

O Compartilhamento do Cuidado em Saúde Mental: uma experiência de cogestão de um centro de atenção psicossocial em Fortaleza, CE, apoiada em abordagens psicossociais¹

The Partnership in the Mental Health Care: an experience in psychosocial approaches and in the co-management of a mental health community service in Fortaleza/CE

Maria Gabriela Curubeto Godoy

Doutora em Saúde Coletiva. Médica Psiquiatra da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. Vice-presidente do Movimento de Saúde Mental Comunitária do Bom Jardim.

Endereço: Rua Venâncio Aires, 763/02, Cidade Baixa, CEP 90040-193, Porto Alegre, RS, Brasil.

E-mail: mgc.godoy@gmail.com

Ana Paula Fernandes Viana

Pedagoga, especialista em Terapia Familiar. Ex-coordenadora do CAPS Comunitário do Bom Jardim, coordenadora da Terapia Comunitária do Movimento de Saúde Mental Comunitária do Bom Jardim.

Endereço: Rua Jose Aristóteles Gondim, 588, Bonsucesso, CEP 60545-370, Fortaleza, CE, Brasil.

E-mail: apaula_02@hotmail.com

Kamilla Angélica G. de Vasconcelos

Farmacêutica do CAPS do Bom Jardim. Coordenadora do Projeto de Farmácia Viva do CAPS do Bom Jardim.

Endereço: Rua Bom Jesus, 940, Parque Santo Amaro, CEP 60540-260, Fortaleza, CE, Brasil.

E-mail: kamillaangelica@hotmail.com

Otorino Bonvini

Doutorando em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Ceará pelo Programa de Pós-graduação em Associação Ampla de IFES UECE/UFC. Presidente do Movimento de Saúde Mental Comunitária do Bom Jardim.

Endereço Rua Fernando Augusto, 609, Parque Santo Amaro, CEP 60540-260, Fortaleza, CE, Brasil.

E-mail: rino@secrel.com.br

¹ Este artigo foi baseado no trabalho apresentado à 3ª edição do Prêmio Sérgio Arouca de Gestão Participativa da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, 2008, tendo recebido menção honrosa como "Trabalhos Acadêmicos".

Resumo

Este artigo aborda a trajetória de uma experiência comunitária vinculada a uma organização não governamental, o Movimento de Saúde Mental Comunitária do Bom Jardim e a parceria celebrada entre essa entidade e a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. Tal parceria vem proporcionando a expansão de ações psicossociais, bem como a cogestão de um Centro de Atenção Psicossocial tipo II inaugurado em 2005 (CAPS Comunitário do Bom Jardim). Geograficamente situado na Regional V, área com os piores indicadores sociais e sanitários de Fortaleza, o Movimento de Saúde Mental Comunitária do Bom Jardim oferta atividades como Terapia Comunitária, Biodança, Arteterapia, Grupos de autoestima, Massoterapia, Reiki, Shiatsu, Quiropraxia, Oficinas de arte, música e teatro, cursos profissionalizantes e atividades lúdicas e educativas para diversas faixas etárias da população do bairro. A articulação entre as ações implementadas pelo Movimento de Saúde Mental Comunitária do Bom Jardim e a parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza apresenta desafios e possibilidades na tentativa de construção da integralidade no campo da atenção psicossocial. Neste artigo apresentamos a trajetória histórica da referida entidade, descrevemos algumas de suas principais atividades e realizamos uma breve análise da parceria com a Secretaria Municipal de Saúde e o processo de cogestão do Centro de Atenção Psicossocial, apontando também alguns desafios e possibilidades encontradas nessa tentativa de con-

vergência entre uma concepção de trabalho comunitário e a lógica burocrático-normativa sobre a qual geralmente se sustenta a atuação de instituições estatais de saúde.

Palavras-chave: Atenção Psicossocial; Saúde mental; Promoção da Saúde; Cuidado em Saúde Mental baseado na Comunidade.

Abstract

This is the report of the partnership experience between a nongovernmental organization that works with Mental Health and the Health Municipal Commission of Fortaleza/Ceará. This partnership has expanded several psychosocial actions as Community Therapy, Biodance, Self-Esteem Groups, courses of arts/music, massotherapy, herbal medicine therapy and other integrative practices. The co-management of a Psychosocial Center has also been articulated. This paper describes the trajectory of the nongovernmental organization, describes some of the activities offered to the population and analyses the possibilities, difficulties and challenges of the partnership that has been essayed.

Keywords: Psicossocial Approach; Mental Health; Health Promotion; Community based Mental Health Care.

Introdução

Este texto apresenta a experiência de parceria entre uma entidade do terceiro setor, o Movimento de Saúde Mental Comunitária do Bom Jardim (MSMCBJ) e a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. Essa parceria vigora desde 2005, ano em que assumiu uma nova gestão municipal que ampliou a cobertura de diversos serviços e ações de saúde e criou uma rede de atenção em Saúde Mental da qual faz parte o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Comunitário do Bom Jardim, assumido em cogestão com o MSMCBJ.

Segundo estimativas do IBGE para o ano de 2009, Fortaleza tem uma população de cerca de 2.505.552 habitantes, sendo a quinta maior capital do Brasil, a terceira cidade mais influente do País e também o mais importante centro industrial e comercial do Nordeste. Contudo, até 2005, o município não tinha uma rede de saúde estruturada e apresentava uma cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) abrangendo apenas entre 12 a 15% da população, além de contar com apenas 3 CAPS para todo o município.

Desde 2005, houve uma expansão da ESF, que atingiu cerca de 45% de cobertura no município, e foi criada uma rede de atenção em saúde mental que atualmente conta com 14 CAPS (6 CAPS tipo II, 6 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) e 2 Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi), 1 Residência Terapêutica, 14 leitos em Unidade de Desintoxicação e diversas outras ações na interface da arte, cultura e saúde mental.

A atual gestão municipal manteve o processo de descentralização implementado desde a reforma administrativa de 1997, que subdividiu o município em seis distritos (Regionais) com relativa autonomia administrativa e a responsabilidade de articular regionalmente as ações intersetoriais vinculadas a políticas públicas estatais realizadas historicamente de maneira fragmentada. Essa gestão também passou a priorizar propostas de participação popular vinculadas à elaboração do Orçamento Participativo (OP).

No setor saúde, o maior estímulo à participação popular deu-se através da reorganização do conselho municipal de saúde, da reativação dos conselhos

regionais e locais de saúde e da experiência vinculada às Cirandas da Vida, proposta que além de uma articulação intersetorial e da incorporação da arte, fundamenta-se em três eixos norteadores: promoção à vida, inclusão das práticas populares de cuidado e utilização das práticas culturais como estratégia de promoção da saúde.

Outras estratégias de valorização da participação popular incluíram o reconhecimento de experiências comunitárias através do estabelecimento de parcerias e convênios como o que se firmou entre a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (SMS) e o MSMCBJ, em um processo de maior interlocução e inovação na relação entre o Estado e a sociedade civil, possibilitando um cuidado compartilhado da saúde.

O MSMCBJ é uma associação comunitária criada em 1995 (oficialmente, em 1998), contando, portanto, com 14 anos de existência, atuante no Grande Bom Jardim, área que engloba cerca de 130.000 habitantes distribuídos em 5 dos 16 bairros situados na Regional V de Fortaleza. Essa Regional é a mais populosa do município, abrangendo em torno de 600.000 habitantes. Localizada no acesso do sertão para a capital, grande parte da população dessa regional, historicamente, é oriunda do êxodo rural decorrente das secas no interior.

A Regional V é também a que apresenta piores indicadores sociais e sanitários, menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH de 0,440), menor Poder Aquisitivo Médio (Santos e col., 2008), maior notificação de homicídios e, proporcionalmente, menor capacidade instalada de equipamentos de saúde entre todas as regionais do município. Segundo censo realizado pela Equipe Interinstitucional de Abordagem de Rua em 2006, cerca de 70% das crianças e adolescentes que frequentam a Beira-Mar de Fortaleza, sobrevivendo da mendicância, da prostituição infantil e utilizando drogas, são oriundas do Grande Bom Jardim.

Esse contexto de pobreza, desemprego, violência e marginalização representa algumas das questões que as comunidades de baixa renda enfrentam, reforçando a emergência de problemas psicossociais e de saúde mental na população. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, estudos transculturais realizados em diversos países apontam vários

fatores relacionados à maior prevalência de transtornos mentais e comportamentais, sendo estes cerca de duas vezes mais comuns entre populações pobres do que ricas (OMS/OPAS, 2001).

No que se refere à Regional V de Fortaleza, que concentra problemas relacionados à pobreza e ao desemprego, diversas ações intersetoriais foram planejadas no sentido de maior equidade em relação ao restante do município. No caso específico da saúde, desde 2005, houve a ampliação de leitos dos dois (2) hospitais distritais, a reforma e construção de novos Centros de Saúde da Família (CSF), e o aumento de cobertura da ESF, que passou de menos de 15% para cerca de 48% da população nos últimos quatro anos. Também foram criados dois CAPS: um CAPSAD e um CAPS tipo II para adultos - este em cogestão com o MSMCBJ, possibilitando maior acesso ao cuidado em saúde mental a uma parcela da população anteriormente desassistida.

A parceria com o MSMCBJ envolveu a expansão de ações anteriormente já realizadas por essa entidade, tais como: grupos de Terapia Comunitária; sessões de Biodança; Massoterapia; Shiatsu; Reiki; Quiropraxia; Oficinas de arte, música, teatro e informática; a criação de duas hortas comunitárias; a implantação de uma Farmácia Viva com produção de fitoterápicos pelos usuários do CAPS; a criação de uma biblioteca comunitária; cursos profissionalizantes para adolescentes, jovens e adultos do bairro, incluindo usuários do CAPS; projetos lúdicos e educativos para crianças e adolescentes, visando a prevenção ao uso e tráfico de drogas; e a formação em Terapia Comunitária e Abordagem Sistêmica Comunitária para os trabalhadores da ESF da Regional V de Fortaleza.

Trajetória Histórica, Ideário e Ações do MSMCBJ

O MSMCBJ é uma associação comunitária que iniciou sua atuação em 1995. Entre 1996 e 1997, cerca de 30 lideranças do bairro vinculadas às Comunidades Eclesiais de Base (CEBs) e ao Movimento Pastoral foram convidadas a realizar uma

formação na abordagem da Terapia Comunitária e em Massoterapia. Essas formações possibilitaram novas perspectivas de atuação no bairro, sendo incorporadas em um momento de inflexão das CEBs, que anteriormente tiveram um papel importante na luta por justiça social e pela redemocratização do País. Vivenciando certo refluxo das CEBs ao longo da década de 90, muitos de seus participantes buscaram novas trajetórias, envolvendo-se em diferentes tipos de organizações não governamentais e nos ditos *Novos Movimentos Sociais* (NMS) emergentes no Brasil entre as décadas de 1970/80 em um momento político de transição democrática com o final da ditadura (Guimarães e col., 2001).

Foi então, a partir da herança das CEBs, que integrantes dos movimentos pastorais e missionários combonianos² criaram o MSMCBJ, que gradualmente passou a aglutinar também outras pessoas que compartilhavam a perspectiva de transformação pessoal e social. Assim, inicialmente o MSMCBJ passou a utilizar a Terapia Comunitária e a Massoterapia como instrumentos de atuação junto à população, fortalecendo uma práxis vinculada ao acolhimento e ao cuidado de sofrimentos psicossociais de diversas ordens.

Algumas afinidades observadas entre os integrantes do MSMCBJ com a proposta da Terapia Comunitária incluíram: o pensamento de Paulo Freire e sua valorização do saber popular, através da utilização de recursos da própria comunidade; a transculturalidade, o resgate das raízes culturais e a inclusão de outras racionalidades médicas (Luz, 1996) no processo de cuidado da saúde; a consideração da espiritualidade como dimensão importante da saúde referida à *experiência do numinoso*, que transcende a realidade cotidiana, distinguindo-se da religião, concebida como *organização institucional e doutrinária de determinada forma de vivência religiosa* (Vasconcelos, 2006, p. 29); e a produção de novas formas de subjetivação e de sociabilidade, de maneira a confrontar o acirramento contemporâneo do individualismo, da exclusão e da violência.

Outras bases teóricas da Terapia Comunitária, como a Abordagem Sistêmica, a Antropologia Cul-

2 Missionários da congregação fundada por Daniel Comboni em 1867, inicialmente denominada de Instituto dos Filhos do Sagrado Coração de Jesus, atualmente com o nome oficial de Missionários Combonianos do Coração de Jesus (MCCI)

tural e a Teoria da Comunicação, também contribuíram para a constituição da proposta do MSMCBJ. Além disso, protagonistas deste movimento comunitário aportaram com saberes e fazeres diversos, construindo uma perspectiva multirreferencial, fundamentada em vertentes tais como: a Psicologia da Libertação de Ignacio Martín-Baró (Martín-Baró, 1989, 1997), a Psicologia Transpessoal (Walsh e Vaughan, 1991) e uma perspectiva biocêntrica (Toro, 2005) e ecofílica³, em que as ambiências físicas do MSMCBJ valorizam a apropriação coletiva da paisagem (Pronsato, 2005) e a integração com plantas e animais.

No entanto, embora a Terapia Comunitária e seus espaços de escuta tenham fundamentado a atuação inicial do MSMCBJ, aglutinando os terapeutas em torno dessa abordagem, estes passaram a perceber outras necessidades que exigiam novas ações psicossociais. Surgiram, assim, os grupos de autoestima que aprofundaram o trabalho com participantes da Terapia Comunitária e com mulheres vinculadas a um projeto de geração de renda de uma das comunidades mais pobres do bairro. Nesses grupos, conduzidos por voluntários do MSMCBJ com formações psicoterápicas diversas, aprofundavam-se temáticas pessoais e coletivas trazidas por seus participantes, perpassadas geralmente pela *internalização da pobreza* (Barreto, 2007), geradora de sentimentos de incapacidade, abandono e baixa autoestima, dificultando a busca de alternativas e soluções nos planos individuais e coletivos, em um processo de reforço do estigma auto e heteroinduzido (Elias, 2000) relacionado ao fato de ser morador de uma periferia pobre, feia e violenta como a do Grande Bom Jardim.

Também relevante nos grupos de Terapia Comunitária, a temática das drogas e da violência apontava para a escassez de alternativas de lazer para crianças e adolescentes, o que gerou o Projeto Sim à Vida, visando à prevenção do envolvimento com o tráfico e com o consumo de drogas por crianças e adolescentes de 7 a 18 anos. Desde o seu surgimento, dezenas de crianças e adolescentes passaram por esse projeto, frequentando-o diariamente. Nele

são ofertadas atividades lúdicas, formativas e educativas diárias, tais como: grupos de autoestima, de relaxamento e de consciência corporal; danças folclóricas; capoeira; resgate das raízes culturais africana e indígena, com a inclusão de um educador da etnia Pitaguary; oficinas de informática e artes; jogos diversos; futebol; reforço escolar; horta comunitária; passeios e visitas à aldeia Pitaguary, dentre outras.

Esse projeto é referência para o PETI (Programa de Erradicação de Trabalho Infantil) municipal por realizar um trabalho com as famílias das crianças e adolescentes participantes. O Projeto Sim à Vida foi incluído na pesquisa sobre Experiências Exitosas de Prevenção da Violência realizado pelo CLAVES (Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli) (Gomes e col., 2006).

Todos os educadores do projeto têm formação em Terapia Comunitária e Abordagem Sistemática Comunitária, modalidade que vem sendo desenvolvida pelo próprio MSMCBJ, e inclui a articulação de concepções oriundas da abordagem sistêmica familiar, da Psicologia da Libertação e de práticas energético-corporais em sua formulação teórico-conceitual e em suas práticas.

À medida que os adolescentes atingiam a idade limite do projeto, surgiram novas necessidades relacionadas à inclusão universitária e ao mercado de trabalho, criando-se, assim, o espaço da Casa de Aprendizagem Ezequiel Ramin, que sedia os cursos profissionalizantes nas áreas de informática, secretariado, turismo, crochê e bordado e Centro de Aprendizagem do Bom Jardim, que sedia o cursinho comunitário de pré-vestibular, com professores voluntários. Além disso, ampliaram-se as atividades terapêuticas do MSMCBJ compostas pela Terapia Comunitária, pela massoterapia e pelos grupos de autoestima, passando a contar com grupos de Bio-dança, práticas integrativas, como Farmácia Viva e Fitoterapia, e práticas energético-corporais como Reiki, Shiatsu, Quiropraxia e Shantala.

Desde o início de sua atuação, o MSMCBJ contou também com o atendimento individual dos casos mais graves encaminhados da Terapia Comunitária

3 A noção de ecofilia, atitude de amorosa em relação à natureza, foi proposta por GÓMEZ H. (1990) como complementar à ecologia, concebida com uma perspectiva científica de estudo da natureza.

para um missionário comboniano com formação médico-psiquiátrica e em diversos momentos também houve atendimento psicológico voluntário. A regularização e a ampliação dos atendimentos mais específicos de portadores de transtornos mentais aconteceram após a implantação do CAPS do Bom Jardim, em 2005.

No campo da arte e cultura, a atuação do MSMCBJ iniciou-se a partir de oficinas de teatro fórum, vertente inspirada no Teatro do Oprimido de Augusto Boal. Surgiu, assim, o Grupo das Marias, mulheres vinculadas a um projeto de empreendedorismo e geração de renda, que posteriormente agregou adolescentes, jovens e adultos, transformando-se no Grupo de Teatro Semearte, norteado pelas propostas do teatro de rua. O grupo Semearte atua conjuntamente com um grupo de percussão do MSMCBJ denominado “Tambores do Movimento”. Ambos realizam articulações no campo da arte e da cultura, e apresentam-se em diversos locais, incluindo as praças do bairro, em um processo de revitalização dos espaços públicos tomados pelo tráfico e pela violência.

Esses dois grupos estão vinculados ao eixo artístico e cultural do MSMCBJ, cujo espaço, a Casa AME (Arte, Música e Espetáculo) sedia um Ponto de Cultura do Ministério da Cultura (MinC), ofertando cursos de teclado, piano, violão, bateria, percussão, flauta, pintura em tela e tecido, cartões orgânicos, além de abrigar a biblioteca comunitária, que possui um Ponto de Leitura do MinC e a horta comunitária mais antiga do MSMCBJ.

Atualmente o MSMCBJ conta com 13 espaços físicos no Grande Bom Jardim, onde ocorrem as diversas atividades acima descritas. Elas envolvem cerca de 120 trabalhadores voluntários e remunerados, mais organicamente vinculados à entidade, e mais de 1.400 participantes/mês das diversas atividades ofertadas. O voluntariado constitui o cerne do MSMCBJ e diversas discussões envolveram as concepções que perpassam esse tipo de trabalho.

Para além de um mero assistencialismo, uma ética do cuidado e da solidariedade (Boff, 1999) visando à transformação pessoal e social orienta

a concepção de voluntariado no MSMCBJ, em uma perspectiva de reciprocidade e circularidade do cuidado, do processo de “dar e receber”.

Essa perspectiva de “dar e receber” aproxima-se daquela apontada por Lacerda e colaboradores (2006) ao retomar o *sistema de dívida* pautado na tríade do “dar-receber-retribuir” descrito por Marcel Mauss na década de 1920, ao estudar as formas de troca em algumas sociedades primitivas desprovidas da forma-mercado e baseadas na *diferença* como mantenedora das formas de sociabilidade. Ao remeter essa formulação para o âmbito do cuidado em saúde, Lacerda e colaboradores (2006) consideram a referida tríade como um circuito salutar em relação ao mercado, por proporcionar a circulação de bens de valor simbólico secundários aos vínculos e relações estabelecidos.

Novas formas de sociabilidade pressupõem tomar o cuidado como valor, o que diz respeito à a noção de acolhimento presente na missão do MSMCBJ. Nessa perspectiva, vigora uma noção de “circularidade do cuidado” do “dar e receber”, no qual o *acolhimento* do ser humano em suas dimensões bio-psico-sócio-espirituais é o norteador da ação. Essa perspectiva revela uma concepção ontológica de cuidado como pré-ocupação constituinte fundamental do existir humano, como uma abertura originária de sentido que ilumina tudo o que lhe vêm ao encontro, desde sempre cooriginária ao mundo e ao outro (Ayres, 2004; Boff, 1999; Heidegger, 2004).

A concepção de cuidado postulada no MSMCBJ incita a sua reciprocidade e circularidade e instiga novos agenciamentos ao longo do tempo, nos quais quem é cuidado pode tornar-se subsequentemente cuidador. Segundo Mariotti (2002), justamente o cuidado e a preocupação são os alicerces do *acolhimento*. E o que no presente texto se denomina como *circularidade do cuidado* para representar essa reciprocidade, é compreendido esquematicamente por esse autor conforme segue:

Cuidar de si → Cuidar do outro → Cuidar do mundo

Adaptado de Marinotti (2002, p.122)

Novas formas de sociabilidade implicam no desafio de cuidar de si sem deixar de cuidar do outro e do mundo, acolhendo as diferenças constitutivas das pessoas, sem desconsiderar as ambivalências, ambiguidades, contradições e conflitos que são inerentes às relações sociais.

Assim, desde sua criação, o MSMCBJ enfrentou o desafio de trabalhar com dimensões subjetivas e psicossociais no sentido de acolher indistintamente pessoas em situação de sofrimento, oferecendo diferentes modalidades de cuidado, tomando como parte do processo de ser cuidado a possibilidade subsequente de também poder cuidar, de dar e receber, favorecendo essa circularidade do cuidado. Quem está sendo cuidado, pode, se quiser e puder, ofertar algum bem simbólico, alguma habilidade que detém, de maneira a retribuir o cuidado e permitir que este circule transmutado de distintas maneiras em um processo coletivo de transformação, o que parece distanciar-se de concepções assistencialistas de voluntariado e economicistas de mercado.

Essa “circularidade do cuidado” também se expressa através de encontros sistemáticos de formação, convivência e cuidado realizados entre os pares, trabalhadores voluntários e remunerados diretamente mais envolvidos com o MSMCBJ. Isso envolve um processo de “cuidado dos cuidadores” que mantém essa “circularidade do cuidado” e dá suporte à possibilidade de continuar produzindo-o e oferecendo-o.

Norteando-se por essa perspectiva de cuidado, a maioria dos integrantes mais orgânicos do MSMCBJ oriunda do Grande Bom Jardim conseguiu dar continuidade a seus estudos frequentando o cursinho pré-vestibular comunitário, formando-se profissionalmente em diversas áreas de atuação e retornando ativamente à entidade. Diversos desses integrantes também realizaram pós-graduações em áreas voltadas para o cuidado, tais como Terapia Familiar Sistêmica, Biodança, Psicomotricidade e outras.

O processo vivenciado pelos integrantes mais orgânicos do MSMCBJ ao longo desses 14 anos favoreceu transformações pessoais e coletivas

que possibilitaram maior empoderamento (Vasconcelos, 2003) e protagonismo enquanto agenciadores de novas práticas psicossociais inseridas em uma perspectiva de transformação da realidade local e social. Diversos desses integrantes estão envolvidos em diferentes ações políticas como o Movimento Pastoral, o Orçamento Participativo, os conselhos locais e regional de saúde, o Fórum de Combate à Exploração de Crianças e Adolescentes e outros espaços de atuação.

A ação em outras redes de entidades e fóruns como a ANEPS (Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde), a ABRASME (Associação Brasileira de Saúde Mental), e o Fórum Social Mundial também caracterizam a atuação do MSMCBJ. A articulação com instituições de ensino que utilizam os espaços e atividades do MSMCBJ como campo de estágio também acontecem através do NUCOM (Núcleo de Psicologia Comunitária da Universidade Federal do Ceará (UFC)) e o próprio MSMCBJ é projeto de extensão da Faculdade de Medicina da UFC, via disciplina de Psiquiatria, contribuindo com a propagação de concepções multirreferenciais na formação de novos profissionais de saúde.

Por outro lado, a discussão de inclusão efetuada no MSMCBJ propicia releituras sobre a questão da criminalidade e da violência, o que levou a entidade a manter parcerias com o Fórum Clóvis Bevilacqua através da Vara de Execução de Penas Alternativas e o Juizado de Menores através da Pastoral do Menor. Desse modo, o MSMCBJ é uma das entidades que recebe adolescentes, jovens e adultos que vivenciaram situações de infração, ofertando suas atividades de cuidado e espaços para o cumprimento de penas alternativas.

Embora os diversos projetos do MSMCBJ contem com parcerias variadas junto ao primeiro e ao terceiro setor, desde 2005 o convênio firmado com a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (SMS) propiciou a criação de um CAPS municipal em processo de cogestão com o MSMCBJ. Nesse processo, houve a expansão das atividades ligadas ao eixo terapêutico e maior integração de ações como a Terapia Comunitária com as equipes da ESF da Regional V de Fortaleza. Maiores detalhes sobre essa parceria constam na discussão a seguir.

A Parceria com a Secretaria Municipal de Saúde e a Cogestão do CAPS

A abertura do CAPS e a parceria com a SMS representaram a primeira experiência de articulação do MSMCBJ com o setor público estatal de saúde. Essa parceria, firmada em convênio aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, estabeleceu repasse regular de recursos do município para a expansão de ações como a Terapia Comunitária, para realização dos Grupos de autoestima, a Biodança, a Massoterapia, a Farmácia Viva, as Hortas comunitárias e a formação de trabalhadores da rede de saúde.

Em contrapartida, o MSMCBJ ofertou um espaço que sedia o CAPS Comunitário do Bom Jardim, disponibilizou transporte, contratou alguns trabalhadores de nível médio da própria comunidade para o CAPS e custeia a manutenção dos materiais de consumo e a alimentação do CAPS. A entidade também ofertou vagas para a Massoterapia, Reiki e Biodança para os trabalhadores de saúde da rede. Além disso, todas as atividades realizadas pelo MSMCBJ reservam vagas para os usuários do CAPS, o que vem possibilitando um exercício de integração destes com o restante da população atendida.

A criação de um CAPS no Grande Bom Jardim foi considerada uma conquista importante por parte de moradores e integrantes do MSMCBJ, uma espécie de reconhecimento da rede psicossocial já existente e também um novo desafio na construção da integralidade em saúde. Segundo Alves (2001), a integralidade em saúde mental tem como componentes indissociáveis a intersetorialidade e a diversificação de ações ofertadas. Nesse sentido, a integralidade não se limita, portanto, à assistência específica de portadores de transtornos mentais, mas exige uma articulação mais ampla de maneira a atender diversas necessidades no campo da atenção psicossocial.

Principais resultados da parceria entre o MSMCBJ e a SMS

Entre os resultados observados a partir da parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde e o MSMCBJ pode-se citar:

1) A integração de usuários do CAPS em diversas

atividades do MSMCBJ oferecidas para a população, com a participação deles em oficinas de arte, horta comunitária, farmácia viva, cursinho pré-vestibular, cursos profissionalizantes, para além das atividades terapêuticas específicas do próprio CAPS. Essa integração possibilita uma atuação que não se limita às dimensões técnico-assistenciais, mas inclui dimensões socioculturais da Reforma Psiquiátrica (Amarante, 1998);

2) A grande diversificação das ações do MSMCBJ associadas às do CAPS possibilita avanços na construção territorial da integralidade em saúde mental no Grande Bom Jardim e na Regional V;

3) A expansão das atividades de Terapia Comunitária e de Massoterapia possibilitou a criação de 23 grupos de Terapia Comunitária vinculados aos Centros de Saúde da Família, incluindo a formação de trabalhadores do CAPS e da ESF (Estratégia Saúde da Família) nessa abordagem através do polo de formação do MSMCBJ. O público atendido tem atingido entre 500 a 1.000 pessoas por semana, perfazendo entre 24.000 a 48.000 atendimentos anualmente. Além disso, as outras atividades ofertadas pelo MSMCBJ constituem uma base de apoio para questões que não são solucionáveis no âmbito da atenção básica e da Terapia Comunitária;

4) O número de Grupos de Autoestima cresceu, sendo seis grupos com públicos-alvo específicos de crianças, adolescentes e adultos, propiciando aos seus integrantes o envolvimento com processos de transformação pessoal e coletiva;

5) A organização de Mostras Culturais e das Feiras de Talentos, envolvendo usuários do MSMCBJ e do CAPS, ocorre em uma das ruas do bairro, incluindo a população. Nesses eventos, ocorre uma atuação compartilhada na organização das equipes de trabalho e a apresentação de talentos musicais, de teatro e de dança, além da exposição e venda de refeições e produções artísticas para a população;

6) A ampliação de oferta de massoterapia e o encaminhamento de usuários do CAPS e das ESF para essa modalidade terapêutica. O público atendido atinge cerca de 264 pessoas ao mês e 2.740 pessoas ao ano;

7) A ampliação de vagas para as oficinas de arte e música; a diversificação dos cursos ofertados e

a renovação dos instrumentos musicais (violões, teclados, flautas);

8) A oferta de atividades em novos espaços, totalizando 13 espaços próprios e 23 locais distribuídos no território da Regional V, em parceria com associações, igrejas, centros de saúde, escolas, CRAS e outros;

9) A melhoria da ambiência física de diversos espaços do MSMCBJ, considerada importante no processo de cuidado do MSMCBJ, sendo também uma diretriz relevante na Política Nacional de Humanização (PNH) (Brasil, 2004);

10) A provocação de mudanças no processo de trabalho da equipe do CAPS, tentando negociar sua maior inserção territorial;

11) O estímulo à participação dos usuários do CAPS através da organização de assembleias entre eles.

Possibilidades e desafios vivenciados na parceria entre o MSMCBJ e a SMS

A aproximação de uma experiência como a do MSMCBJ com um serviço público oficial como o CAPS estimulou novas possibilidades em relação à construção da integralidade como um modo de organizar as práticas (Mattos, 2001) neste caso, em saúde mental. Entretanto, esse processo também tem apresentado alguns desafios, relativos a diversas questões. Entre elas uma primeira, relacionada à possibilidade de integrar diferentes concepções embasadas em racionalidades e visões de mundo distintas.

Esta se desdobra em certos tensionamentos entre uma perspectiva mais comunitária, vivenciada por integrantes do MSMCBJ e certa predominância de uma racionalidade instrumental, vinculada a saberes e poderes tradicionalmente ancorados em um modelo biomédico que muitos CAPS têm dificuldades para superar, dificultando a existência de maior diálogo entre trabalhadores de saúde e a população e uma atuação territorial.

Este talvez seja um dos possíveis aspectos que circunscreve a atuação de alguns dos dispositivos do CAPS em uma perspectiva mais assistencial “intraequipe” (Nunes, 2008), o que por vezes dificulta a construção de alternativas para a efetivação da integralidade em saúde mental. Essa questão tam-

bém se expressou em certa resistência de alguns trabalhadores do CAPS em implicar-se em uma atuação para além da assistência individual ou grupal “intraCAPS”, o que gerou alguns tensionamentos com a perspectiva vigente entre os integrantes do MSMCBJ.

Outro desafio observado relacionou-se ao fato de ter que lidar com as distintas lógicas vigentes em organizações estatais e organizações civis. Assim, a coordenação do CAPS, ligada ao MSMCBJ, inicialmente foi confrontada com sua inexperiência em gestão pública estatal, apresentando dificuldades em lidar com algumas das características tradicionais do serviço público brasileiro, como o burocratismo, o protecionismo e o corporativismo (Carbone, 2000). A isso agregaram-se as dificuldades em lidar com relações de poder hierárquicas e tradicionais nos serviços de saúde por parte de uma entidade como o MSMCBJ, que se tem caracterizado por uma gestão compartilhada e por relações de poder mais horizontalizadas em sua experiência de atuação comunitária.

No decorrer dessa experiência de parceria e cogestão entre o MSMCBJ e o CAPS, foi sendo construída certa sustentabilidade técnica e política do processo, através do protagonismo do MSMCBJ mais do que o próprio CAPS. Diversas instâncias foram articuladas, tais como: a coordenação regional de saúde mental; a direção executiva da regional; iniciativas do setor saúde como as Cirandas da Vida e as novas equipes de ESF; ações vinculadas a setores da gestão no território como os projetos de habitação popular, as Raízes da Cidadania e os CRAS (Centros de Referência de Assistência Social).

Outro desafio mais específico colocado para o MSMCBJ com a parceria junto à SMS foi a necessidade de maior profissionalização de sua gestão e os riscos de passar a pautar-se por um processo de institucionalização orientado predominantemente por uma racionalidade instrumental. Esses riscos foram debatidos e a entidade optou por um processo de planejamento estratégico vivencial continuado, trabalhando dimensões pessoais de seus integrantes associadas às dimensões institucionais e criando uma espécie de colegiado gestor com representação das coordenações dos diferentes projetos.

Nesse processo, o MSMCBJ passou de uma orga-

nização verticalizada e uma atuação mais espontânea para uma organização circular e uma ação mais planejada e profissional, agregando trabalhadores remunerados à sua atuação predominantemente baseada no voluntariado. O cuidado com o processo de planejamento e reorganização da gestão, que levou à maior profissionalização do MSMCBJ, não ocasionou confusão com os valores norteadores da entidade e de seus integrantes. Ao contrário, a experiência de planejamento e gestão do MSMCBJ possibilitou a emergência de novos agenciamentos que deram suporte a um maior protagonismo de seus integrantes.

Por outro lado, a nova proposta de gestão do MSMCBJ exigiu a constituição de um espaço coletivo semelhante àquele proposto por Campos (2000), que agrega o colegiado gestor semanalmente. Cada projeto também mantém seus espaços coletivos de encontro e discussão. Algumas características desses espaços coletivos incluem a dimensão do cuidado, considerado como aspecto identitário do MSMCBJ, que se expressa nos rituais de acolhimento inicial, lanche e encerramento das reuniões.

Embora o processo de gestão participativa tenha proporcionado um amadurecimento do MSMCBJ, as tentativas de estimular um processo de gestão semelhante apresentaram dificuldades no CAPS, visto as reservas e resistências de alguns trabalhadores em implicar-se em maior participação, optando por vezes em delegar maior responsabilidade à coordenação do serviço. Além disso, o CAPS também apresentou dificuldades na constituição de espaços coletivos extrainstitucionais, havendo maior envolvimento e tensionamento de integrantes do MSMCBJ para a efetivação das assembleias de usuários do que de alguns trabalhadores do próprio CAPS.

Os desafios acima apresentados vêm sendo tomados como possibilidades de novos agenciamentos no processo de parceria em curso entre MSMCBJ e SMS. Contudo, um ponto crucial da experiência de cogestão em questão, construída a partir da atuação e articulação política do MSMCBJ, envolve sua grande dependência da vontade política de atores mais diretamente envolvidos na gestão pública estatal, sendo este um campo de incertezas em relação à continuidade de processos de cogestão como o relatado com as mudanças de gestão municipal.

A atual experiência vem ocorrendo em uma gestão aberta a inovações e perspectivas participativas, sem interesse em instrumentalizar espaços da esfera pública em torno de propostas políticas corporativas ou personalistas. Isso tem possibilitado a preservação da autonomia do MSMCBJ, em um processo de confiança e compromisso recíprocos por parte da gestão municipal de saúde e do MSMCBJ com o cuidado e a atenção às necessidades psicossociais da população.

Por outro lado, uma questão que se coloca é a possibilidade de multiplicação de ações como as propostas pelo MSMCBJ em outros territórios e por outras pessoas e entidades, de maneira a fomentar a ampliação de abordagens psicossociais, levando-se em conta as especificidades e singularidades de cada local. Apesar da experiência do MSMCBJ estar relacionada aos seus atores e à sua história, construída junto aos movimentos populares, algumas propostas, como o Projeto Sim à Vida e a Abordagem Sistêmica Comunitária vem sendo propagadas em comunidades como a aldeia dos índios Pitaguary de Maracanaú.

Considerando a existência de diversos movimentos e experiências populares no município de Fortaleza, tem sido realizado um intercâmbio de saberes e fazeres através da Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde (ANEPS) e das Cirandas da Vida que têm possibilitado a propagação de diversas tecnologias utilizadas no MSMCBJ e em outros movimentos populares. A isso também se agregou a criação de um eixo formador do MSMCBJ, que oferta cursos de Terapia Comunitária, Abordagem Sistêmica Comunitária e presta assessoria a projetos interessados em utilizar tecnologias psicossociais que vêm sendo experimentadas pela referida entidade.

Conclusão

Embora diversos trabalhadores do CAPS em cogestão apresentem abertura em relação às proposições que orientam o MSMCBJ, seguidor da tradição dos movimentos de base da América Latina caracterizados pelo empenho em uma atuação transformadora, o processo de integração entre essas duas experiências não esteve isento de conflitos

e contradições. O aproveitamento da experiência comunitária do MSMCBJ inclui a necessidade de maior compartilhamento de poder dos trabalhadores de saúde mental e a necessidade de tomar, de fato, a existência-sofrimento das pessoas como objeto de intervenção do próprio CAPS.

A experiência aqui descrita reforça a ideia de que o processo de desinstitucionalização da loucura não se consolidará apenas criando fronteiras mais alargadas, através de dispositivos menos excludentes e mais permeáveis. Esse processo exige a diluição de tais fronteiras, permitindo novos atravessamentos, deslocando territórios concretos e subjetivos no sentido de construir alternativas de acolhimento para os diferentes tipos de sofrimento engendrados em uma sociedade marcada por várias formas de exclusão.

Trata-se, assim, de enfrentar o desafio de continuar questionando a instituição histórica da loucura concebida como desrazão e seus dispositivos asilares pautados na exclusão, atualizando a crítica e a ação transformadora sobre outros modos de exclusão vigentes, constituindo alternativas a partir de novos modos de viver, novas possibilidades de grupalidade e de sociabilidade pautadas por uma ética baseada no cuidado e na possibilidade de expressão da alteridade.

Essa perspectiva implica na produção de abordagens psicossociais situadas na interface de fenômenos psicológicos, sociais, biológicos e ambientais, ancoradas em uma perspectiva democrático-popular e crítica que possibilite maior protagonismo da população e a emergência de novas práticas sociais visando à efetivação do direito à saúde como parte dos direitos sociais e humanos.

Referências

ALVES, D. S. Integralidade nas políticas de saúde mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ: Abrasco, 2001. p.167-176.

AMARANTE, P. D. C. et al (Org.). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 13, n.3, p.16-29, 2004.

BARRETO, A. P. As dores da alma dos excluídos no Brasil e a terapia comunitária. In: GRANDESSO, M.; BARRETO, M. R. (Org.). *Terapia comunitária: tecendo redes para a transformação social, saúde, educação e políticas públicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. p. 19-26.

BOFF, L. *Saber cuidar: ética do humano: compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes, 1999.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: ambiência*. Brasília, DF, 2004. 32 p. (Série B. Textos básicos de saúde).

CAMPOS, G. S. W. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2000.

CARBONE, P. P. Cultura organizacional no setor público brasileiro: desenvolvendo uma metodologia de gerenciamento da cultura. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v.34, n. 2, p. 133-144, 2000.

ELIAS, N. *Os estabelecidos e os outsiders*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

GOMES, R. et al. Êxitos e limites na prevenção da violência: estudo de caso de nove experiências brasileiras. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, p. 1291-1302, 2006. Suplemento.

GUIMARÃES, J. et al. Desinstitucionalização em saúde mental: considerações sobre o paradigma emergente. *Revista Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 5-12, 2001.

HEIDEGGER, M. *Ser e tempo*. 13. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004. v. 1.

LACERDA, A.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Espaços públicos e saúde: a dádiva como constituinte de redes participativas de inclusão social. In: MARTINS, P. H; CAMPOS, R. B. C. (Org.). *Polifonia do Dom*. Recife: Editora UFPE, 2006. p. 311-332.

- LUZ, M. *Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, n. 62, 1993, reimp. em 1996 ((Série “Estudos em Saúde Coletiva”).
- MARIOTTI, H. O viver. In: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (São Paulo). *Acolhimento: o pensar, o fazer, o viver*. São Paulo: Palas Athena:Unesco, 2002.
- MARTÍN-BARÓ, I. *Sistema, grupo y poder: psicología social desde Centroamérica II*. San Salvador: UCA, 1989.
- MARTÍN-BARÓ, I. *Acción e ideología: psicología social desde centroamérica*. 8. ed. San Salvador: UCA, 1997.
- MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, 2001. p. 39-64.
- NUNES, M. et al. A dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um centro de assistência psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p.188-196, 2008.
- OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE.
OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *A saúde no mundo, 2001: saúde mental: nova concepção, nova esperança: relatório*. Genève, 2001.
- PRONSATO, S. *Arquitetura e paisagem: projeto participativo e criação coletiva*. São Paulo: Annablume, 2005.
- SANTOS, G. O; ZANELLA, M. E; SILVA, L. F. F. Correlação entre indicadores sociais e o lixo gerado em Fortaleza, Ceará, Brasil. *REDE - Revista Eletrônica do Prodema*, Fortaleza, v. 2, n. 1., p. 45-63, 2008. Disponível em: <<http://www.prodema.ufc.br/revista/index.php/rede/article/viewFile/10/10>>. Acesso em: 15 dez. 2011.
- TORO, R. *Biodanza*. 2. ed. São Paulo: Olavobras, 2005.
- VASCONCELOS, E. M. *O poder que brota da dor e opressão: empowerment, sua história, teorias e estratégias*. São Paulo: Paulus, 2003.
- VASCONCELOS, E. M. A espiritualidade no cuidado e na educação em saúde. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). *A espiritualidade no trabalho em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 13-157.
- WALSH, R.; VAUGHAN, F. *Além do ego: dimensões transpessoais em psicologia*. São Paulo: Cultrix, 1991.

Recebido em: 29/05/2011

Aprovado em: 17/09/2011