



Interface - Comunicação, Saúde, Educação

ISSN: 1414-3283

intface@fmb.unesp.br

Universidade Estadual Paulista Júlio de  
Mesquita Filho  
Brasil

Leão, Adriana; Barros, Sônia

Inclusão e exclusão social: as representações sociais dos profissionais de saúde mental

Interface - Comunicação, Saúde, Educação, vol. 15, núm. 36, enero-marzo, 2011, pp. 137-152

Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180119115018>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

# Inclusão e exclusão social:

## as representações sociais dos profissionais de saúde mental\*

Adriana Leão<sup>1</sup>Sônia Barros<sup>2</sup>

LEÃO, A.; BARROS, S. Social inclusion and exclusion: the social representations of mental health professionals. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.15, n.36, p.137-52, jan./mar. 2011.

The *Centros de Atenção Psicossocial* (CAPS - Psychosocial Care Centers) propose to develop social inclusion actions for people with mental disorders. However, difficulties are verified concerning practices driven by this objective. In this article we present research data as a contribution to encourage reflections on this topic. The object of this study are the social representations of mental health professionals regarding social inclusion practices, and the guiding concepts are psychosocial rehabilitation and the Italian deinstitutionalization. The data were submitted to discourse analysis and to analyze the resulting empirical category - conceptions on social inclusion and exclusion -, social representation, according to Minayo, was utilized. The discourses revealed concordant conceptions with psychosocial rehabilitation principles, such as the right to exercise citizenship and insertion in the workforce; and others in disagreement, like considering CAPS as a space of social inclusion in itself, which limits the development of further practices with this purpose.

**Keywords:** Social inclusion. Psychosocial rehabilitation. Mental health services.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) propõem desenvolver ações de inclusão social para pessoas com transtornos mentais. Contudo, constata-se dificuldades acerca de práticas com este objetivo. Neste artigo apresentamos alguns dados de pesquisa realizada, como contribuição para fomentar reflexões sobre o tema. O objeto deste estudo são as representações sociais dos profissionais de saúde mental sobre práticas de inclusão social e os conceitos norteadores são a reabilitação psicossocial e a desinstitucionalização italiana. Os dados foram submetidos à análise do discurso, e para analisar a categoria empírica resultante - concepções sobre inclusão e exclusão social -, utilizamos a representação social, segundo Minayo. Os discursos revelaram concepções concordantes com preceitos da reabilitação psicossocial, como o exercício da cidadania e a inserção no trabalho, e outras em desacordo com tais princípios, como considerar o CAPS espaço em si de inclusão social, o que limita desenvolver práticas que tenham essa finalidade.

**Palavras-chave:** Inclusão social. Reabilitação psicossocial. Serviços de saúde mental.

\* Elaborado com base em Leão (2006); pesquisa desenvolvida com financiamento do CNPq e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP-EEUSP).

<sup>1</sup> Departamento de Educação Integrada em Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Av. Marechal Campos, 1468. Maruípe, Vitória, ES, Brasil. 29.040-090. drileao@usp.br

<sup>2</sup> Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica, EEUSP.

## Em busca de transformações: a inclusão social de pessoas com transtornos mentais

Historicamente, a assistência psiquiátrica baseada no modelo hospitalar produziu perdas significativas na vida das pessoas com transtornos mentais severos e persistentes. As trajetórias marcadas por esses transtornos recorrentes não podem ser atribuídas apenas ao aspecto psicopatológico que justificou a criação de macro instituições psiquiátricas. O hospital psiquiátrico omitiu os aspectos sociais amplos e estruturais, bem como os psicossociais, tais como as relações familiares e sociais, que são indissociáveis da vida do indivíduo e que interferem em seu processo de saúde e doença mental.

As perdas decorrentes do processo de adoecimento psíquico e da internação psiquiátrica, sobretudo quando frequentes, são múltiplas e afetam as relações profissionais, afetivas, culturais. Por consequência, geram reflexos no exercício dos direitos individuais, como o acesso a bens e serviços (Brunello, 1998).

O tratamento centrado na internação psiquiátrica em instituições asilares trouxe consequências não somente para o indivíduo, excluindo-o de suas relações, impedindo e restringindo suas ações cotidianas, mas também para as famílias. De acordo com Melman (2006), os discursos da psiquiatria e da psicanálise, ao serem utilizados como instrumentos de normatização social, atribuíram a gênese dos transtornos mentais a problemas nas relações familiares. Desse modo, além de sobrecarregados pelos cuidados ao familiar adoecido e pela própria vivência de dor, ainda eram culpabilizados.

A internação psiquiátrica promove uma dupla exclusão. Primeiro, pela retirada da pessoa do seu meio social, impedindo o exercício dos direitos civis, como a liberdade de ir e vir. Segundo, pela exclusão do contexto das trocas materiais, as quais se efetivam mediante a inserção no mercado de trabalho (Silva, 1997).

A relação entre inclusão social e trabalho foi muito discutida por diversos autores, referindo-se a todos aqueles que se encontram à margem, excluídos da vida produtiva e social, denunciando a situação das pessoas que têm algum tipo de desvantagem em relação ao progresso industrial, como os idosos e as pessoas com transtorno mental (Demo, 2002).

Para Castel (1997), o processo de exclusão social pode designar a situação de todos aqueles que se encontram “fora dos circuitos vivos das trocas sociais”. Nesse sentido, a exclusão social não se restringe apenas à desintegração do mercado de trabalho, mas também se refere a uma ruptura nos laços sociais e familiares. Esse tipo de dissociação foi denominado, por esse autor, “desfiliação”.

Resumidamente, muitas vezes, a fragilidade e a desvinculação dos laços sociais estão presentes nos casos de adoecimento mental, e são representadas pela exclusão do mercado de trabalho, da família, da cultura e da política, além de limitarem o exercício do papel social, o que acaba por anular o indivíduo em sua singularidade (Vianna, Barros, 2002).

Com o objetivo de modificar gradativamente a assistência centrada na internação em hospitais psiquiátricos, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2001) propõe um modelo de atenção à saúde mental de base comunitária, consolidado em serviços territoriais e de atenção diária. Nessa direção, a assistência deve se basear na comunidade, o que implica: desenvolvimento de uma gama de serviços em locais próximos da residência do indivíduo; ações de intervenções nos sintomas e incapacidades; tratamento e atenção específicos e individualizados; serviços variados que atendam às múltiplas necessidades dos usuários; atendimentos domiciliares e ambulatoriais. Os serviços devem visar à emancipação dos usuários, aumentando sua independência para o autocuidado, identificando recursos e estabelecendo alianças sociais saudáveis.

O documento Mental Health Policy and Service Guidance Package (World Health Organization, 2003), com base em experiências práticas e pesquisas em diferentes regiões do mundo, fornece orientações para os países interessados na reestruturação dos seus serviços de saúde mental. Contudo, não tem como objetivo prescrever um modelo singular de atenção, pois a organização e a disponibilização dos serviços de saúde mental dependem dos contextos político, social, cultural e econômico dos diferentes países. Assim, cada país deve aplicar as recomendações em consonância com suas necessidades e circunstâncias.

No Brasil, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) estão de acordo com o que é proposto pela OMS, pois têm a possibilidade de aliar ações de cuidado clínico a programas de Reabilitação Psicossocial

e, conjuntamente com outros programas e serviços de atenção à saúde mental existentes, substituir o tratamento centrado na internação em hospitais psiquiátricos. Os objetivos propostos nos CAPS são: oferecer cuidados clínicos e fomentar a inserção social pelo acesso ao trabalho e aos direitos, e pelo aumento e fortalecimento da rede social dentro do contexto de vida do usuário (Brasil, 2004).

Porém, constatamos, por meio de algumas publicações, que os CAPS têm enfrentado dificuldades concernentes à Reabilitação Psicossocial por ainda centralizarem as ações em atendimentos clínicos e ambulatoriais, e, em menor proporção, nas práticas de inclusão social. Quintas e Amarante (2009), em um estudo que não tem a pretensão de avaliar os serviços substitutivos, revelam que o funcionamento dos CAPS tem se dado de modo procedimento-centrado, centralizando as práticas e as relações interpessoais em seu interior, por meio de intervenção medicamentosa e psicoterapêutica. E ainda, em uma pesquisa avaliativa desse tipo de serviço na região Sul do país, foi mencionada a importância da ampliação de atividades externas que promovam a inclusão social, tais como atividades de geração de renda (Kanstorski et al., 2009).

Com a finalidade de compreendermos como se dão as práticas para a inclusão social de pessoas com transtornos mentais, no modelo proposto pela Reforma Psiquiátrica, realizamos uma pesquisa de Mestrado (Leão, 2006) que teve como um dos seus objetivos analisar a concepção de inclusão social expressa na representação social dos trabalhadores.

No estudo realizado, a perspectiva da psiquiatria democrática italiana e a reabilitação psicossocial foram os conceitos eleitos como referência teórica, por apresentarem proposições que fundamentam as práticas de inclusão social.

Conforme a definição fornecida pela OMS, o termo “reabilitação psicossocial” é compreendido como um processo, e não como uma técnica. Um processo que tem como objetivo oferecer aos indivíduos, em desabilidade decorrente do transtorno mental, condições para exercerem suas potencialidades e capacidades de forma independente na sociedade (OMS, 2001).

Além disso, a construção da cidadania, bem como a restituição da contratualidade do indivíduo nos âmbitos da rede social, da moradia e do trabalho como valor social, são os eixos norteadores do processo de reabilitação psicossocial, nas proposições trazidas por Saraceno (1999). Tendo como finalidade a ampliação dos espaços de negociação para a realização das trocas sociais, afetivas e materiais, os profissionais de saúde mental devem estar atentos e direcionarem esforços no que se refere a esses aspectos.

A recusa e a crítica à função do hospital psiquiátrico, bem como a proposição de novas formas de lidar com o transtorno mental, tiveram ênfase no processo de reforma psiquiátrica na Itália, no início da década de 1960. Esse processo foi denominado psiquiatria democrática italiana, cujo tema central é o confronto das questões psiquiátricas com as contradições sociais, sendo o foco da discussão: a restituição dos direitos, a complexidade das necessidades, as possibilidades das pessoas acometidas pela doença mental, bem como a finalidade da instituição psiquiátrica em relação à estrutura social (Nícácio, Amarante, Barros, 2005).

O objetivo do processo de desinstitucionalização é deslocar o olhar para a ‘existência sofrimento’ do indivíduo em relação ao corpo social, retirando-o dos parênteses colocados pela psiquiatria. A finalidade desse processo é a invenção de saúde e a reprodução social da pessoa acometida pelo transtorno mental, buscando sua autonomia e a produção de sentidos e de sociabilidade (Rotelli, 2001).

Com base nos referenciais citados, neste artigo objetivamos apresentar a discussão de parte dos dados da pesquisa realizada, tendo, como categoria empírica, as representações sociais dos trabalhadores em saúde mental sobre a inclusão e exclusão social das pessoas com transtornos mentais, que contribuirão para fomentar reflexões acerca deste tema.

## Caminhos metodológicos

Para tomar as representações sociais dos profissionais acerca das práticas de inclusão social como um objeto de estudo, a abordagem mais adequada é a pesquisa qualitativa. Ela pode ser compreendida como uma tentativa de se obter a compreensão dos significados e definições de uma determinada

situação tal como as pessoas nos apresentam. Essa abordagem parte do pressuposto de que o mundo está permeado de significados e símbolos, e que a intersubjetividade é um ponto de partida para se captarem, reflexivamente, os significados sociais (Minayo, 1998).

O campo de estudo desta pesquisa foi um CAPS tipo II, do município de São Carlos, localizado no interior do Estado de São Paulo. A proposta do estudo foi apresentada em uma reunião de equipe. Os profissionais presentes que se consideraram envolvidos em atividades de inclusão social se dispuseram a participar na qualidade de sujeitos da pesquisa. Assim, em conformidade com Turato (2003), a estratégia de amostragem utilizada foi intencional ou proposital, em que os sujeitos que fazem parte do estudo são escolhidos entre aqueles que podem contribuir com informações substanciais sobre o tema em discussão. Durante a entrevista, também houve indicação de alguns profissionais por parte desses sujeitos escolhidos, caracterizando, ainda, a técnica de amostragem do tipo "bola-de-neve".

Anteriormente à realização da coleta de dados, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP-EEUSP), conforme a Resolução nº 196 de 10/10/1996 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as normas de pesquisa envolvendo seres humanos. A coleta de dados foi realizada por meio de 11 entrevistas semiestruturadas, que foram gravadas e, posteriormente, transcritas, conforme roteiro a seguir.

#### ROTEIRO DE ENTREVISTA

Identificação:

Iniciais do colaborador:	_____
Sexo:	( ) Masculino ( ) Feminino
Profissão:	_____
Idade:	_____
Formação (graduação, especialização, pós-graduação)	_____
Instituição:	_____
Funções exercidas na instituição:	_____
Tempo de experiência na área de saúde mental:	_____
Tempo de trabalho na instituição:	_____

#### Questões abertas:

1. Na sua prática cotidiana o que você identifica como projetos ou ações de inclusão social? Relate uma vivência.
  2. Uma das proposições da Reforma Psiquiátrica Brasileira é a de promover a inclusão social de seus usuários. Quais as ações que podem ser feitas para atingir este objetivo?
  3. Como você compreende a exclusão/inclusão social de pessoas com transtornos mentais?
  4. Quais as possibilidades encontradas no território para o desenvolvimento das ações de inclusão social?
  5. É possível promover a inclusão social das pessoas em situação de sofrimento psíquico?
- Liste possíveis facilidades e dificuldades para a promoção da inclusão social.

Os dados foram analisados com base em procedimentos propostos pela Análise do Discurso, uma abordagem que possibilita o entendimento do texto de forma mais aprofundada, porque leva em consideração a realidade social e histórica em que ele foi produzido (Vianna, Barros, 2003), o que tornou possível recortar alguns temas.

As frases temáticas que foram extraídas das falas dos profissionais versam sobre as ações de inclusão social realizadas no serviço e foram reordenadas em grupos temáticos, os quais produziram as categorias empíricas. Tais categorias, de acordo com Minayo (1998), são aquelas construídas com finalidade operacional a partir do trabalho de campo e têm a propriedade de apreenderem as determinações e especificidades que se expressam na realidade empírica. Em nossa pesquisa, foram identificadas como: representações do processo de inclusão e exclusão social, práticas de inclusão social e modelo assistencial.

Para a discussão dos discursos identificados, foi utilizada, como categoria de análise, a Representação Social, que é definida como um conjunto de conceitos, afirmações e explicações utilizado pelas pessoas para a compreensão e construção da realidade, e que possibilita a valorização do conhecimento popular, o senso comum (Minayo, 1998).

Para Spink (1993), o senso comum, objeto de estudo das Representações Sociais, deve ser visto como conhecimento legítimo e motor das transformações sociais. A análise do senso comum é capaz de revelar não a lógica e a coerência, mas sim a natureza contraditória na qual estão inseridos os atores sociais. Nesse sentido, verifica-se a importância da Representação Social como categoria de análise da concepção de inclusão social dos projetos assistenciais por meio da visão de mundo dos profissionais que compõem a equipe do CAPS.

## Discussão dos resultados

Neste trabalho, apresentamos, como categoria, as representações sociais do processo de inclusão e exclusão social, composta pelos temas: 'inclusão e exclusão social', 'normalidade social', 'cidadania' e 'mercado de trabalho', que emergiram da análise das representações sociais dos profissionais entrevistados.

### Inclusão e exclusão social

Nos textos analisados, destacamos algumas falas que apontam para uma concepção de inclusão social baseada em trocas afetivas e sociais, a qual concorda com a literatura sobre o tema. Porém, as falas revelam também que os relacionamentos sociais estão restritos ao espaço institucional, ou seja, a inclusão tem como significado apenas o acolhimento do usuário no serviço:

<sup>3</sup>No início de cada fala, a letra E e o número correspondem aos sujeitos entrevistados, variando de 1 a 11.

E6<sup>3</sup> - "Eu acho que as coisas funcionam assim, lá [fora] eles excluem e aqui [no CAPS] nós incluimos".

E8 - "Aqui [no CAPS] embora sendo um cantinho dos excluídos, eles não ficam tão excluídos como lá fora, eles ficam mais perto da gente, perto das pessoas que cuida deles, perto da sociedade".

O CAPS representa o espaço de inclusão social ao oferecer atenção e cuidado, e somente nele os usuários estão inclusos. Assim, os enunciados *aqui dentro* e *lá fora* nos remetem à presença dos "muros" do CAPS, como também não escondem a posição de exclusão das pessoas com transtornos mentais:

E8 - "Embora eles estão incluídos na exclusão social por estar aqui, é uma coisa muito difícil de entender, não é?"

Observamos que há uma contradição nos dizeres dos entrevistados, uma vez que, para eles, o CAPS representa o lugar de integração dos excluídos porque os protege da exclusão social, mas não a enfrenta. Por outro lado, a necessidade de inserção social, abrangendo a comunidade, e não apenas o espaço institucional, é compreendida pelos entrevistados como inclusão social:

E4 - "[Sobre a compreensão de inclusão social] Vejo que essas pessoas precisariam fazer parte de tudo da comunidade, da sociedade..."

Como causa da exclusão social, foi apontado o estigma da doença mental, partindo da rede social primária, a família:

E11 - "É a própria exclusão que a família faz, de preconceito, do estigma, de não acreditar que ele possa voltar a realizar qualquer atividade".

O estigma, definido por Goffman (1978) como uma marca com conotação negativa atribuída à pessoa e que permeia as relações sociais, é a base desse comportamento de rejeição e diferenciação. Consequentemente, ele é uma das barreiras tanto para a realização das trocas sociais e a vinculação do indivíduo numa rede de sociabilidade, quanto para a inserção no trabalho, visto que a periculosidade, a improdutividade e a incapacidade são estigmas, em torno de pessoas com transtornos mentais, fortemente presentes no imaginário social, marcado por uma cultura de exclusão e de intolerância. A inclusão social, de acordo com a fala, passa pela questão da aceitação do indivíduo:

E9 - "A inclusão social passa por essa aceitação da doença mental como uma doença que tem que ser tratada e que a pessoa não é bicho".

A rejeição tem como base a impossibilidade de aceitação da diferença, pois se condena o transtorno mental, procurando afastá-lo como se essa condição não fizesse parte do universo dos humanos, que é tão metodicamente organizado e apresenta soluções sempre prontas. Assim, essa pode ser uma das razões para a dificuldade de se compreender e lidar com o transtorno mental (Vianna, Barros, 2002).

Na fala que se segue, o enfrentamento do estigma surge como uma ação possível, porém sugere que tal ação está restrita aos muros do CAPS, pois os profissionais, e somente eles, são capazes de compreender os usuários:

E9 - "Só de proporcionarmos a essas pessoas que não sejam mais vistas como animais já é uma inclusão muito grande, se elas forem vistas como pessoas, como as vemos aqui, como gente, como ser humano. Penso mais ou menos isso da inclusão social".

E isso pode ser confirmado por este outro depoimento:

E8 - "Se ele estiver lá fora [do CAPS] vai ser pior a exclusão, porque lá as pessoas não vão entender que eles são os psicóticos..."

Observamos, mais uma vez, a presença da dicotomia dentro e fora do CAPS. A compreensão, expressa nas falas, sobre a exclusão e a inclusão social de pessoas com transtornos mentais está muito mais relacionada à presença dos usuários dentro do serviço do que a uma integração aos "circuitos vivos das trocas sociais", como definido por Castel (1997).



Restringe-se, dessa forma, o conceito de exclusão a uma situação microsocial, seja no contexto do serviço, seja pela condição do próprio usuário quando ele é considerado como um sujeito ativo porque busca o isolamento, ainda que de forma involuntária, como na frase seguinte:

E3 - “É involuntário porque a crise por si só acaba excluindo eles, fazendo a exclusão social porque eles se isolam...”

O isolamento, conforme observamos, foi compreendido no discurso como exclusão social. Comumente, na esquizofrenia, o estigma como um fator ambiental agrava os sintomas negativos da doença, visto que a pessoa pode buscar o isolamento para evitar a rejeição (Mateus et al., 2006).

Assim, também a condição de classe social, associada à busca pelo isolamento, é apontada como determinante da exclusão social:

E2 - “Mas também é isolado porque todo mundo da família tem que sair pra trabalhar, se não ninguém come, então ele vai ficar em casa o dia inteiro sozinho e fica em casa sozinho porque ele foi excluído pela psicose ou ele foi excluído pela pobreza?”

Esse dizer problematiza os fatos determinantes de exclusão social, indicando que não é a doença mental em si e por si mesma que acarreta esse processo, mas também a pobreza. Compreender a pobreza não somente como a condição em que os indivíduos deixam de usufruir de uma série de vantagens como desfrutaram aqueles que não são pobres, mas que é resultante de uma dupla dinâmica de precarização e fragilização que conduz ao acúmulo de déficits, implica entendê-la como produtora da exclusão social (Castel, 1989).

### Normalidade social

A relação entre normalidade e inclusão social foi outro aspecto que emergiu dos dizeres dos profissionais ao serem indagados sobre quais ações de inclusão social consideram ser agentes. As orientações para a realização das atividades da vida diária constituem uma prática voltada para a inclusão social, conforme a seguinte fala:

E5 - “[Importância de orientações das atividades de vida diária, porque a pessoa] Vai ser considerada de certa forma normal e vai ser aceita pela sociedade e pela família também...”

E3 - “A inclusão é você começar a resgatar o mínimo, a fazer com que ele volte o máximo que der para as suas atividades...”

A concepção de inclusão social expressa está atrelada ao fato de que a pessoa com transtorno mental deve voltar a realizar as atividades cotidianas, tal como a sociedade aceita e espera, e, assim, as práticas se voltam para esse objetivo, pois ser “normal” significa agir como todas as pessoas consideradas saudáveis. As frases seguintes reforçam esta ideia:

E1 - “[Sobre a possibilidade de incluir socialmente] Eles desceram normalmente como qualquer pessoa que está viajando, foram ao restaurante, consumiram...”

E9 - “[Sobre a possibilidade de incluir socialmente] A gente foi numa fazenda outro dia e muito legal, muito bom, todo mundo sentado direitinho, tomando café, então é possível sim”.

E1 - “[Participação em passeio] Quando a gente parou no posto da estrada, eles agiram normal, não ficaram esperando o profissional dizer...”



Assim, agir conforme as regras sociais numa situação como o passeio é determinante para que o usuário esteja dentro de um padrão de “normalidade”. É notável, a esse propósito, como a figura do profissional é tomada como medida para o grau de normalidade do usuário, como se observa na fala seguinte:

E3 - “[Participação em passeio] Queria que você me apontasse quem que era o profissional, qual era o técnico que estava ali, ou melhor, quem que é o paciente? Não teve diferença do meu comportamento, eu ali e o paciente que foi”.

O termo normalidade está relacionado à adaptação às normas estabelecidas socialmente. É considerado normal aquilo que pode ser tomado como referência de uma norma, ou seja, o normal é, ao mesmo tempo, a exibição e a extensão da norma que, por sua vez, serve para endireitar (Canguilhem, 1982). Para os entrevistados, existem possibilidades para o processo de inclusão social quando o usuário apresenta-se “como uma pessoa normal”.

A concepção que se tem de inclusão social direciona as ações e, nesse sentido, analisamos que as mesmas estão voltadas, sobretudo, para a restituição da normalidade do indivíduo mais do que para práticas de inclusão social das pessoas em condições de adversidades.

Por outro lado, há falas que apontam para uma crítica à concepção de normalidade como imposição para que as pessoas com transtornos mentais sejam incluídas socialmente, considerando essa exigência uma forma de exclusão:

E3 - “O que é considerado normal? Hoje é um risco você falar assim: “fulano é normal”, eu não sei se eu sou, então é complicado, você ficar questionando. Eu acho que a exclusão na saúde mental é isso...”

Outro entrevistado complementa:

E11 - “Inclusão é isso, você chega lá, você tem que ser tratado, ninguém precisa saber de onde veio, não tem que se identificar, as pessoas que têm que perceber que você é diferente, mas tanto faz se você é diferente ou não”.

Essas duas afirmações se contrapõem àquelas anteriormente colocadas (“sentar direitinho”, “descer normalmente do ônibus”), apontadas como possibilidades para a inclusão social, porque não enfatizam a restituição da normalidade como condição, e sim indicam uma crítica à necessidade de classificação (normal ou anormal), pois a inclusão é compreendida como o acolhimento às diferenças.

É preciso desmistificar a concepção de normalidade como um padrão homogêneo a ser seguido e compreender a importância do restabelecimento da normatividade, ou seja, a capacidade do indivíduo para responder com flexibilidade às demandas que a vida impõe. Assim, ser “normal” significa ser normativo, independentemente das condições em que esse indivíduo se encontre (Aguar, 2004).

Essa mudança de concepção norteia o estabelecimento de práticas condizentes com os preceitos da Reabilitação Psicossocial. Dessa forma, construir caminhos que possam interromper ou amenizar o processo que restringe a normatividade das pessoas, objetivando um aumento em sua autonomia e independência, contribui para o processo de inclusão social.

## Cidadania

De acordo com as propostas da Reabilitação Psicossocial, a única reabilitação possível ocorre somente a partir da construção dos direitos substanciais de cidadania, que envolve os aspectos afetivos, relacional, material, habitacional e produtivo (Saraceno, 1999).

Nesse sentido, compreender o exercício da cidadania apenas como o reconhecimento dos direitos não implica mudanças reais na vida das pessoas que não são ainda cidadãs, conforme a frase que segue:

E9 - “Não muda a essência, não adianta falar para essas pessoas que elas são cidadãs [...] elas têm que ser de verdade...”

O discurso em torno da cidadania dos indivíduos acometidos pelo sofrimento psíquico teve enfoque na década de 1980, a partir da luta dos movimentos sociais, no contexto da redemocratização do país, com a Reforma Sanitária e, especificamente, com a Reforma Psiquiátrica.

A cidadania passou, então, a ser compreendida como um processo de construção de um outro lugar social na experiência do transtorno mental, garantindo a ampliação da capacidade dos indivíduos, bem como a liberdade de ação e participação (Oliveira, Alessi, 2003). Além disso, a partir dessa época também foi colocada como garantia de um melhor tratamento, mais acessível e menos invasivo.

Dessa forma, nas falas seguintes, a exclusão social está representada pelo tratamento baseado na internação em macro hospitais psiquiátricos ainda presentes no contexto da assistência, ao mesmo tempo em que existem os outros serviços para o atendimento à crise, como as Enfermarias Psiquiátricas em Hospitais Gerais e os serviços substitutivos que prestam assistência vinte e quatro horas – os CAPS III:

E11 - “Às vezes não é nem caso de excluir, de internar, podia ter um outro espaço, um CAPS III”.

E11 - “Se ele tiver uma crise, tem um hospital geral que possa acolher, que é muito diferente do hospital psiquiátrico. Isso também colabora para a não exclusão”.

Se, por um lado, o hospital psiquiátrico representa a exclusão social, contraditoriamente observa-se a defesa dessa instituição na rede assistencial. A afirmação da necessidade do hospital especializado revela, na fala, que essa é a forma de tratamento mais adequada e que, portanto, deve ser mantida a hegemonia hospitalocêntrica:

E9 - “Partiu-se de um pressuposto que todo hospital é ruim, hospital não é ruim”.

E9 - “Estamos falando em torno de cidadania, de inclusão social, das pessoas como seres humanos, mas a parte terapêutica disso não foi considerada, então a partir dessa data os hospitais psiquiátricos serão fechados [...] mas existem pacientes em estado muito grave que precisam disso...”

Na pesquisa realizada por Gradella Junior (2002), conclui-se que o hospital psiquiátrico apresenta a mesma estrutura e função de dois séculos atrás: continua excluindo e segregando as pessoas com transtornos mentais, sobretudo as de classes sociais mais baixas.

O hospital psiquiátrico, ainda que apresente propostas de atendimento modernizadas e humanas, manterá a representação de uma cultura manicomial e excludente. Dessa forma, significa um dos sentidos da exclusão social, sendo necessário refletir sobre o seu papel atual perante as contradições sociais, que são as bases da produção das vulnerabilidades que levam à exclusão social.

Contraditoriamente, as grades, símbolos de exclusão comumente utilizados nessas instituições, são consideradas, nas falas, como representação de inclusão social, porque o poder de contenção é compreendido como uma forma de cuidado:

E2 - “Essa grade aqui [da janela] não é exclusão social, não está criando um presídio, um asilo, não é isso, é pra proteger as pessoas de uma coisa da qual nós não sabemos, não se conhece a doença mental pra poder dizer o que vai acontecer com ela...”

E2 - “Na minha opinião, essa grade é uma inclusão social porque deu para a pessoa a proteção que ela precisava”.

Nota-se a inferência sobre a necessidade de se ter o controle sobre aquilo que não se conhece. A assistência baseada na observação do indivíduo que, destituído de seus direitos, é arbitrariamente

inserido num espaço que o mantém protegido mas que, em contrapartida, protege a sociedade de sua suposta periculosidade e imprevisibilidade, é uma representação que circula no imaginário social e que, com efeito, não está desvinculada da história das instituições psiquiátricas asilares.

Também se faz presente, nas falas, a compreensão de um cuidado em saúde mental que atenda realmente às necessidades do usuário, a partir do tratamento baseado no acolhimento e no respeito à sua individualidade:

E11 - "É muito particular de cada um, não dá para incluir em linha de produção, é um pouco isso que eu entendo de inclusão".

E11 - "Inclusão em situações de vida, de entender no contexto cultural dele, o contexto econômico, o contexto de até onde ele pode avançar, resgatando até um pouco isso..."

Nessa perspectiva, que podemos chamar de cuidado inclusivo - o qual se contrapõe à compreensão de um cuidado julgado necessário para o controle e que, por fim, exclui -, a fala seguinte indica ainda que o profissional deve considerar a participação do usuário em seu próprio processo de tratamento:

E10 - "A exclusão, às vezes, os próprios profissionais acabavam também enfatizando isso no tratamento quando não incluíam essas pessoas até na possibilidade de tratamento mesmo, do projeto terapêutico".

E10 - "Achavam que só por ela estar sofrendo o profissional sabia o que era melhor para ela e não incluía no tratamento, até na reabilitação..."

Construir conjuntamente com o usuário seu projeto terapêutico é uma das formas de estimular a sua autonomia, que, segundo Kinoshita (2001), é a capacidade de gerar normas e ordens para a sua vida frente às diversas situações enfrentadas.

Diante disso, é possível construir uma relação entre o profissional e o usuário que se opõe àquela em que o indivíduo se apresentava desinteressado e apático em prol da autoridade institucional, que não demandava dele participação ou intervenções e, como resposta a isso, ele se mantinha anulado e definitivamente institucionalizado (Basaglia, 2005).

Assim, o cuidado para além de contenções, como parte da cidadania, bem como a possibilidade de usufruir os direitos básicos, como liberdade, moradia e trabalho formal, também são considerados necessários ao processo de inclusão social na compreensão dos profissionais entrevistados:

E1 - "Eu acho que não tem inclusão social se você não puder oferecer pra essa pessoa o mínimo, que é o poder ir e vir, o direito de se expressar, de fazer algo..."

E3 - "Quando se pensa em inclusão social pensa-se numa coisa ampla, num emprego de carteira registrada, numa moradia de classe média ou então popular..."

Mas, nesse processo de construção de percursos inclusivos, os trechos seguintes revelam ainda que os profissionais podem ser agentes de inclusão ou de exclusão social conforme a postura adotada, visto que podem se distanciar das propostas de intervenção que levem em conta a cidadania e a inclusão social, mesmo que dentro de um serviço que tem a proposta de substituir o hospital psiquiátrico.

E10 - "Não é só derrubarmos os muros do hospital para a questão da reabilitação porque, às vezes, você está num serviço que vem com a proposta de ser substitutivo, mas que, dependendo da atitude [...] de todas as pessoas que estão envolvidas nesse contexto do cuidado, pode ser que essa atitude seja uma atitude manicomial, que não promova a inclusão..."

E2 - "Eu posso dizer: "Vamos fazer uma inclusão social" e, no que você começa a esbarrar nos obstáculos, você diz: "Mas a culpa é deles, dos outros". Isso não dá para fazer, não gosto disso, é mentir para o paciente e para o problema..."

Vivenciamos uma fase de transição do modelo de atenção à saúde mental e, assim, é imprescindível uma autocrítica de cada profissional sobre o seu papel, visando não ser reproduzidor de lógicas condizentes com o modelo de atenção hospitalocêntrico.

Assim, prover o cuidado segundo o paradigma do modo psicossocial (Costa-Rosa, 2000) requer transformações nas concepções herdadas do modo de atenção manicomial, para que os atores responsáveis possam afirmar o compromisso com as questões da ordem dos direitos, rumo à finalidade dos serviços substitutivos, que é a Reabilitação Psicossocial e, portanto, a promoção da cidadania e da inclusão social.

### **Mercado de trabalho**

A reabilitação para as pessoas acometidas por transtornos mentais é um processo de intervenção que ocorre simultaneamente em dois aspectos: a desabilitação e a desvantagem. No vocabulário da reabilitação psicossocial, a desabilitação refere-se à perda ou limitação de capacidades operativas. A desvantagem significa a resposta dada pela organização social ao sujeito com uma desabilitação, como a desintegração social e o desemprego (Saraceno, 1999).

Ainda de acordo com Saraceno (1999), os serviços responsáveis pelo processo de Reabilitação Psicossocial devem centralizar a intervenção em três eixos principais: moradia, trabalho e o lugar das trocas sociais – a rede social. A partir desses eixos ocorre o aumento da capacidade de contratualidade da pessoa, a construção da plena cidadania e firmam-se laços de inclusão social.

Assim, buscar intervir sobre a desvantagem, no que se refere ao mercado de trabalho para as pessoas com transtornos mentais, é também papel dos profissionais inseridos no modelo de atenção psicossocial.

Na análise desse tema, o trabalho se configura, nas concepções dos entrevistados, como um fator de inclusão social. Na fala que se segue, mesmo que não haja um posto no mercado de trabalho formal, é necessário o retorno financeiro em alguma medida. Mas proporcionar ações nesse sentido não faz ainda parte das práticas dos profissionais:

E9 - "Essa pessoa vai ter um emprego numa fábrica e vai trabalhar, ganhar quinhentos reais por mês? Muito dificilmente, mas dá para ter um dinheirinho, ajudar a família, isso é inclusão social e é o que a gente objetiva lá na frente".

Também é reconhecida, na fala seguinte, a exclusão do mercado de trabalho como uma problemática vivenciada não apenas pelas pessoas com transtornos mentais:

E1 - "Eu acho que começa por aí, se quem é dito 'normal' já existe esse grande preconceito [de não conseguir trabalho após uma determinada idade], imagina quem está aí, entre aspas, classificado na saúde ou na doença mental. Eu acho que isso é uma grande forma de excluir".

E, assim, o enfrentamento conjunto dessa situação é compreendido também como uma forma de inclusão:

E11 - "Discutirmos ações alternativas, tendo essa realidade do mercado que temos, não tem emprego pra eles, mas também não tem pra todo mundo, como que vamos lidar com isso? Não adianta a gente ficar fantasiando e nem colocando dado que não é realidade pra eles, discutir em cima disso é inclusão".

Contraditoriamente, apesar do reconhecimento de que o trabalho é um dos aspectos importantes para a inclusão social, está presente, na fala dos entrevistados, a sensação de impotência diante do problema e a dúvida quanto ao papel do profissional:

E2 - “Se a inclusão social é aquilo que permite ao sujeito voltar a conviver e a produzir na sociedade, eu não sei se eu pratico atos de inclusão social não”.

Observamos que o tema do trabalho figura nas falas como um horizonte, ainda que pouco discutido pela equipe, pois, como podemos observar no trecho que segue, o enfrentamento do estigma do transtorno mental é uma prática de inclusão social anterior ao aspecto do trabalho:

E11 - “Desmontamos um pouco o preconceito, isso já incluiu um pouco. Foi uma inclusão pelo menos genérica, não conseguimos ainda avançar na inclusão específica: ‘olha, consegui por ele para fazer um trabalho, ele voltou a trabalhar, ele tem renda!’. Ainda não conseguimos isso, estamos caminhando. Estamos ainda conseguindo que ele possa ser aceito, um processo anterior a isso”.

Não é possível fazer a separação indicada na fala - primeiro enfrentar o estigma e, depois, a inserção no trabalho - visto que os estigmas fortemente relacionados ao transtorno mental são os de improdutividade e incapacidade. Dessa forma, seu enfrentamento, por meio de práticas que contemplem o aspecto do trabalho, é o caminho mais adequado.

Nesse sentido, alguns caminhos já foram delineados. As cooperativas de trabalho são apontadas, por Saraceno (1999), como meios eficientes e necessários para se enfrentar a desvinculação do mercado de trabalho. Constituem uma alternativa valiosa, não apenas para os usuários de serviços de saúde mental, mas também para as demais pessoas em situação de desvantagem social. É o que se verifica na obra de Paul Singer (2003), um dos principais autores no que diz respeito à Economia Solidária no contexto brasileiro.

Contemplamos, em nossa realidade, experiências de geração de renda que são iniciativas bastante concretas e que mostram as possibilidades de se intervir sobre o aspecto do trabalho no contexto do tratamento em saúde mental.

Nesse sentido, no âmbito da Política Nacional de Saúde Mental, juntamente com a Secretaria Nacional de Economia Solidária, do Ministério do Trabalho e Emprego, foi firmada a Portaria Interministerial nº 353, de 7 de março de 2005, que institui o Grupo de Trabalho Interministerial Saúde Mental e Economia Solidária para a discussão e o enfrentamento dessa questão. Além disso, a Portaria GM nº 1.169, em 07/07/2005, prevê um incentivo financeiro para os municípios que tenham projetos de inclusão social vinculados a uma rede de cuidados em saúde mental (Brasil, 2006).

As iniciativas são importantes, tendo em vista que o investimento em ações dessa natureza garante novas perspectivas na atenção à saúde mental, efetivando uma abordagem em que o usuário atue como um indivíduo capaz de exercer os seus direitos, dentre os quais o trabalho como um dos aspectos necessários na promoção da inclusão social.

## Considerações finais

A inclusão social é uma bandeira da Reforma Psiquiátrica Brasileira, e todas as suas proposições e programas buscam efetivar ações com essa finalidade, o que representa um importante desafio, já que no processo de exclusão social estão imbricados aspectos políticos, econômicos e sociais que não podem ser enfrentados apenas por meio da área da saúde.

Contudo, consideramos que os CAPS apresentam possibilidades para a promoção da inclusão social ao terem, como proposta, a Reabilitação Psicossocial, que preconiza intervenções nos três eixos norteadores: a rede social, a moradia e o trabalho.

Dessa forma, o enfrentamento da situação demanda práticas para além da área de saúde mental e requer esforços dos atores envolvidos para o estabelecimento de relações e parcerias intersetoriais, com o objetivo de: viabilizar melhores condições de moradia; promover discussões e incentivar iniciativas que envolvem a inserção no mercado de trabalho; favorecer o acesso a serviços e bens públicos, como educação e cultura, e, assim, estimular condições para o exercício da cidadania.

Nesse sentido, observamos que, na visão dos entrevistados, a inclusão social das pessoas com transtornos mentais implica o exercício de sua cidadania e de sua inserção no mercado de trabalho. Estas são concepções que vão ao encontro do que é preconizado nas propostas da reabilitação psicossocial.

Por outro lado, o trabalho, apesar de ter importância como uma ferramenta para a inclusão, não é vislumbrado como uma meta próxima ou que esteja ao alcance das ações dos profissionais de saúde: consideram-se impotentes em promover ações nesse sentido. Esse é um ponto importante a ser debatido nos serviços de saúde mental, com o objetivo de se buscarem alternativas viáveis e, assim, contemplar um dos eixos propostos pela reabilitação psicossocial: o trabalho com valor social. Ampliar as ações nessa direção implica, entre outros aspectos, superar a visão segundo a qual a pessoa com transtorno mental é improdutivo e incapaz.

Além disso, a inclusão social do usuário significa, nos discursos, ser aceito, acolhido, compreendido e poder participar do contexto social; em contraposição à rejeição, à incompreensão e ao isolamento. Mas a dificuldade que se apresenta é a de que esse lugar de inclusão e de pertencimento está limitado ao ambiente institucional e, em suas falas, os profissionais sugerem que somente isso é possível. Assim, compreender os CAPS como o espaço em si de inclusão social é uma barreira para o desenvolvimento de práticas que tenham essa finalidade.

Outro equívoco que se apresenta nos discursos é considerar a restituição da normalidade como um requisito para a inclusão social. Os programas e as práticas são voltados para a inclusão social exatamente em função da existência das diversidades, das desigualdades e da predominância da cultura manicomial e excludente no imaginário social. Nesse sentido, um aspecto ao qual os trabalhadores devem estar atentos é a dimensão sociocultural, visto ser esse o lugar capaz de produzir novas formas de relação com as diferenças e de transformar as relações entre sociedade e loucura (Amarante, 2003).

Por fim, buscamos, ao longo deste artigo, mostrar a análise das concepções dos trabalhadores de saúde mental sobre o tema da inclusão social, com a intenção de promover reflexões e discussões, pois, acreditamos que a superação de representações sociais condizentes com o modelo de atenção asilar é um dos passos importantes para que as práticas desenvolvidas a partir dos serviços substitutivos, de fato, contribuam para o processo de inclusão social dos seus usuários.

#### Colaboradores

Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção do manuscrito.



## Referências

- AGUIAR, A. Tomada de responsabilidade no campo da Reforma Psiquiátrica. In: ALBUQUERQUE, P.; LIBÉRIO, M. (Orgs.). **O cuidado em saúde mental: ética, clínica e política**. Brasília: Ministério da Saúde, Coordenação Geral de Saúde Mental, 2004. p.37-44.
- AMARANTE, P. (Org.). A clínica e a reforma psiquiátrica. In: \_\_\_\_\_. **Archivos saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU, 2003. p.45-65.
- BASAGLIA, F. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.
- BRASIL. **Relatório do grupo final de trabalho: saúde mental e economia solidária**. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego, Secretaria Nacional de Economia Solidária, 2006.
- \_\_\_\_\_. **Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRUNELLO, M.R.I. Loucura um processo de desconstrução da existência. **Rev. Terapia Ocup. USP**, v.9, n.1, p.14-9, 1998.
- CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 2.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1982.
- CASTEL, R. Da indigência à exclusão, a desfiliação: precariedade do trabalho e vulnerabilidade relacional. In: LANCETTI, A. et al. (Orgs.). **Saude e loucura: grupos e coletivos**. São Paulo: Hucitec, 1989. p.21-48.
- \_\_\_\_\_. As armadilhas da exclusão. In: BÓGUS, L.; YAZBEK, M.C.; BELFIORE-WANDERLET, M. (Orgs.). **Desigualdade e a questão social**. São Paulo: EDUC, 1997. p.15-48.
- COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. p.141-68.
- DEMO, P. **Charme da exclusão social**. 2.ed. Campinas: Autores Associados, 2002.
- GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 2.ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.
- GRADELLA, J.O. Hospital Psiquiátrico: (re)afirmação da exclusão. **Psicol. Soc.**, v.14, n.1, p.87-102, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v14n1/v14n1a06.pdf>>. Acesso em: 13 fev. 2005.
- KANTORSKI, L.P. et al. Contribuições do estudo de avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da região sul do Brasil. **Cad. Bras. Saude Mental**, v.1, n.1, p.1-9, 2009.
- KINOSHITA, R.T. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p.55-9.
- LEÃO, A. **As práticas de inclusão social: o desafio para os serviços de saúde mental**. 2006. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2006.
- MATEUS, M.D.M.L. et al. Programa Atenção ao Paciente Psicótico na Sociedade - OPAS. **Roteiro operativo 11: redução do estigma da doença em portadores de transtornos psicóticos**. Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <<http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/10420.html>>. Acesso em: 13 mar. 2006.
- MELMAN, J. **Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares**. 2.ed. São Paulo: Escrituras, 2006.



- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 5.ed. São Paulo: Hucitec, 1998.
- NICÁCIO, F.; AMARANTE, P.; BARROS, D.D. Franco Basaglia em terras brasileiras: caminhantes e itinerários. In: AMARANTE, P. (Org.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial 2**. Rio de Janeiro: NAU, 2005. p.195-214.
- OLIVEIRA, A.G.B.; ALESSI, N.P. A reforma psiquiátrica e o processo de trabalho das equipes de saúde mental. **Rev. Paul. Enferm.**, v.22, n.1, p.31-42, 2003.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Organização Panamericana de Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo 2001. **Saúde mental**: nova concepção, nova esperança. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2001.
- QUINTAS, R.M.; AMARANTE, P. A ação territorial do Centro de Atenção Psicossocial em sua natureza substitutiva. **Saude Debate**, v.32, n.78/79/80, p.99-107, 2009.
- ROTELLI, F. A instituição inventada. In: NICÁCIO, M.F.S. (Org.). **Desinstitucionalização**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p.89-99.
- SARACENO, B. **Libertando identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Belo Horizonte: Te Cora, 1999.
- SILVA, A.L.A. **O projeto copiadora do CAPS**: do trabalho de reproduzir coisas à produção de vida. 1997. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo. 1997.
- SINGER, P.; SOUZA, A.R. **A economia solidária no Brasil**: a autogestão como resposta ao desemprego. São Paulo: Contexto, 2003. (Coleção Economia).
- SPINK, M.J.P. O conceito de representação social na abordagem psicossocial. **Cad. Saude Publica**, v.9, n.3, p.300-8, 1993.
- TURATO, E.R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes, 2003.
- VIANNA, P.C.M.; BARROS, S. A análise do discurso: uma revisão teórica. **REME – Rev. Mineira Enferm.**, v.7, n.1, p.56-60, 2003.
- \_\_\_\_\_. O processo saúde doença mental: a exclusão social. **REME – Rev. Mineira Enferm.**, v.6, n.1/2, p.86-90, 2002.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental health policy and service guidance package**. Geneva: Organization of Services for Mental Health, 2003.

LEÃO, A.; BARROS, S. Inclusión y exclusión social: las representaciones sociales de los profesionales de la salud mental. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.15, n.36, p.137-52, jan./mar. 2011.

Los centros de Atención Psicosocial (CAPS) proponen llevar a cabo acciones de inclusión social para las personas con trastornos mentales. Sin embargo, observamos dificultades con relación a prácticas con este objetivo. En este artículo, el objeto de estudio son las representaciones sociales de los profesionales de salud mental sobre prácticas de inclusión social. Los conceptos rectores de la investigación son la rehabilitación psicosocial y la desinstitucionalización italiana. Los datos fueron sometidos al análisis del discurso; y para analizar la categoría empírica resultante los conceptos de inclusión y exclusión social, usamos la representación social, según Minayo. Los testimonios revelaron conceptos que concuerdan con los preceptos de la Rehabilitación Psicosocial, como el ejercicio de la ciudadanía y la integración en el trabajo, y otras en contradicción con tales principios, como considerar el CAPS un espacio en sí mismo de inclusión social, lo que limita desarrollar prácticas que tengan esta finalidad.

*Palabras clave:* Inclusión social. Rehabilitación psicosocial. Servicios de salud mental.

Recebido em 30/07/09. Aprovado em 13/10/10.