesso de remédio ingerido]. [Uma amiga] levou o padre Rino até minha casa. Ele chegou lá e perguntou à menina se eu queria ajuda. Aí ele me deu um abraço humano, com muito amor, eu me senti acolhida. Ele pediu pra cuidar de mim. Eu aceitei. Falei também com o marido e ele aceitou. (...) ele me fez o convite pra eu vir para a terapia, de terça-feira. (...) Eu me identifiquei muito com a terapia, pois eu ficava acolhida. Ali, eu me sentia como se fosse uma família. Então, comecei a fazer o tratamento individual psiquiátrico com o padre Rino. Depois, fui também para o grupo de autoestima que me ajudou muito. A partir daí eu comecei a querer viver. A ter mais uma luz... Comecei a querer cuidar novamente dos meus filhos... 'A vida valia a pena' (RELATO No. 14).

Em seu relato, a mulher descreve a situação que enfrentava em casa e a preocupação em ser taxada como louca. Tinha medo de ser internada em um hospital psiquiátrico.

Meu esposo bebia. Era muito difícil pra mim. Ele não entendia. Eu ia ao médico e contava que era só uma tristeza que eu tinha, que doía até a alma. E o médico me dava sempre um encaminhamento para me internar em hospital de louco. Aí, eu morria de medo e pedia para não me deixarem internar num hospital de louco. 'Não sou louca, eu tenho uma tristeza muito grande', eu dizia. Era como se eu tivesse um chapéu bem pesado na cabeça e tentasse tirar mas não conseguia... E meu marido aceitava o que o médico dizia. Ele queria que eu me internasse (RELATO no. 14).

A trajetória desta mulher ao se conectar com o MSMC revela uma mudança de vida considerável em duas décadas. Saiu da condição de analfabeta, submissa ao marido, depressiva para uma condição em que se manifesta um destacado empoderamento:

Com seis meses [de acolhimento] eu estava me sentindo bem mesmo. A partir daí comecei a participar de outras coisas. Fui para o colégio, pois eu nunca tinha estudado. Sou do interior. Sou de Itapipoca. Eu comecei a trabalhar na roça eu tinha sete anos. Meu pai nunca tinha dado oportunidade para eu estudar. E estudar era meu maior sonho. Eu disse para o padre Rino que sonhava e tinha inveja de quem sabia ler e escrever: 'Eu já tentei iniciar os estudos e pedi ao meu marido e ele não aceitou'. Aí pronto, o sonho morreu aí. Então o padre Rino disse: 'Não, o sonho continua!' Ele falou que tinha no espaço Paulo Freire uma turma de alfabetização com adultos. Então, seguindo a orientação do padre Rino não pedi mais ao meu marido para estudar. Eu apenas comuniquei ao meu marido a minha decisão e comecei a estudar. (...) Depois, o padre Rino me chamou pra fazer um curso de Massoterapia também. Cada vez que eu conhecia pessoas novas, isso me ajudava na minha autoestima. Eu achava que tinha novamente condições de viver. Antes, eu me senti a um nada e depois me sentia bem. Eu continuei estudando. Com um ano terminei a alfabetização. Depois, a Gorete [colaboradora do MSMC] me matriculou na escola Sebastião de Abreu, em 1998. Na época eu me achava muito velha. Era um monte de adolescente... No começo foi difícil, mas depois me adaptei. Então, os adolescentes já me ajudavam nas tarefas. Sempre eu queria mais. 'Quero aprender mais, mais!' Quando eu queria ficar triste eu dizia: 'Não. Eu posso, eu consigo'. Segui bem firme, na luta (RELATO No. 14).

Nesse e noutros casos tratam-se de processo continuados, conforme apuramos, permeados por altos e baixos, sustentados pela manutenção da relação com as terapias e com a rede de colaboradores. Daí brotam surpreendente respostas de conscientização, sentimento de pertença à comunidade e transformação, envolvendo milhares de vidas. Ainda em relação a essa mulher trata-se de um caso simbólico, conforme ela própria declara:

A importância do Movimento na minha vida foi de grande proporção. Me ajudou a resgatar a autoestima. Me levou ao colégio; eu não sabia ler. E quando eu conheci [o grupo da] autoestima, quando eu fui pra terapia comunitária eu fui pra sala de aula. E hoje eu tou fazendo o segundo ano [do ensino médio]. Ajudou a mim e a minha família todinha, do marido aos filhos. A gente foi acompanhada. Tivemos terapia individual e hoje eu me sinto bem favorecida. E foi assim um sonho realizado. Eu ter sonhado e ter conseguido chegar aonde eu tou. Porque quando eu conheci o Movimento eu não tinha, eu não sabia nem o que era autonomia. Mas hoje eu sei o que é autonomia. Eu tenho meu emprego, eu tenho meu trabalho e hoje eu sei como lidar com meu salário (RELATO No. 14).

Na descrição abaixo, trazemos aspectos do relato de vida de um homem de 52, acolhido pelo CAPS Comunitário e serviços socioterapêuticos, em que ele próprio diz ter obtido dos médicos um múltiplo diagnóstico de transtornos: depressão, síndrome do pânico, bipolaridade, transtorno obsessivo compulsivo; e conseguinte descreve a importância da relação com a arte que lhe possibilitou o retorno a uma vida produtiva, sem dispensar seu permanente tratamento alopático com acompanhamento psiquiátrico e psicológico.

O papel da arte é para mim um medicamento. Ela funciona como um medicamento, porque quando eu estou em alguma crise, na linguagem da arte eu sempre encontro alguma coisa que se identifica com o que eu estou passando e eu consigo expor o que eu estou sentindo na arte. Quando eu cheguei aqui [referindo-se à Casa de Arte, Música e Espetáculo do MSMC, onde concede a entrevista] nós tínhamos várias oficinas executadas aqui e eu participei praticamente de todas. [Eram oficinas de] farmácia viva, horticultura, expressão corporal, autoestima, e mais algumas aí que no momento eu não lembro. [Enfatiza] Não é cura. Não é cura! Mas me conscientizou que medicamentado eu sou capaz de quase tudo. Não vou dizer tudo porque nem a pessoa que não tem problema é capaz de tudo, mas dá para mim existir sem aquela carga daquela cobrança de mim mesmo, de deficiência mental (RELATO No. 9).

Ele recorda a dureza de conviver com o estigma da doença mental ante ao travamento de todas as suas atividades até encontrar o caminho da arte, da possibilidade, do esporte ou de outro hábito que possa ser adicionado ao viver cotidiano.

Eu mesmo me cobrava. Eu mesmo me cobrava. Porque buscava sempre saber porque, eu sempre fui um cara autoconfiante, e cheguei a uma parte de depressão e síndrome do pânico e eu tinha medo de fazer qualquer coisa, com medo de eu não ser capaz. Então para mim foi muito importante. Aliás não foi, é muito importante. É muito importante não só para mim mas para qualquer pessoa que esteja nas condições que eu estive e abrace a arte, ou o atletismo, ou algum esporte, alguma coisa que seja diferenciado do que ele vivia, e que ele possa fazer com que seja somado ao dia a dia dele (RELATO No. 9).

Há uma máxima do MSMC que diz ‘somos todos parentes’, que o padre Rino traz da sua relação com a cultura Lakota Sioux, dos EUA, cuja expressão naquela língua nativa é: *mitakuye oyasin*. Ao ouvir este testemunho nos remetemos àquela assertiva que remete ao compromisso solidário e à partilha, revelando o valor da comunidade nos processos socioterapêuticos:

[A comunidade] tem muita importância porque eu tenho uma vivência toda entre esses dois bairros, Granja Portugal e Bom Jardim. Eu já vivo aqui há 47 anos aproximadamente. Então todos os meus amigos eu considero meus parentes, [porque os de laço consanguíneo] não moram em Fortaleza, porque eu sou do interior, mas fui criado em Fortaleza. Então a comunidade eu [a] tenho como meus parentes próximos, algumas pessoas tenho um nível de afeição bem maior e também aquele caso das pessoas que a gente precisa [e] estão prontas para nos receber e nos acolher, porque aqui no bairro existem alguns, não são muitos, mas os que são de acolhimento são pessoas ótimas. (...) o acolhimento do bairro para a gente que temos nossas patologias, existe um grande significado. Porque quando nós estamos em crise, nós não sabemos para onde correr para buscar ajuda, e quando nós estamos um pouco desorientados, então a família sabe onde buscar ajuda. Então o bairro tem as pessoas de conhecimento que podem nos ajudar de uma forma ou de outra (RELATO No. 9).

Ainda neste relato, o interlocutor questiona o uso do termo ‘usuário’ para si, pois embora seja assim normatizado pelo Sistema Único de Saúde a forma de descrever as pessoas em situação de tratamento, ele considera a terminologia dúbia e até ofensiva:

Porque quando nós chegamos em algum lugar e vamos dizer "eu sou usuário", já tem um peso, porque quando a pessoa pensa que você é viciado em droga. (...) Então eu diria uma pessoa com sensibilidade diferente. Ou austera, porque quem tem problema mental tem uma sensibilidade austera. Porque quando ele está frustrado só ele que tem força, quando ele mergulha na arte só ele no momento é o artista, ele não vai aceitar opinião nenhuma (RELATO No. 9).

Essa postura crítica revela uma atenção com a semântica de uma palavra de frequente uso na relação entre os profissionais da saúde e as pessoas em situação de cuidado terapêutico. Então, o homem prossegue com sua observação, procurando chegar ao ponto em que, segundo ele, se distingue o processo de institucionalização da psiquiatria a partir da aplicação de uma terminologia:

São dois termos que eu não me sinto bem quando alguém usa essa terminologia de usuário e paciente. Quanto a parte do [uso do termo] paciente, o julgamento é que ele é parte do manicômio, do manicomial, uma coisa que nós não estamos tendo, a não ser na mente de alguns profissionais que são retrógrados. Porque o paciente, ou o usuário hoje ele com o convívio que está tendo dentro dos setores de tratamento, eles estão

ficando esclarecidos que eles não aceitam mais certos tratamentos que não é convencional. E um dos tratamentos que não é convencional é parte dessas duas palavras, porque mutila muito o ego da pessoa. Se é de você chamar de usuário, chame logo "Zé Doidin" que é melhor, porque zé doidin o caboclo ainda leva na brincadeira (RELATO No. 9).

Mais adiante, colhemos deste relato um trecho que revela um agradecimento, esse sentimento verificamos em todos os outros relatos, ou seja, uma postura de gratidão pelo acolhimento. Isso confirma o desenvolvimento de uma lógica da empatia, qualidade essencial para o cuidado, que possibilita o alcance de uma ótima interação.

O que eu digo mesmo é uma coisa bem simples, uma gratidão muito, muito, muito com as pessoas que me acolheram que eu tento retribuir de alguma forma. Tem coisas que se fala. Tem coisas que não há como falar. Então eu busco agir, porque eu não sou muito bom em palavras. Mas para mim foi essencial para o meu estado de espírito, mental e físico, graças a essas terapias que aconteceram, graças ao acolhimento que eu recebi, o qual eu só tenho a agradecer (RELATO No. 9).

Neste outro relato a seguir, o jovem de 22 anos, de uma etnia indígena, há nove anos relacionado com o MSMC, destaca a importância do serviço preventivo para ele e seu povo, que incluiu

o fortalecimento da própria identidade [étnica], oportunidade, inserção no mercado de trabalho, a capacitação profissional, o estudo, que nós temos isso dentro das escolas, mas é muito fraco ainda. E aí ele [padre Rino] trouxe uma proposta que pôde nos acolher no que a gente tinha necessidade. (...)Pra mim propriamente, eu tive um resultado de satisfação da minha vida 100% através dessa parceria, como? Começou com o projeto [de prevenção às drogas na aldeia Pitaguary]. (...)Em 2009, assim que o Padre Rino também chega na aldeia ele traz a proposta de Jovem Aprendiz, e aí uma das pessoas que eu posso citar com propriedade que participou desse processo junto comigo foi o Henrique, que hoje é um dos coordenadores, chefe do RH de um grande laboratório (RELATO No. 4).

Em sua fala, o jovem descreve o investimento feito pelo MSMC na educação profissionalizante de jovens para a sua inserção no mercado de trabalho, contribuindo para assegurar um dos determinante sociais da saúde. O jovem também destaca o impacto que a ação do MSMC teve para continuidade de seus estudos e para outros jovens da aldeia Pitaguary:

Então pra mim mesmo isso ai vai se fortalecer no ano de 2011 quando o padre Rino através de uma parceria com o colégio Santa Cecília (...) nos concede uma bolsa inicial pra 5 alunos indígenas, 5 jovens que estavam terminando o ensino fundamental e que iam começar o ensino médio. [Em seguida, apresentando] a realidade de uma situação social que nós juventude vivemos num estado que não prega tantas oportunidades e

infelizmente acaba excluindo, então nós conseguimos 30 bolsas de estudo no Colégio Piamarta, no Montese, que também foi uma parceria [do MSMC] (RELATO No. 4).

A exemplo deste relato de vida, a presença marcante da atuação do padre Rino é destacada em todas as respostas em que esta questão foi lançada. Em algumas entrevistas em que as falas já iam em tal direção, não fizemos a pergunta. Embora prevaleçam as falas sobre a acolhida diferenciada, os cuidados socioterapêuticos específicos, as pessoas sempre relacionam os serviços com o fundador e presidente do MSMC. Houve um caos de uma pessoa que não sabia sequer o nome exato do padre, mas teceu agradecimentos a ele. Para alguns perguntamos como ficaria o MSMC caso o padre partisse para outra missão; as respostas vão ao encontro de que os serviços continuariam, mas com importante perda. Uma vez que ele é uma espécie de atrator, com sua incansável visão empreendedora.

Com a saída do padre Rino o Movimento ele continuaria, possivelmente. Mas iria se adaptar a um novo jeito de ser. Seria muito grande essa transformação, eu realmente não consigo, hoje, eu não consigo ver o movimento, a instituição Movimento sem o padre Rino ainda (RELATO no. 5).

No trecho destacado a seguir, a mulher de 86 anos recorda como iniciou sua conexão com o MSMC. A cada testemunho vamos percebendo uma característica do método ali adotado pelo padre Rino, ele enfatiza, sobremaneira, a necessidade de a pessoa acolhida se dispor a colaborar com o outro, especialmente experimentando um período de prestação de algum serviço voluntário em algum espaço disponibilizado pelo MSMC. Isso ajuda a pessoa a se regozijar consigo mesma na medida em que ela faz “um bem” a outra.

Olhe, eu quando comecei a participar, foi mesmo nesse estímulo de Movimento do padre Rino, e quando teve, eu tive umas percas, meu esposo faleceu, aí eu fiquei muito lá em baixo, como diz o outro, aí fui convidada a participar lá dos movimentos de lá e comecei trabalhando, sempre assistindo, assistindo, isso foi muito bom pra mim, depois me engajei nos movimentos que fui entrando, eu como aprendiz e depois fui ensinando. (...)Eu aprendi bordados, pontos de bordados que eu não sabia, coisas novas, fazia muitas coisas, muitas coisas a gente aprendeu a fazer lá (RELATO No. 6).

Essa mesma mulher idosa, recorda o quão gratificante para si eram falas de agradecimento de suas aprendizes, a maioria mulheres jovens, conforme

explicou. Também fez questão de esclarecer que não vai mais ao serviço voluntário por ter dificuldades em se locomover.

Olhe, era muito gratificante, tem delas que diziam assim: “ai, meu Deus, se eu soubesse disso, tanto que me convidavam, mas a senhora faz a gente tão feliz, que se eu pudesse eu não ia mais nem pra casa”. [ri]. Era muito lindo, tinha uma senhora que ela tava muito depressiva, sabe, aí a gente pelejando com ela, eu pelejando, ela chorava, dizia que não aprendia, eu dizia “você aprende”, quando foi no fim ela dizia: “olha, se eu pudesse eu não ficava mais nem em casa” (RELATO No. 6).

Em outra entrevista, uma mulher de 51 anos, que há 18 anos mantém uma relação com os serviços do MSMC, também fez o primeiro contato procurando superar uma perda, para, em seguida, se dispor a colaborar voluntariamente e, mais adiante ser contratada como uma profissional prestadora de serviços.

O impacto da morte e da separação, tudo muito próximo, né, aí eu procurei o Rino, já conhecia o Rino e fui começando a participar das terapias, tudo. E logo, logo comecei a me envolver com o projeto que tinha aqui, o ‘Sim à Vida’ lá no Pantanal [ação de prevenção às drogas com crianças e adolescentes] e a partir daí comecei minha trajetória.(...) O Rino ensina a gente, a gente não pode só receber, porque a gente também tem que doar e acho que foi através, acho não, tenho certeza, foi através desse ‘dar e receber’, porque eu sempre digo assim: “pessoal, a gente pensa que a gente só dá”, assim como reikiana, que eu faço um trabalho voluntário, aí as pessoas dizem assim: “muito obrigado, você cuidou, vocês cuidaram de mim”. E eu digo: “eu é que digo obrigada, porque não é só nós que damos, vocês também dão, a gente só dá porque recebe e vocês só recebem porque vocês dão, né?” (RELATO No.7).

À medida que fomos colhendo relatos, pudemos perceber que a conectividade das pessoas acolhidas com o MSMC se perpetua e se fortalece à medida que elas se vão curando e ajudando na cura de outros. O testemunho abaixo, de uma mulher de 49 anos, reforça essa constatação:

Também eu tive algumas perdas, né, como alguns parentes, entes queridos, aí eu vim trabalhando também essas questões dentro da terapia comunitária, [grupo] da autoestima, dentro desse contato com o Rino também. (...)E fazendo, né, essa dimensão de usuária pra me cuidar, pra que eu pudesse me cuidar melhor, trabalhando também os medos, as percas e que depois eu pudesse também permanecer ajudando, como profissional. E entrei no Movimento também depois sendo profissional, depois de um grande trabalho comigo mesma, eu me sentia já preparada para também dar aquilo que eu recebi. Eu fui cuidada e agora eu tô cuidando. [Trabalhei] como facilitadora, como cuidadora do grupo de autoestima de criança e continuei ainda participando das outras atividades, outras abordagens também ainda nessa perspectiva de me cuidar mais, cada vez mais, me cuidando das minhas feridas, das minhas dores (RELATO No. 8).

Conforme pudemos apreciar, os interlocutores dão conta de uma permanente relação de partilha entre aqueles que foram cuidados e os novos usuários dos serviços do MSMC⁷¹; embora numericamente o maior índice de acolhimento esteja relacionado aos usuários com prontuários abertos no CAPS Comunitário do Bom Jardim que, mensalmente retornam para acompanhamento e manutenção de medicação e/ou atendimentos socioterapêuticos. O envolvimento desses usuários em processos de integração familiar e comunitária favorece a efetividade do modelo de cuidado desinstitucionalizado (que procura superar o modelo de internação hospitalar). Portanto, aqueles que obtiveram a cura ou estabilidade de seus problemas psicológicos são convidados a interagir através da ação voluntária ou da atuação profissional nos diversos serviços socioterapêuticos.

Para refletirmos sobre o que colhemos nas observações de campo, verificando o funcionamento dos grupos socioterapêuticos – terapia comunitária, grupos de autoestima, sessões de acolhimento coletivo de usuários do CAPS Comunitário -, os serviços profissionalizantes – curso de confecção de vestuário, de farmácia viva (uso de ervas medicinais), de gastronomia, de audiovisual, de música, de artes visuais, de preparação de jovens para o mercado de trabalho - atendimentos individuais – em reiki, massoterapia, escalda pés, acupuntura, entre outros -, na partilha nos almoços comunitários e ainda nos encontros voltados para cuidar dos cuidadores; percebemos um compromisso ético para a corresponsabilidade dos cuidados e das soluções para problemas enfrentados. Embora implícito, esse pacto se manifesta em ações voluntárias de cuidado em algum dos espaços de acolhimento da instituição.

⁷¹ “Com uma média de acolhimento mensal de mais de 7 mil pessoas, o MSMC encerra o ano com uma projeção de 14.670 pessoas atendidas diretamente. São convênios que envolvem cogestão com Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, CBM da Alemanha, co-financiamento da União Europeia, Secretaria de Assistência Social e Cidadania de Maracanaú, Prefeitura de Cruz, ChildFund, RB Distribuidora, SESC, entre outros. O número de pessoas atendidas está assim distribuído: Projeto Sim à Vida, de prevenção às dependências químicas, 1350; CAPS Comunitário, média de 5000/mês; Residência Terapêutica, 9; Práticas de Cuidados Socioterapêuticos, 480; Programa Jovem Aprendiz, 50; formações em Cuidando do Cuidador e Abordagem Sistêmica Comunitária, 120; Formações em Terapia Comunitária, 120; Juventude Indígena Realizando Sonhos, 12; e 113 colaboradores, entre contratados e voluntários. Das práticas de cuidados realizadas em 2016, se destacam: arteterapia, biodança adultos e crianças, terapia comunitária, massoterapia, escalda pés, reflexologia, acupuntura, quick massagem, reiki, terapia da autoestima, constelação familiar, reconexão, regeneração celular e meditação. Além de processos de inclusão socioeconômica.” (MSMC, 2016a, p. 1)

Essa corresponsabilidade, a nosso ver, acolhe e induz a realização das categorias freirianas empoderamento e conscientização. Empoderamento, como já analisamos, indo além do ganho de autonomia (autoestima elevada, profissionalização, capacidade empreendedora) para envolver também corresponsabilidade com a transformação da comunidade. A esse fenômeno se junta com a categoria conscientização em que a pessoa começa por perceber-se, perceber a realidade em que está inserida e se permitir mobilizar para o cuidado de outrem, podendo ir alcançar um avanço maior que é o engajamento na luta por direitos humanos educacionais, sociais, culturais e ambientais.

Pois bem, embora difuso, este compromisso ético é sugerido pelos participantes nos grupos que observamos. Já os interlocutores deixam claro que tal compromisso é uma realidade. É explícito o sentimento que cada um expressa da necessidade de compartilhar, de devolver algo em troca da felicidade do outro que carece. Daí, inferimos se processar uma conectividade radical que pressupõe valores como amorosidade, partilha, esperança, espontaneidade, lealdade, etc, em acordo com o que depreendeu Mafra (2007) e com os pressupostos freirianos de uma pedagogia libertadora.

5 CONCLUSÃO

Começamos por sintetizar o que verificamos como um compromisso ético com a conectividade radical, visto que em todo o material que apreciamos, desde a documentação formal, relatórios de ações socioterapêuticas e inclusivas e, sobremaneira, nas observações de campo e nos diálogos com àqueles que relataram suas transformações existenciais, a autopoiese – produção continuada de sentido para a vida e para a evolução de si e da comunidade – é uma constante. Cada um e cada uma expõe, a seu modo, este pressuposto e fala da prática decorrente do esforço pessoal e grupal.

Assim, pudemos concluir que predomina junto aos usuários a preocupação com a reciprocidade, que se manifesta em um compromisso ético multidimensional, embora de pactuação implícita, do qual alcançamos perceber algumas dessas dimensões quais sejam: a conservação de valores ‘co’elaborados e assimilados; a corresponsabilidade por si, pelo outro e pela comunidade; a conscientização do seu próprio problema, da relação deste problema com a comunidade, com o meio ambiente; o cuidado de si e do outro numa permanente busca do equilíbrio biopsicossocioespiritual, desenvolvendo uma relação de compaixão – perceber a dor do outro e ajudá-lo a superá-la – evitando converter a empatia em adoecimento para si, sendo capaz de se autoconhecer para evoluir em todas as dimensões; a educação construída de forma dialógica, circular e cultural (Freire, 2000) numa ecologia de saberes.

Essa ecologia, em Santos (2007) é visualizada como uma práxis que em si realiza uma desestabilização da realidade de segregação e de acomodação de valores e costumes conformistas, mantidos cotidianamente por repetição. Trata, pois, de remexer aquilo que permanecia inerte para desvelar um avanço no que parecia impossível, com a mobilização espontânea de novas forças. Esse caminho de desestabilização daquilo que parece naturalizado é estimulado pela Abordagem Sistêmica Comunitária, confirmando uma dimensão de sua efetividade.

O registro de alguns aspectos da história de duas décadas do MSMC nos permitiu inferir que no aspecto relacionado à sustentabilidade de suas ações há a atuação direta do idealizador daquele serviço. Verificamos que o mentor e criador do MSMC, o psiquiatra Rino Bonvini, é um atento empreendedor de uma causa em benefício da comunidade. Tanto se percebe nele uma ‘conectividade radical’ a partir

de sua biografia anterior à criação do MSMC, quanto daí por diante ao investir numa visão de mundo diferenciada que percebe o paradigma sistêmico e a pragmática da comunicação como elementos distintivos de tal conectividade. Foi assim que Bonvini aglutinou em torno de si um grupo de voluntários nos primeiros dois anos do MSMC, levando-os à qualificação em cursos técnicos de terapias (terapia comunitária, reiki, massoterapia, constelação familiar, biodança, etc), em seguida estimulando cada colaborador a alcançar graduação e excelência acadêmica.

Passados os dois primeiros anos de serviços realizados a partir do voluntariado e de um movimento informal, o médico reuniu lideranças das Comunidades Eclesiais de Base para a elaboração conjunta do que viria a ser a instituição. A partir daí se inicia um ciclo de formato profissional com a ampliação da demanda por recursos. São obtidos os primeiros financiamentos através de amigos e de organismos internacionais vinculados à Igreja Católica; mas logo surge a necessidade de implementar ações de política pública em Saúde Mental, atendendo ao propósito social da instituição.

As conquistas citadas neste trabalho de resgate nos permitiram perceber, portanto, a preocupação do MSMC em instituir um território de cuidado da Saúde Mental que se materializa, desde o primeiro momento, com a implementação das práticas populares de cuidado, seguidas, nove anos depois da atração e instalação na região do Grande Bom Jardim, Fortaleza, de um Centro de Atenção Psicossocial com características comunitárias, dentre outras conquistas.

A partir daí se ampliam as responsabilidades com a comunidade, na medida em que surgem os problemas de continuidade da ação, uma vez que o Estado no âmbito municipal, especialmente, promove seguidos atrasos na efetivação de renovações de convênios, bem como no repasse de recursos; em que pesem as exigências burocráticas que são atualizadas e incrementadas em descompasso com o ritmo de repasse de verbas aos entes conveniados.

Para uma organização da sociedade civil sem fins lucrativos, a confessional, sem investimento financeiro privado de monta expressiva, sobreviver na conjuntura atual é uma vitória. Portanto, esse diferencial é conferido ao MSMC nos 21 anos de existência, completados em 2017. Provavelmente, essa sustentabilidade se efetiva tendo como suporte a rede nodal de apoios desde

simbólicos a materiais, conquistada por aqueles que se conectaram com essa iniciativa inovadora em Saúde Mental.

A inovação e o reconhecimento descritos no capítulo 2 é ratificada por meio da interpretação dos usuários nos relatos de vida. Os aspectos epistêmicos presentes nos serviços revelam em boa parte o espectro teórico descrito no capítulo 3, elaborado em acordo com a própria práxis. Depois, verificando a competência em realizar um amplo serviço com orçamento austero, se verifica, ao longo dos vinte anos, uma eficiência no investimento de tais recursos, guardadas as dificuldades operacionais em face das exigências de frequente aprendizado e atualização de conhecimento por parte da equipe de profissionais que vem conduzindo todo o processo.

Finalmente, no que foi possível compreender por meio deste estudo, a efetividade dos serviços inseridos em uma política pública de Saúde Mental é confirmada qualitativamente pelo segmento de usuários conectados aos serviços disponibilizados pelo MSMC. Os relatos de vida, cada um à sua maneira, descrevem aspectos intersubjetivos que revelam o sucesso do conjunto de serviços socioterapêuticos e de melhoramento do estado de bem estar da saúde dos envolvidos.

A conectividade radical é reforçada à medida que os interlocutores vão expondo os valores que fizeram com que encontrassem saídas positivas para seus sofrimentos. As falas estão em sintonia com os propósitos iniciais dos serviços, quais sejam libertar os usuários de suas dores existenciais, contribuir com sua libertação integral e estimulá-los ao compromisso com a comunidade, valorizando os recursos disponíveis e ao seu alcance. Os valores manifestos apresentam sincronismos com a atualização da missão e dos propósitos do MSMC, realizada em 2016, quais sejam: “Ecofilia sintrópica [relação de amizade com a natureza e sintonia com a teia da vida], empatia, corresponsabilidade, partilha, solidariedade, respeito às diferenças e humanização da saúde mental” (MSMS, 2017, site).

Pudemos ainda verificar, conforme já explicitado anteriormente, a ampliação do horizonte dos serviços, para além da atuação local no Ceará, visto que está em andamento na Bolívia, uma replicação desses serviços; bem como nas recomendações positivas de especialista de renomada experiência internacional, caso de uma profissional enviada pela União Europeia ao Bom Jardim, Fortaleza,

para verificação do andamento dos serviços de prevenção às drogas. E ainda de outros especialistas que evidenciaram o aspecto conceitual dos serviços cujos elementos de destaque teórico descrevemos no capítulo 3 desta obra. Essa consolidação de reconhecimento do serviço realizado fez a instituição lançar uma otimista perspectiva em sua visão de futuro para até 2023, quando pretende se manter sustentável, atuar noutros países e se tornar referência em saúde mental, contribuindo para a evolução integral das pessoas acolhidas e cuidadas.

A efetividade pode ser também relacionada à persistência missionária institucional em que, passados 21 anos, o MSMC continua coerente com os eixos que levantamos no capítulo 2 deste trabalho com base no estatuto elaborado ainda em 1998. Daí a missão, atualizada em fins de 2016 estar assim inscrita no site da organização: “Acolher o ser humano, promovendo a saúde mental, a evolução pessoal e comunitária, respeitando as dimensões biopsicossocioespirituais para a promoção da vida.”

REFERÊNCIAS

A GENTE TAMBÉM QUER VIVER. Direção: Doralice Araújo. Produção e realização: Núcleo de Atenção Psicossocial/IPP.[S.I.], 1995 (12min).

A VIDA PEDE PASSAGEM. Direção: Elizeu de Sousa. Produção: Cláudio Simões, Erivaldo Lourenço e Elizeu de Sousa. Roteiro: Elizeu de Sousa e Glauber Filho. Apresentação Marta Aurélia e Antônio Mourão Cavalcante. Fortaleza: Instituto Nosso Chão, 2001. dvd (18 min). Cor NTSC. Betacan. Cópia VHS.

ABORDAGEM SISTÊMICA COMUNITÁRIA: Prêmio da Fundação Banco do Brasil de Tecnologia Social. Fundação Banco do Brasil: São Paulo, 2009. 1dvd (5min) Vídeo. Cópia AVI.

AGÊNCIA BRASIL. **Organização Mundial de Saúde: investir em tratamento para depressão gera retorno quatro vezes maior.** Rio de Janeiro:[s.n],2015. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/internacional/noticia/2016-04/oms-investir-em-tratamento-para-depressao-gera-retorno-quatro-vezes>>. Acesso em: 26 set.2016.

AGAMBEN, Giorgio. **Homo Sacer: o poder soberano e a vida nua I.** Belo Horizonte: EdUFMG, 2007.

_____. **Estado de exceção.** São Paulo: Boitempo, 2004.

_____. **Profanações.** São Paulo: Boitempo, 2007a.

ALVES, M.A. **Fortalecimento das pessoas com transtornos mentais: a experiência dos usuários do movimento de Saúde Mental Comunitária do Bom Jardim.** 2010. 128f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Centro de Humanidades, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.

ALVES, M.A.; XIMENES, V.M.; BOSI, M.L.M. Processos de fortalecimento em um movimento comunitário de saúde mental no nordeste do Brasil: novos espaços para a loucura. **Aletheia**, Canoas, v.3, n.37, p.162-176, jan. 2012.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.** 2.ed. Rio de Janeiro:FIOCRUZ, 1998.

AMARANTE, Paulo. Rumo ao fim dos manicômios: a luta antimanicomial, o mais importante movimento pela reforma psiquiátrica no Brasil, teve início durante o regime militar e ainda enfrenta desafios. **Uol viver mente**, Rio de Janeiro, v.3,n.164, p.23-27, set. 2006. Disponível em: <www2.uol.com.br/vivermente/reportagens/rumo_ao_fim_dos_manicomios_6.html>. Acesso em: 15 mar.2016.

ANDRADE, A. **Integralidade e humanização em saúde mental: experiências de usuários em dois Centros de Atenção Psicossocial.** 2012. 164f. Dissertação

(Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012.

ARENDDT, Hannah. **A condição humana**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1991.

ARRUDA, A. **Saúde mental na comunidade**: a terapia comunitária como dispositivo de cuidado. 2010. 130f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Ciências da Saúde. Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2010.

ASSMANN, Selvino; BAZZANELLA, Sandro. A máquina/dispositivo política: a biopolítica, o estado de exceção, a vida nua. In: LONGHI, Armindo (org). **Filosofia, política e transformação**. São Paulo: Liber Ars, 2012.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**: Informação e documentação – referências – elaboração. Rio de Janeiro: ABNT, 2002.

ÁVILA, Lazslo Antonio. A trofolaxe grupal: transtornos narcísicos e reconstruções vinculares. **Psicologia em estudo**, Maringá, v.12, n.3, p.523-529, set./dez. 2007.

BARRETO, Adalberto. Viva. Bem comum é o foco. **Diário do Nordeste**, Fortaleza, v.4, n.49, p.6, out.2010. Disponível em:
<<http://diariodonordeste.verdesmares.com.br/suplementos/viva/bem-comum-e-o-foco-1.610293>.. Acesso em: 20 jan.2017.

_____. **Terapia comunitária, passo a passo**. Fortaleza: LCR, 2005.

BAUMAN, Zygmunt. **Em busca da política**. Rio de Janeiro: Zahar, 2000.

_____. Depois da nação-estado, o quê? In: **Globalização**: as consequências humanas. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.

BENEVIDES, Patrícia Gomes. **A produção do cuidado**: articulação com o processo de referência e de contrarreferência na rede de serviços de saúde mental de Fortaleza-Ce. Fortaleza: EdUECE, 2009.

BERGER, P. L. **A construção social da realidade**: tratado de sociologia do conhecimento. Petrópolis: Vozes, 2003.

BERTAUX, Daniel. **Los relatos de vida**: perspectiva etnosociológica. Barcelona: Bellaterra, 2005.

BETTO, Frei. **O que é comunidade eclesial de base**. São Paulo: Brasiliense, 1985.

BICHO DE SETE CABEÇAS. Direção: Laís Bodanzky. Roteiro: Luiz Bolognesi. Música, composição: Arnaldo Antunes e André Abujamra. Elenco: Rodrigo Santoro, Othon Bastos, Cássia Kis Magro, Gero Camilo e Caco Ciocler. Realizadores: Buriti Filmes, Dezenove Som e Imagens Produções Ltda, Gullane Filmes, RioFilme e Fabrica Cinema. Rio de Janeiro, 2000 (90 min). Filme 35 mm. Cópia AVI.

BOFF, Leonardo. **O papa Francisco é um dos nossos**: entrevista em alemão de L.Boff. Rio de Janeiro:[s.n],2016. Disponível em:<
<https://leonardoboff.wordpress.com/>>. Acesso em:09 jan.2017.

_____. **O despertar da águia**: o diabólico e o simbólico na construção da realidade. Petrópolis: Vozes, 1998.

_____. **A águia e a galinha**: a metáfora da condição humana. Petrópolis: Vozes, 1997.

BOFF, Leonardo; HATHAWAY, Mark. **O tao da libertação**: diálogo entre ciência moderna e teologia. Petrópolis: Vozes, 2012.

BONVINI, Rino. A Abordagem Sistêmica Comunitária e suas características [copiã]. Entrevista em vídeo para documentário. Direção: Elizeu de Sousa. Cinegrafista: Felipe Nogueira. MSMC. Fortaleza, 29 de novembro de 2016.

BONVINI, Rino. Documentário MSMC [copiã]. Entrevista em vídeo para documentário. Direção: Thiago Rodrigues. Entrevistadores: Elizeu de Sousa e Thiago Rodrigues. MSMC. Fortaleza, 27 de setembro de 2016.

BONVINI, Ottorino. **Fundamentos teóricos e práxis da abordagem sistêmica comunitária**: a experiência de um movimento em saúde mental no Nordeste do Brasil. Fortaleza:[s.n],2013.

_____. **Declaração de apresentação da abordagem sistêmica comunitária**. Fortaleza: Mimeo,2009.

BONVINI, Pe. Rino. No Limite entre a religião e a psiquiatria. **O Povo**, Fortaleza, 28 set. 2009. Seção páginas azuis. Disponível em: <<http://wp2.oktiva.com.br/msmcbj-blog-ptbr/files/2010/08/28.09.2009-P%C3%A1ginas-Azuis-PARTE-1.pdf>>. Acesso em: 04 abr. 2013.

BONVINI, Rino; Martins, Natália de Sousa. **Os 7 princípios da ASC**. Fortaleza: Mimeo, 2017.

BOSI, M. L. M. et al. Inovação em saúde mental sob a ótica de usuários de um movimento comunitário no Nordeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Fortaleza, v.17, n. 3, p. 643-651, mar. 2012.

_____. Inovação em saúde mental: subsídios à construção de práticas inovadoras e modelos avaliativos multidimensionais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p.1231-1252, out.2011.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues; BORGES, Maristela Correa. A pesquisa participante: um momento da educação popular. **Rev. Ed. Popular**, Uberlândia, v.6, n.3,p.51-62, jan./dez. 2007.

_____. **Repensando a pesquisa participante**. São Paulo: Brasiliense,1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental em dados** Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS - PNPIC-SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. 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] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF. 7 abr. 2001. Seção 2, p.45.

_____. Ministério Nacional da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, **Bioética**, v.4, n.2, p. 15-25, set.1996.

BUNGE, Mário. **La investigación científica**. Barcelona: Colección Convivium, 1969.

BUSS, Paulo Marchiori e PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.77-93, ago. 2007

CALDERÓN, Carlos. La enseñanza-aprendizaje de la investigación cualitativa e n el médio sanitario. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.3, p.30-35, mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 mar. 2013.

CÂMARA FILHO, José Waldo S; SOUGEY, Everton B. Transtorno de estresse pós-traumático: formulação diagnóstica e questões sobre comorbidade. **Rev Bras Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v.23, n.4, p.221-228, set. 2001.

CANDIDO, Celso. A trofolaxe digital. **Caosmose**, São Paulo, v.40, n.78, jun. 2004. Disponível em: <<file:///D:/07MOVIMENTO/Documents/01Elizeu/Disserta%C3%A7%C3%A3o/trofolaxeX%20Celso%20Candido.pdf>>. Acesso em: 28 fev. 2017.

CAPELLA, Ana Cláudia N. Perspectivas teóricas sobre o processo de formulação de políticas públicas. In: **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: FioCruz, 2007.

CAPRA, F. **A teia da vida**: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos. São Paulo: Cultrix, 2000.

CAPRA, F; LUISI, P. L. **Visão sistêmica da vida**. São Paulo: Cultrix, 2014.

CARVALHO, M. A. A. S. **Fortalecimento das pessoas com transtornos mentais**: A experiência dos usuários do movimento de saúde mental comunitária do Bom Jardim. 2010. 195 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Centro de Humanidade, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.

CASTRO, Cláudio de Moura. **Estrutura e apresentação de publicações científicas**. São Paulo: MC-Graw Hill do Brasil, 1976.

CASTRO, G.S. **Diálogos e vivências sobre a arte e identidade com jovens do Bom Jardim**. 2009. 260f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Centro de Humanidade, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2009.

CAVALCANTE, A. Mourão. **Drogas, esse barato sai caro**: os caminhos da prevenção. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1997.

CAVALCANTE, A. Mourão; BONVINI, O. Psiquiatria: outros olhares: reflexões teóricas de um modelo de intervenção. **Psychiatry On Line**, v.7, n. 4, p.30-35, abr. 2002. Disponível em: <<http://www.polbr.med.br/ano02/mour0402.php>>. Acesso em: 7 dez. 2016.

CERTEAU, Michel de. **A invenção do cotidiano**: artes de fazer. 11. ed. Petrópolis: Vozes, 2005.

CERTEAU, Michel de; GIARD, LUCE; MAYOL, Pierre. **A invenção do cotidiano**: morar, cozinhar. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2005.

CIDADE, E. C. **Juventude em condições de pobreza**: modos de vida e fatalismo. Dissertação. 2012. 200f. (Mestrado em Psicologia) - Centro de Humanidade, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012.

COSTA, Alfredo B. **Exclusão social**: exclusões sociais. Rio de Janeiro: CBCISS, 2006.

COSTA, Liduína Faras Almeida da. Reciclagem regional no Nordeste brasileiro: visão panorâmica. In: Frota, Francisco H. da Silva; Costa, Liduína F. Almeida da (org.). **Políticas públicas e dinâmicas institucionais**. Fortaleza: Eduece, 2006.

_____. **O sertão não virou mar**: Nordeste, globalização e imagem pública da nova elite cearense. São Paulo: Annablume, 2005.

_____. Revisitando a questão Nordeste: representações de uma região problema. **Políticas Públicas e Sociedade**, Fortaleza, v. 1, n.6,p.83-97, jan.2001.

CRIANDO UM ESPAÇO DE POSSIBILIDADES. Direção: Kátia Álvares Carvalho. Produção: Naica/Instituto Philippe Pinel. Realização: Instituto Philippe Pinel e Ministério da Saúde. [S.l.], 1994. (16min).

DAMO, A; Moura, D.V.; Cruz, R. G: **Conscientização em Paulo Freire**: consciência, transformação e liberdade. São Paulo:[s.n],2011.

DAMATTTA, Roberto. **Relativizando**: uma introdução à antropologia social. Rio de Janeiro: Rocco, 1997.

DEMO, Pedro. **Pesquisa e construção de conhecimento**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1996.

_____. **Pesquisa**: princípio científico e educativo. São Paulo: Cortez, 1990.

DESCARTES, R. **Discurso do método**. 4.ed. Lisboa: Guimarães Editores, 2004.

DIEHL, Elena. Conhecendo os insetos sociais: cupins e formigas. **Revista do Instituto Humanitas Unisinos**, v.205, n.456, p.45-49, nov.2006. Disponível em: <http://www.ihuonline.unisinos.br/index.php?option=com_content&view=article&id=614&secao=205>. Acesso em: 2 fev.2017

ECO, Umberto. **Como se faz uma tese**. São Paulo: Perspectiva, 1995.

ELKAÏM, Mony. **Panorama das terapias familiares**. São Paulo: Summus, 1998.

ENERGIA DA VIDA. Direção: Luiz Fernando Sarmiento. Produção: Fundación Argentino-Brasileira para la Integración y Intercambio Comercial, Turístico y Cultural. Realização: Comercial, Turístico y Cultural Multiversidade. [S.l.], [S.d.] (2h40min).

ESTRELA DE OITO PONTAS. Diretor: Fernando Diniz. Coordenação e Concepção: Marcos Magalhães. Realização: Sociedade de Amigos do Museu de Imagens do Inconsciente. [S.l.], [s.d.]. (12min).

FACHIN, Patrícia. A psicologia da libertação segundo Ignacio Martín-Baró. **Revista do Instituto Humanitas Unisinos**, São Leopoldo, v.305, n.45,p.38-49,nov.2009.

Disponível

em:<http://www.ihuonline.unisinos.br/index.php?option=com_content&view=article&id=3009&secao=318>. Acesso em: 04 mar. 2013.

FERREIRA F., M.O.; DIAS, M.D.; ANDRADE, F.B.; LIMA, E.A.R.; RIBEIRO, F.F.; SILVA, M.S.S. A terapia comunitária como estratégia de promoção à saúde mental: o caminho para o empoderamento. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.11, n.4, p.964-970, set. 2009.

FIGUEIREDO, Marcus Faria; FIGUEIREDO, Argelina Maria Cheibub. Avaliação política e avaliação de políticas: um quadro de referência teórica. **Anal. e Conj.**, Belo Horizonte, v.1, n. 3, p.107-127, set. 1986.

FONSECA, João D. **Autopoiesis**: uma introdução às ideias de Maturana e Varela. São Paulo:Createspace Pub, 2008.

FONTANELLA, B. J. B. et al. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24,n.1, p.17-27, jan. 2008.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. Pretrópolis: Vozes, 2012.

_____. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

_____. O nascimento da medicina social. In: **Microfísica do Poder**. 3.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

_____. **História da loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FREIRE, P. **Educação como prática de liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2006.

_____. **Conscientização**: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. São Paulo: Centauro, 2001.

_____. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 15. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

_____. **Política e educação**. 3.ed. São Paulo:Cortez,1997.

_____. **Pedagogia da esperança**: um reencontro com a pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 12.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

_____. **Educação e mudança**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

FREIRE, P.; SHOR, I. **Medo e ousadia**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

FUNDAÇÃO BANCO DO BRASIL. **Abordagem sistêmica comunitária**: prêmio tecnologia social. Brasília. Disponível em:
<<http://www.fbb.org.br/portal/pages/publico/expandir.fbb?codConteudoLog=742>>.
Acesso em: 13 jan. 2014.

FUNDAÇÃO BANCO DO BRASIL. **Abordagem sistêmica comunitária: movimento de saúde mental comunitária do Bom Jardim, Fortaleza -CE**. São Paulo: Tecnologia Social, 2009.

GADAMER, H.G. **Verdade e método**. 3.ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

GARCIA, R. C. **Pensamento social em saúde na América Latina**. São Paulo: Cortez, 1989.

GARDNER, Howard. **Inteligências múltiplas**: a teoria na prática. Porto Alegre: ArtMed, 1995.

_____. **Estruturas da mente**: a teoria das inteligências múltiplas. Porto Alegre: ArtMed, 1994.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999.

GODOY, M. G. C.; VIANA, A.P.F.; VASCONCELOS, K.A.G.; BONVINI, O. O compartilhamento do cuidado em Saúde Mental: uma experiência de cogestão de um centro de atenção psicossocial em Fortaleza, CE, apoiada em abordagens psicossociais. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.21, n.1, p.152-163, jun.2012.

NÚCLEO DE GESTÃO PÚBLICA E DESENVOLVIMENTO URBANO. **Diagnóstico socioparticipativo do Grande Bom jardim, 2003, da Universidade Estadual do Ceará.** Fortaleza: UECE/CDVHS, 2004.

GROF, Stanislav; GROF, Cristina. Emergência espiritual: a compreensão e o tratamento das crises transpessoais. In: WALSH, Roger; VAUGHAN, Frances (org). **Caminhos além do ego: uma visão transpessoal.** São Paulo: Cultrix, 1997.

GUARESCHI, Pedrinho. **Textos em representações sociais.** Rio de Janeiro: Vozes, 1995.

_____. A categoria "Excluídos". **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v.12 n.3, p.4-8, jun.1992.

GUSSI, A.F. **Pedagogias da experiência no mundo do trabalho:** narrativas biográficas no contexto de mudanças de um banco público estadual. 2005.269f. Tese (Doutorado em Educação) - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2005.

GUTIÉRREZ, G. **Teologia da Libertação.** Petrópolis:Vozes, 1976.

HEIDRICH, Andréa Valente. **Reforma psiquiátrica à brasileira:** análise sob a perspectiva da desinstitucionalização. Porto Alegre: EdPUC, 2007.

HENRIQUES, R. Desnaturalizar a desigualdade e erradicar a pobreza: por um novo acordo social no Brasil. In: WERCHEIN, J.; NOLETO, M. J. (Orgs). **Pobreza e desigualdade no Brasil:** traçando caminhos para a inclusão social. Brasília: UNESCO, 2003.

HERMETO, E. **Abandono do uso de drogas ilícitas por adolescentes:** o papel das atividades socioculturais. 2008. 100f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2008.

HOLMGREN, David. **Permacultura:** princípios e caminhos além da sustentabilidade. Porto Alegre: Via Sapiens, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Dados da população -2013.** Fortaleza:IBGE,2013.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Relatório sobre o desenvolvimento humano no Brasil.** Rio de Janeiro: IPEA,1996.

JOHNSON, Allan G. **Dicionário de sociologia:** guia prático da linguagem sociológica. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

JOHNSON, Steven. **Emergência:** a vida integrada de formigas, cérebros, cidades e softwares. Rio de Janeiro: Zahar, 2003.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Técnicas de pesquisa:** planejamento e execução de pesquisas, elaboração, análise e interpretação dos dados. 7.ed. São Paulo: Atlas, 2008.

LAVILLE, Christian; DIONNE, Jean. **A Construção do saber:** manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Porto Alegre: Artmed, 1999.

LEÃO, A.; BARROS, S. As representações sociais dos profissionais de saúde mental: do modelo de atenção e as possibilidades de inclusão social. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.17, n.1, p.95-106, jun.2008.

LETTIERI, M.; PAES, N. L. **Medidas de pobreza e desigualdade:** uma análise teórica dos principais índices. Fortaleza: LEPUFC, 2006.

LUHMANN, N. **Complejidad y modernidad:** de la unida a la diferencia. Madrid: Trotta, 1998.

LUZ da Serra. **Os 7 Chakras principais dos seres vivos.** São Paulo:[s.n],2015. Disponível em:<<http://www.luzdaserra.com.br/os-7-chakras-principais-dos-seres-vivos>>. Acesso em: 15jan.2017.

MACHADO, M. de F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, v.12, n.2, p. 335-342, set.2007.

MAFRA, Jason Ferreira. **A conectividade radical como princípio e prática da educação em Paulo Freire.** São Paulo:[s.n], 2007.

MATEUS, Mário Dinis (org). **Políticas de saúde mental:** baseado no curso políticas públicas de saúde mental, do CAPS Luiz R. Cerqueira. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013.

MATURANA, Humberto. Entrevista. **Revista Humanitates**, Rio de Janeiro, v.1, n.2, p.30-47, nov.2004.

_____. **Emoções e linguagem na educação e na política.** 3.ed. Belo Horizonte: EdUFMG, 2002.

_____. **Cognição, ciência e vida cotidiana.** Belo Horizonte: EdUFMG, 2001.

MATURANA, Humberto; VARELA, Francisco. **A árvore do conhecimento:** as bases biológicas da compreensão humana. São Paulo: Palas Athena, 2004.

_____. **De máquinas e seres vivos- autopoiese:** a organização do vivo. 3.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

MINAYO, Maria Cecília de S. (org.) **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro: Hucitec, 1994.

MINAYO, Maria Cecília de S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p.3-6,mar. 2012 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 mar. 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; Deslandes, Suely Ferreira (org). **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro:Fiocruz, 2002.

_____. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994.

MOVIMENTO INTEGRADO DE SAÚDE MENTAL COMUNITÁRIA DO CEARÁ. **Projeto 4 Varas**. Fortaleza: MISMEC-CE, 2010. Disponível em:<<http://br.groups.yahoo.com/group/MISMEC-CE/>>. Acesso em: 30 abr.2013.

MOREIRA, Marco Antonio. A epistemologia de Maturana. **Ciência & Educação**, São Paulo, v.10, n.3, p.597-606, jul. 2004.

MORIN, Edgar. **Introdução ao pensamento complexo**. Porto Alegre: Sulina, 2006.

MOTA, Paulo. Estresse lota de "cabeças" sala de fiéis. **Agência Folha**, Canindé (Ce). 14 jul. 1996. <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/1996/7/14/cotidiano/11.html>, acesso em: 05/02/2017.

MOURÃO, A.; DAMASCENO, O. Movimento de Saúde Mental Comunitária do Bairro Bom Jardim (MSMCEB): Identidade e processo grupal. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE PSICOLOGIA, 9, Fortaleza, 2007. **Anais**.

MOVIMENTO SAÚDE MENTAL COMUNITÁRIA DO BOM JARDIM. **Encontro promove alívio de estresse dos colaboradores do movimento**, Fortaleza: MSMC, 2012. Disponível em: <<http://www.msmbj.org.br/sn/noticias/encontro-promove-alivio>>. Acesso em: 11 jan.2014.

_____. **Missão e valores**. Fortaleza: MSMC, 2017.

_____. **Informativo: projeto Sim à vida**. Fortaleza: MSMC, 2016.

_____. **Drogas, juventude e comunidade: informações sobre o uso de drogas nas cidades de Maracanaú, Pacatuba e Fortaleza/ Regional V, referentes ao ano de 2015, coleta e análise de Leo David Terto Facundo**. Fortaleza: Movimento Saúde Mental Comunitária, 2016.

_____. **Estatuto do movimento de saúde mental comunitária do Bom Jardim**.Fortaleza: MSMCEB,1998.

NASCIMENTO, Thatiany. Prevenção às drogas: Técnica da UE sugere replicar projeto cearense. **Jornal Diário do Nordeste**. Fortaleza, Diário do Nordeste, 1.nov/2016. <http://diariodonordeste.verdesmares.com.br/cadernos/cidade/tecnica-da-ue-sugere-replicar-projeto-cearense-1.1644065>

NATAIS por Francisco: Onde houver desespero, que eu leve a esperança. Roteiro, entrevistas e direção: Emérsom Maranhão. Realização: Núcleo de Reportagem Especial do O Povo. 8min. Disponível em <<https://www.youtube.com/watch?v=ngW6QWtRdaQ>>

NUNES, M.; JUCÁ, V. J.; VALENTIM, C. P. B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.10, p.30-50,out.2007.

O BISPO do Rosário. Direção: Helena M. da Rocha e Miguel Przewodowski. Arquivo:Museu Bispo do Rosário. . [S.l.], [S.d.] (50min17s).

Oliveira, Eduardo David de. **Cosmovisão africana no Brasil**: elementos para uma filosofia afrodescendente. São Paulo: Ibeca,2006. Disponível em: <<https://filosofiaancestralidade.wordpress.com/2013/03/01/cosmovisao-africana-no-brasil-elementos-para-uma-filosofia-afrodescendente-eduardo-david-de-oliveira/>>. Acesso em: 26 dez. 2016.

OLIVEIRA, L. N. G. **Fios de vida e seus laços**: compreendendo a relação entre a expressão da afetividade e a participação em um grupo popular de mulheres. 2010. 100f. Monografia (Graduação em Psicologia) – Centro de Humanidade, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza,2010.

OLIVEIRA, P. C., & Carvalho, P. **A intencionalidade da consciência no processo educativo segundo Paulo Freire**. São Paulo: [s.n],2007. Disponível em : <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2007000200006&lng=en&nrm=isso>. Acesso em: 10 abr. 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Mental health atlas 2014**. Ginebra :OMS,2014. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/mental_health_atlas_2014/en/>. Acesso em: 22 nov. 2016.

_____. **Conferencia internacional sobre atención primaria de salud: declaración de alma ata**. Ginebra: OMS, 1978. Disponível em: <http://www.paho.org/Spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm>. Acesso em: 04 jan. 2013.

_____. **Actasoficiales de la OMS**. Ginebra:OMS,1946.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **OPAS/OMS apoia governos no objetivo de fortalecer e promover a saúde mental da população**. Rio de Janeiro:OPS,2015. Disponível em:<http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5263:opas-oms-apoia-governos-no-objetivo-de-fortalecer-e-promover-a-saude-mental-da-populacao&catid=845:noticias&Itemid=839>. Acesso em: 10 dez. 2016.

PAIM, Jairnilson S.; ALMEIDA FILHO, Naomar de. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.32, n.4, p. 299-316, jun.1998.

PALMEIRA, G. et al. Processo saúde doença e a produção social da saúde. In: EPSJV. (Org). **Informação e diagnóstico de situação**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

PAULO freire contemporâneo. Direção: Toni Venturi. Roteiro: Helena Tassara e Sylvis Lohn. Produção executiva: Sérgio Kieling. Direção de Produção: Luciana Teixeira. Instituto Paulo Freire/Olhar Imaginário, 2007. 53min/filme. Disponível em <<http://outraspalavras.net/>. Acessado em 30/mai/2016.

PELLEGRINI FILHO, A. Editorial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.9, p.1772-1773, set. 2006.

PHILLIPS, Bernard S. **Pesquisa social: estratégias e táticas**. Rio de Janeiro: Agir, 1994.

PINHEIRO, Roseni; MATOS, Araújo de. **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: EdCEPESC, 2007.

PINHO, A. M. M. **Pintando janelas em muros: a arte como método vivencial da facilitação de grupos populares**. 2010. 160f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Centro de Humanidades, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.

PINTO, José Marcelino de Rezende .A teoria da ação comunicativa de Jürgen Habermas: conceitos básicos e possibilidades de aplicação à administração escolar. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v.9, n.8, p.12-16, fev. 1995.

PIONER, Cristina. Arte como libertação: prontos para acolher e ajudar o próximo / Arte-terapia será ampliada no CAPS. **Diário do Nordeste**, Fortaleza, 1 Jul. 2014. Caderno Vida, p. 1- 2.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **O índice do desenvolvimento municipal brasileiro: série atlas do desenvolvimento humano** Brasília: Ipea, 2013. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/arquivos/idhm-brasileiro-atlas-2013.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2014.

RIBEIRO, K. G. **Políticas públicas e determinação social em saúde: o impacto sobre a saúde da população**. Fortaleza: EdUECE, 2013.

_____. **Biodança e saúde percebida: um olhar biocêntrico sobre a saúde**. 2008. 126f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Centro de Humanidade, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.

ROCHA, Zeferino. O amigo, um outro si mesmo: a Philia na metafísica de Platão e na ética de Aristóteles. **Psychê**, São Paulo, v.10, n.17, p. 65-86, jan.2006.

RODRIGUES, Lea Carvalho Rodrigues. Análises de conteúdo e trajetórias institucionais na avaliação de políticas públicas sociais: perspectivas, limites e desafios. **CAOS – Revista Eletrônica de Ciências Sociais**, São Paulo, v.3, n.16, p.55-73,mar.2011

_____. Propostas para uma avaliação em profundidade de políticas sociais. **Aval: revista avaliação de políticas públicas**, Fortaleza, v. 1, n. 1, p.30-34,jan./jun. 2008.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Direitos Humanos, democracia e desenvolvimento**. São Paulo: Cortez, 2013.

_____. **A gramática do tempo**: para uma nova cultura política. São Paulo: Cortez, 2010.

_____. Para além do Pensamento Abissal: das linhas globais a uma ecologia de Saberes. **Novos estud.**, São Paulo, v.30,n.79, p.30-48, nov. 2007.

_____. **Crítica da razão indolente**: contra o desperdício da experiência. São Paulo: Cortez, 2000.

SANTOS, M. S. T.; ARAÚJO, E.S.; PATRIOTA, N. S. Construindo a saúde comunitária: estudo da participação das agentes de saúde. **Revista Acadêmica do Grupo Comunicacional de São Bernardo**, São Bernardo do Campo, v.1, n.1, p.10-17,dez.2004.

SANTOS, Rosângela Pires dos. **Inteligências múltiplas e aprendizagem**. São Paulo:Coursepark, 2002.

SCLIAR, M. **Do mágico ao social**: trajetória da saúde pública. São Paulo: SENAC, 2002.

SEGRE, Marco, O conceito de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo,v.31, n.5, p. 538-542, set.1997.

SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para integração. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.22-26, jun.2000.

SOLAR, O.; IRWIN, A. **Rumo a um modelo conceitual para análise e ação sobre os determinantes sociais de saúde**. Genebra: CDSH, 2005.

SOUSA, A. E.; Carneiro, K.A.L; Alves, R.V.V. Vida Nua: juventude e violência. In: **Juventudes e Políticas Públicas**. Fortaleza: Eduece, 2016.

SOUZA, Celina. Estado da Arte da Área de Políticas Públicas: Conceitos e Principais Tipologias. XXVII **Encontro Anual da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais** (ANPOCS). GT: Políticas Públicas. Caxambu, MG, 21-25 de outubro de 2003.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÂNIA. **A cidade mais desigual**: estudo da ONU aponta a capital como a cidade da América Latina com a maior concentração de renda. Goiânia: EdUFG,2012. Disponível em: <<https://www.ascom.ufg.br/n/38771-goiania-a-cidade-mais-des-igual>>. Acesso em: 30 nov. 2014.

VARANDA, Ana Paula de Moura. Tecnologias Sociais possibilitam modelos alternativos de desenvolvimento. Entrevista para o Eixo Erradicação da Miséria, concedida à Renata Olivieri, editada por Eliane Araújo. In Portal **Rede Mobilizadores** – Uma rede de incentivo à prática social. Disponível em: <<http://www.mobilizadores.org.br/entrevistas/tecnologias-sociais-possibilitam-modelos-alternativos-de-desenvolvimento/>> Acesso: 21.dez.2016.

VASCONCELLOS, Maria José Esteves de. **Pensamento sistêmico**: o novo paradigma da ciência. Campinas: Papirus, 2003.

VIANA, V.M.J.E. **Um olhar psicopedagógico em famílias com dificuldades de aprendizagem**: numa abordagem sistêmica comunitária. 2011. 67f. Monografia (Especialização em Psicopedagogia) – Centro de Educação, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza,2011.

VIANA, A. P. F. **Cuidando do cuidador familiar**: uma experiência de trabalho com familiares de usuários esquizofrênicos do CAPS do Bom Jardim. 2007. 56f. Monografia (Especialização em Terapia Familiar) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2007.

VIANNA, Lucila Amaral Carneiro. **Processo Saúde-Doença**: Módulo Político Gestor. UNA-SUS | UNIFESP. SEM DATA. Consultado em 15 fev.2017 <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidad_e_6.pdf >

VIDA sã. Elizeu de Sousa. Fortaleza: Instituto Lamparina e Movimento Saúde Mental Comunitária, 2012. 1dvd (11 min). HDV. Cópia AVI.

WATZLAWICK, P.; BEAVIN, J.; JACKSON, D. **Pragmática da comunicação humana**: um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação. São Paulo: Cultrix, 2007.

WILBER, K. **Um deus social**. São Paulo: Cultrix, 1993.

_____. **Espiritualidade integral**. São Paulo: Aleph, 2007.