



Saúde em Debate

ISSN: 0103-1104

revista@saudedebate.org.br

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
Brasil

Braga de Azevedo, Elisângela; de Oliveira Ferreira Filha, Maria; Menezes Araruna, Mayra
Helen; Carvalho, Rafael Nicolau; Cavalcanti Cordeiro, Renata; Leite da Silva, Vagner
Cristina

Práticas inclusivas extramuros de um Centro de Atenção Psicossocial: possibilidades
inovadoras

Saúde em Debate, vol. 36, núm. 95, octubre-diciembre, 2012, pp. 595-605

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341761011>

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



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

Práticas inclusivas extramuros de um Centro de Atenção Psicossocial: possibilidades inovadoras*

Extramural inclusive practices of a Psychosocial Care Center: innovative opportunities

Elisângela Braga de Azevedo¹, Maria de Oliveira Ferreira Filha², Mayra Helen Menezes Araruna³, Rafael Nicolau Carvalho⁴, Renata Cavalcanti Cordeiro⁵, Vagna Cristina Leite da Silva⁶

¹ Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB) – João Pessoa (PB), Brasil. Professora do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande (FCM-PB) – Campina Grande (PB), Brasil. elisaaz@terra.com.br

² Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC) – Fortaleza (CE), Brasil. Professora Adjunta IV da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) – João Pessoa (PB), Brasil. marfilha@yahoo.com.br

³ Mestranda em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) – João Pessoa (PB), Brasil. mayra_menezes_@hotmail.com

⁴ Doutorando em Sociologia pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB) – João Pessoa (PB). Professor Assistente do Departamento de Serviço Social da UFPB. Preceptor da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade. Coordenador do PET Saúde Mental/2011 – UFPB – João Pessoa (PB), Brasil. rafaelcg_carvalho@yahoo.com.br

⁵ Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB) – João Pessoa (PB), Brasil. renata_cc@hotmail.com

⁶ Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB) – João Pessoa (PB), Brasil. Professor da Escola Técnica Nova Esperança – João Pessoa (PB), Brasil. vagna.cristina@bol.com.br

RESUMO Objetivou-se identificar práticas extramuros que promovam a inclusão social de usuários do Centro de Atenção Psicossocial do município de Campina Grande/PB/Brasil, a partir de ações comunitárias. Pesquisa descritivo-interpretativa e qualitativa, realizada com 19 profissionais. Utilizou-se entrevista semiestruturada, em 2010, cuja apreciação ocorreu por meio da análise de conteúdo. Revelam-se momentos inclusivos extra CAPS, através das colônias de férias que oportunizam lazer em família e social, mostrando-se fundamentais. Por outro lado, a gestão do município tem contribuído com espaços distribuídos pela cidade, que favorecem a inclusão dos usuários, melhorando sua qualidade de vida.

PALAVRAS CHAVE: Serviços de Saúde Mental; Saúde Mental; Desinstitucionalização.

ABSTRACT The objective was to identify practices that promote extramural social inclusion of users of the Psychosocial Care Center in Campina Grande / PB / Brazil, from community action. Descriptive-interpretative and qualitative research performed with 19 professionals. It reveals inclusive moments extra CAPS, through summer camps which nurture social and family leisure, revealing them as fundamental. On the other hand, the management of the municipality has contributed with spaces distributed throughout the city that favour inclusion of users, improving their quality of life.

KEYWORDS: Mental Health Services; Mental Health; Deinstitutionalization.

* Este artigo é um recorte da Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, intitulado: Rede de Cuidado em Saúde Mental: Tecendo Práticas de Inclusão Social no município de Campina Grande- PB.

Considerações Iniciais

A Organização Mundial de Saúde (OMS), desde os anos 1970 e 1980, preconiza a descentralização dos serviços de saúde existentes, a integração de serviços psiquiátricos em unidades de cuidados gerais, formação de cuidadores não especializados e aumento da participação da comunidade (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007). Entretanto, maiores avanços só foram possíveis em decorrência da reorganização da rede de assistência à saúde no Brasil, através da Política Nacional de Saúde, cujo foco seria a universalização do acesso da população à atenção básica e a consolidação da descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS). Tais progressos possibilitaram a implementação de um modelo de atenção primária à saúde, focado na unidade familiar e construído de forma democrática pela comunidade (ANDRADE *et al.*, 2008).

Essa premissa proporcionou que um grande número de problemas em saúde pudesse ser resolvido na atenção básica, sem necessitar de referenciar o usuário para outros níveis de assistência do Sistema de Saúde, enfatizando ações de tipo preventivo e promocional. Neste sentido, a política de saúde mental emergiu com caráter substitutivo, pois cria mecanismos e lugares para a produção do cuidado que servem para criar alternativas à internação manicomial. A desinstitucionalização se baseia na tentativa de resgate da autonomia das pessoas em sofrimento psíquico, propiciando novos espaços para a reconstrução de sua vida (FEUERWERKER; MERHY, 2008).

Entre os acontecimentos que estimularam a implementação da reforma psiquiátrica, merece destaque a III Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorrida no ano de 2001, que permitiu a consolidação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): serviços de saúde municipais, comunitários, que oferecem atendimento diário, constituindo-se um dispositivo estratégico para reversão do modelo hospitalar (ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006; BRASIL, 2011).

Outro impulsionador da reforma psiquiátrica, em 2001, foi a aprovação da Lei 10.216, que determina os direitos das pessoas em situação de sofrimento psíquico enquanto cidadãos brasileiros; estabelece o fechamento

dos hospitais psiquiátricos que não ofereciam condições de funcionamento e a redução, de forma gradativa, dos leitos psiquiátricos na rede de saúde; ao mesmo tempo em que estabelece a desospitalização daquelas pessoas que por anos foram excluídas socialmente.

Foi nessa perspectiva que a reforma psiquiátrica promoveu grandes progressos para a inclusão social de pessoas em situação de sofrimentos psíquicos no país, porém, pesquisas revelam que, nos últimos anos, cerca de 300 mil pessoas ainda encontram-se internadas em hospitais psiquiátricos públicos brasileiros. Tais hospitais são conveniados ao SUS, o que demanda custos elevados à União. Assim, o Ministério da Saúde apresentou, em 2008, gastos de 2,4% do orçamento do SUS para a Saúde Mental, tendo em vista uma prevalência de 3% de transtornos mentais severos e persistentes; 6% apresentam transtornos mentais graves em decorrência da dependência química e 12% necessitam de algum atendimento em saúde mental, seja ele contínuo ou eventual. Contudo, cabe revelar que, dentre os fatores que têm ocasionado o aumento dessa demanda psiquiátrica, encontram-se o abandono, a insegurança e a baixa autoestima (ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006; ANDRADE *et al.*, 2008).

Contudo, em 2006, o movimento pela inclusão social passou a se fortalecer e a conquistar novos militantes. Desse modo, foi aprovada a inclusão da Saúde Mental como prioridade do Pacto pela Vida, através da Portaria MS nº 399/GM, de 22/02/2006. Com isso, foram elencados dois indicadores, sendo eles: taxa de cobertura de CAPS/100.000 habitantes e taxa de cobertura do Programa de Volta para Casa, de caráter complementar (TANAKA; RIBEIRO, 2009).

Nessa direção, a discussão sobre inclusão social na atenção à saúde mental remete a uma reflexão ampliada, na medida em que inserir sujeitos, antes excluídos e estigmatizados, ainda representa um desafio social. Necessário se faz permitir que esses sujeitos convivam em sociedade, que sejam respeitados com dignidade e que a sociedade consiga compreender o verdadeiro significado de tais práticas, isso porque essa iniciativa proporciona um novo significado na vida e no cotidiano desses sujeitos (SILVA, 2006; MACHADO, 2009).

Essas primícias levam a pensar que, como os humanos são seres relacionais, por sua vez, representam uma totalidade aberta a outras totalidades. Contudo, há de considerar a constituição de uma relação que deriva de duas características humanas, representada tanto pela imperfeição quanto pelo amor. Desse modo, entende-se que, a partir do momento em que os sujeitos buscam a concretização das políticas de inclusão, instala-se uma necessidade de visualizá-los como sujeitos de relação, tendo em vista suas situações humanas (SILVA, 2006; MACHADO, 2009).

Portanto, a partir do movimento em direção à inclusão social, os sujeitos portadores, antes excluídos, passaram a dividir o mesmo cenário social com outros cidadãos tidos como ‘normais’. Todos esses avanços possibilitaram que conceitos e práticas assumissem a cada dia um caráter provisório e de possibilidades múltiplas. Assim, passa-se a valorizar a diversidade que, por sua vez, pressupõe a preservação de que todas as pessoas são iguais no que se refere ao valor máximo da existência: a humanidade do homem. Cabe salientar que a diferença não deve se constituir um critério de hierarquização da qualidade humana, pois, independentemente da condição existencial de cada um, todos possuem o mesmo valor existencial, porque todos são seres humanos (ROZEK, 2009).

Para Silva (2004), os avanços dos novos serviços de saúde mental para pessoas com transtornos mentais permeiam para uma maior liberdade de expressão dos sujeitos, através do desenvolvimento de um novo ambiente de socialização, no qual esses atores, através de atividades grupais ou individuais, falem sobre sua vida social, troquem experiências e, assim, promovam a saúde mental de base mais compreensiva e participativa. Complementa dizendo que tais práticas favorecem a integralidade do cuidado, na medida em que seus profissionais promovem o resgate da subjetividade dos usuários por meio de novos canais de comunicação e expressão, utilizando recursos como a pintura, o desenho, a modelagem e a fotografia.

Silva (2004) revelou, ainda, que, ao realizar oficinas de expressão com usuários com transtornos mentais, foi possível promover uma escuta classificada e atenta, que permitiu abstrair subjetividades dos participantes.

Para o autor, a promoção de narrativas verbo-visuais leva-os à recuperação de memórias de vida e de seus ambientes, possibilitando discussões sobre direitos sociais e culturais. Tal prática corroborou a construção de uma etiologia transpatológica, tendo em vista que gerou novas produções narrativas semióticas que os levou à recuperação. Para tanto, foi necessário que o profissional se aproximasse da linguagem iconográfica, associado às histórias orais desses atores, na tentativa de promover uma prática de caráter desinstitucionalizante que transcendesse o modelo manicomial e permitisse o encontro com a pessoa doente, a partir de sua história social, para que a mesma fosse reconstruída.

Nessa perspectiva, o modelo psicossocial propõe que as terapias devem sair do escopo medicamentoso exclusivo ou preponderante, e coloca o sujeito no papel principal do tratamento, sendo a família e, eventualmente, um grupo mais ampliado também incluídos como agentes fundamentais do cuidado. Assim, a concepção de efeitos terapêuticos e éticos, de forma a valorizar os aspectos subjetivos, superaria a visão de uma clínica voltada apenas para a remoção de sintomas, adaptação à realidade e supressão da carência (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007).

Contudo, não é possível promover a reinserção social da pessoa em sofrimento psíquico apenas dentro dos limites do CAPS, isso porque tal fato representa reproduzir o isolamento do passado. Essa preocupação aponta para o risco de uma ‘manicomialização’ dos novos equipamentos, críticas que podem expor os serviços a uma deslegitimação social (ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006). Diante disso, pergunta-se: os profissionais que atuam nos Centros de Atenção Psicossocial estão desenvolvendo práticas inclusivas extra CAPS para os portadores de transtornos mentais?

Assim, baseado no modelo psicossocial, este estudo objetivou identificar práticas extramuros que promovam a inclusão social de usuários do CAPS do município de Campina Grande/PB, a partir de ações comunitárias.

A relevância do estudo consiste em expor experiências positivas de inserção social de usuários em tratamento no CAPS, possibilitando a realização das ações por outras instituições de saúde mental e revelando

agentes contribuintes para a concretização das ações, confirmado os benefícios da integração entre família, profissionais, gestão e usuários para o sucesso das práticas.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo-interpretativo, de abordagem qualitativa, desenvolvido no município de Campina Grande/PB, nos meses de junho e julho de 2010, envolvendo 19 profissionais que atuam na rede de atenção à saúde mental, escolhidos intencionalmente.

Para tanto, como este se trata de um recorte da dissertação de mestrado intitulada: Rede de Cuidado em Saúde Mental: tecendo práticas de inclusão social no município de Campina Grande/PB, foram extraídas as falas de quatro profissionais que atuam na rede de saúde mental do município. Para tanto, na construção deste recorte, foram obedecidos os seguintes critérios de inclusão: ser profissional atuante nos CAPS e estar realizando práticas inclusivas extra CAPS.

Como instrumento de coleta de dados, utilizou-se entrevista, que foi gravada com a ajuda de dois aparelhos de Mídia Player (MP4). Posteriormente, as mesmas foram transcritas na íntegra e de forma literal.

Desse modo, o material empírico foi analisado através da técnica de análise de conteúdo tipo categorial temática, na qual procede-se à constituição do corpus, através de entrevistas transcritas com absoluta fidelidade; leitura flutuante e exaustiva dos textos das entrevistas, recortando e realizando uma síntese geral (BARDIN, 2011).

A pesquisa foi desenvolvida de acordo com aspectos éticos, envolvendo seres humanos, conforme recomenda a resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. Por se tratar de um estudo envolvendo seres humanos, a pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), que emitiu parecer favorável em 01/07/2010, segundo protocolo CEP/ HULW nº 264/10.

Resultados e Discussões

Colônia de Férias/ Passeios

Os Centros de Atenção Psicossocial constituem-se como serviços comunitários ambulatoriais e regionalizados, nos quais os usuários devem receber cuidados médicos, atendimentos terapêuticos individuais e/ou grupais, e têm a oportunidade de participar de ateliês abertos, de atividades lúdicas e recreativas promovidas pelos profissionais dos serviços, articuladas em torno de um projeto terapêutico individualizado, visando a atender às necessidades psicossociais, em que a inclusão dos familiares é uma iniciativa fundamental, e às questões de ordem social presentes no cotidiano dos usuários (ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006).

Nesse sentido, o trabalho do CAPS abrange ações intra e extramuros ou comunitárias, dirigidas prioritariamente às pessoas em situação de sofrimentos psíquicos persistentes e severos. Os usuários assistidos nesses Centros são marcados pela dificuldade de fazer e refazer vínculos com o real, com o social e, ainda, com a tradicional carência de cuidado adequado, sendo esse um dos desafios desses serviços (RABELO *et al.*, 2005). Deste modo, identificaram-se falas que afirmam a existências de estratégias de caráter inclusivo, extra CAPS:

[...] especificamente nas colônias de férias, que acontecem no mês de janeiro e julho. Agora mesmo, nesse mês, estamos com colônia de férias e durante essas férias a gente faz toda uma mudança [...] de planejamento, da programação do CAPS, [...] no sentido de sair mais do CAPS, então, as atividades durante esse período acontece mais fora [...], circulando por outros locais, por outros serviços, por exemplo, como o Parque da Criança, o Plínio Lemos [Complexo Esportivo], Centro de Convivência, o Shopping.[...] Enfim, a gente procura promover [...] a família, a criança e o adolescente programações que façam com que eles circulem por outros ambientes, dessa vez, na companhia da equipe do CAPS, para que a gente possa mostrar que essa circulação é possível, e aí a gente passa todo o restante do ano [...].

incentivando que isso dê continuidade, que isso continue acontecendo (p.19).

Nessa fala, evidencia-se que a ação desses profissionais é movida pela intenção de mostrar aos familiares que é possível incluir as pessoas em situação de sofrimento psíquico em atividades sociais de caráter lúdico, de lazer, contribuindo, desse modo, para sua ressocialização, tendo em vista que muitos desses usuários são oriundos de instituições asilares, que têm como foco a exclusão dos mesmos dessas atividades. Eles compreendem que a inclusão social não é uma ação isolada, do serviço, mas de toda a sociedade e, principalmente, da família, que forma a base das relações humanas.

O medo de circular em ambientes coletivos, como praças, shoppings, parques, é recorrente entre os familiares dos usuários, assim, as atividades assumem a perspectiva de desconstruir o estigma sobre a periculosidade do louco e certo constrangimento dos familiares. Ao se perceberem participando de espaços sociais de convivência de forma tranquila, familiares de usuários percebem que incluir esses sujeitos é uma possibilidade a ser construída.

O investimento do CAPS nessas ações promove a produção de uma nova subjetividade, mais condizente com os paradigmas da reforma psiquiátrica, que deixa de abordar exclusivamente os aspectos internos dos indivíduos para produzir uma relação com os espaços sociais.

O relato da participante mostra, ainda, uma iniciativa válida de buscar fazer uma ligação com a realidade socialmente aceita e praticada, ao estabelecer-se um período de lazer e descanso para que o indivíduo retome as suas atividades, revigorando-o. Os meses de janeiro e julho são propícios para essa ação por coincidirem com o período de férias escolares, após datas festivas como Natal, Ano Novo, São João e São Pedro (estas duas últimas, de grande repercussão no município do estudo). A mudança de planejamento é motivada por uma necessidade de mudança da rotina gerada pelas férias, uma vez que estas representam uma oportunidade de trabalhar as práticas inclusivas extramuros, tendo em vista o momento de socialização que representam.

Os locais escolhidos para as atividades refletem o cuidado de buscar diversificar o ambiente, atendendo às necessidades das distintas faixas etárias, criança, adolescente e adulto, e propiciando a participação de toda a família. O Parque da Criança, o centro esportivo Plínio Lemos, o Centro de Convivência e o Shopping são locais que permitem a socialização, o encontro entre pessoas, integrando usuários, família e amigos, além de possibilitar a atividade corporal e a comunicação.

A importância de promover ações coletivas que envolvam pessoas em sofrimento psíquico e a família é foco que alguns estudos motivados pela consciência do papel que a família assume no tratamento e na responsabilidade que lhe é direcionada. Um exemplo disso foi uma pesquisa realizada em um CAPS, no município de João Pessoa/PB, utilizando a associação livre de palavras, a qual demonstrou que a inclusão do doente mental, seja na própria família ou na sociedade, é vista com ressalvas pelos familiares, sendo associada a questões como educação, lazer, adaptação, medo, rejeição, discriminação, trabalho, impossível, questão social, controle emocional, melhor assistência e convivência (MACIEL *et al.*, 2009). As dificuldades enfrentadas pela família podem interferir ou impedir a reinserção do usuário na comunidade, daí a importância do apoio da equipe à família durante o processo.

Corroborando essa discussão, Feuerwerker e Merhy (2008) revelam que a família assume a principal responsabilidade no cuidado executado em âmbito domiciliar, dispondo de liberdade na composição das tecnologias de cuidado efetivamente utilizadas, ou seja, a família tem um modo próprio de estabelecer o cuidado com o usuário quando este está no âmbito domiciliar. Entretanto, deve-se entender que apenas transferir o cuidado da instituição de saúde para o domicílio, de forma a reproduzir a mesma assistência, torna-se pouco eficaz por causar uma disputa de projetos terapêuticos em que as famílias têm papel definidor. Dessa maneira, excluir ou ignorar a família do processo de reinserção social do usuário pode significar o insucesso da prática.

Contudo, é importante ressaltar que, mais do que promover ações inclusivas do usuário do CAPS, é fundamental garantir sua continuidade para a efetividade de seus resultados. Para tanto, faz-se necessário que a

equipe de saúde promova o acolhimento, de forma a proporcionar um ambiente seguro para que ele se sinta à vontade no processo de reinserção social. O acolhimento é compreendido como um método intercessor, capaz de gerenciar crise, desestabilizando lugares e concepções cristalizadas, atributo das práticas clínicas em saúde mental, realizadas por qualquer membro da equipe (SILVEIRA; VIEIRA, 2005).

Por sua vez, o acolhimento, enquanto um ato de agir, pode atravessar os processos relacionais em saúde, rompendo com os atendimentos tecnocráticos e criando atendimentos mais humanizados (SILVEIRA; VIEIRA, 2005). Indo além, trata-se de uma prática que pode ser reproduzida pela família, que, na qualidade de potencial cuidadora, tem a capacidade de trabalhar com o usuário em atividades rotineiras, em momentos extra CAPS.

A disputa de projetos terapêuticos criada entre a família, no cuidado domiciliar, e a equipe, na instituição, estabelece um espaço de tensão que pode levar à produção de novidades no arranjo tecnológico do trabalho em saúde ou à captura das famílias pelo projeto hegemônico de produção da atenção. Portanto, a tensão é constitutiva desse novo espaço institucional de cuidado e pode ser produtiva, convertendo-se em fator favorável à atenção domiciliar como espaço de “desinstitucionalização”, potencialmente produtora de inovações (FEUERWERKER; MERHY, 2008).

Partindo da premissa de que o cuidado atravessa diversos campos de saberes e práticas, no campo da saúde esse cuidado corresponde a uma complexa trama de atos, procedimentos, fluxos, rotinas, saberes, em um processo dialético de complementação e disputa. Nesse sentido, entende-se que o cuidar em saúde implica uma gestão participativa, na qual sua inexistência representa fragilidade, que mantém o não ordenamento da atenção (SERRANO *et al.*, 2011).

Um facilitador para que essa prática inclusiva acontecesse no município pesquisado se deu pelo fato dos gestores municipais terem contribuído com espaços distribuídos pelos bairros da cidade, o que tem favorecido o trabalho dos profissionais com os usuários nesses locais. Trata-se de áreas amplas e abertas ao público, essenciais para a efetivação das ações.

Desta forma, os profissionais mostram-se motivados para o exercício da inclusão social dos usuários, buscando, nesse momento, trabalhar os estigmas, os preconceitos e a discriminação impregnados historicamente na sociedade, demonstrados através de atos e atitudes e por anos de prisão desses usuários em verdadeiras celas, localizadas, muitas vezes, nas suas próprias residências, escondendo ou mesmo excluindo-os do convívio social, fragilizando, assim, o exercício da cidadania. As falas abaixo reforçam essa discussão:

[...] Por exemplo, a gestão construiu o Plínio Lemos [complexo esportivo] que a gente utilizou, [...] como uma atividade extra CAPS [...], um centro que você pode levar a criança para observar, para brincar. É um centro aberto, isso aí favorece também a gente, a desenvolver a nossa prática, como também tem o centro de referências que é da saúde mental que também a gente pode levar o usuário, seja ele criança ou adulto, para desenvolver [...]atividades extras, além do atendimento. (p. 17).

Percebe-se que o desejo que o profissional tem de trabalhar de uma forma diferenciada e integrada, de modo a promover a reinserção social do indivíduo, não é o único elemento envolvido no processo. Pode-se dizer que o processo de reinserção social da pessoa em sofrimento psíquico, promovido pelos CAPS, envolve quatro elementos: o usuário do serviço, o profissional, a família e a gestão. O profissional age como um facilitador do processo, buscando meios de superar as barreiras que separam esses indivíduos de uma vida social, e esses meios devem ser garantidos pela gestão. Quando a gestão está atenta às necessidades da população, ela cria condições para que os profissionais guiem família e usuários na mudança desses paradigmas.

[...] Semana que vem a gente está indo para o Parque da Criança. Lá, existe [...] um local chamado indústria do conhecimento, onde eles oferecem uma biblioteca, brinquedos pedagógicos, oficinas recreativas, acesso à internet. Então, desde o ano passado que a gente tem

levado nossas crianças e adolescentes para lá. E, no início, a gente percebeu que existia uma certa preocupação da equipe de lá, da indústria do conhecimento, em como receber essas crianças e adolescentes [...]. Então, a gente foi levando, foi mostrando que [...] eles poderiam estar frequentando lá, com ou sem a nossa companhia, porque a indústria do conhecimento funciona durante todo o ano, então, nas colônias de férias nós acompanhamos, mas, além das colônias de férias, nós incentivamos que os pais levem [...], que eles frequentem esses locais, como o Shopping. Também existe uma grande dificuldade dos pais de circular em ambientes públicos [...] com essas crianças e adolescentes porque elas acham que vão chamar atenção, que todo mundo vai olhar e que as pessoas não vão aceitar. Então, a gente vem trabalhando que a inclusão social não é só ter o direito de estar na escola, não é só ter o direito [...] de receber atendimento médico [...], mas a inclusão social é poder circular por todos esses ambientes sociais. (p. 18).

O discurso acima remete a duas questões relevantes: a primeira diz respeito à preocupação de incluir os jovens em espaços de aprendizado. Considerando que o ser humano é um ser em constante construção, ignorar suas necessidades de aprendizado e de acompanhamento tecnológico é também aprisioná-lo e excluí-lo. Uma debilidade emocional ou psíquica não significa incapacidade de aprendizado ou relacionamento, e promover a inclusão digital é incluí-lo no mundo, já que este está interligado pelos meios de comunicação, principalmente pela internet.

Um ponto interessante ao tratar da internet é que ela possibilita que diferentes sujeitos se conectem e compartilhem experiências sem que uma imagem ou diagnóstico seja considerado, ou seja, a internet veste o indivíduo em um mundo que lhe permite atuar sem prejulgamentos, rompendo barreiras e possibilitando uma visão de mundo diferenciada.

O segundo ponto relevante, concebido nas falas dos entrevistados, foi a dificuldade de aceitação da

sociedade perante a participação dos usuários do CAPS nos espaços coletivos. Primeiramente, visualizou-se o receio por parte da equipe em receber os jovens, depois, a dificuldade da própria família em circular com eles em espaços públicos, como shopping. Diante disso, percebe-se a importância da realização dessas práticas inclusivas do CAPS, pois é saindo dos limites da instituição que as barreiras se apresentam, e é essa a oportunidade de trabalhar com todos os envolvidos, sejam os profissionais de outras áreas, a família, a população ou os próprios usuários que vão também aprender a lidar com a situação.

Outra importante consideração é o reconhecimento de atividades inclusivas como mecanismos não apenas de viabilizar direitos (maior horizonte do conceito), mas de criar e favorecer esse espaço de sociabilidade a partir da circulação nos espaços de convivência das cidades. Para além de ‘ircular’ nos espaços, faz-se necessário ocupar seus equipamentos sociais e integrá-los ao conjunto das experiências dos usuários e familiares.

Sobre a ocupação dos espaços, o depoimento sugere a visita a museus e a participação dos usuários em atividades culturais.

Sim, por exemplo, [...], a gente saia daqui às 2hs [...], de 15 em 15 dias, para o museu da cidade, [...] então eles chegavam lá, olhavam a exposição, a menina que trabalha no museu faz uma oficina com eles, conta uma história, bota para pintar, então isso é incluir [...]. (p. 02).

Os vários equipamentos sociais do município vêm sendo constantemente utilizados pelos profissionais, possibilitando as atividades inclusivas no lazer e na cultura. Isso mostra que eles têm uma visão ampliada da inclusão, pois suas ações demonstram que querem provocar rupturas nos preconceitos, seja do próprio familiar, da sociedade ou mesmo dos outros profissionais que atuam nos serviços.

A construção de arranjos intersetoriais no campo da saúde mental tem sido um imperativo nas estratégias de gestão e de cuidado direcionadas aos usuários da saúde mental. Nesse lastro, as ações e/ou parcerias

com equipamentos culturais têm se tornado o principal mecanismo de inclusão. Na verdade, chama-se atenção para a criação de uma ‘cultura’ em que os usuários façam parte dos circuitos das cidades, participando ativamente das manifestações culturais. Nessa perspectiva, tem-se efetivado nos serviços CAPS do município pesquisado a criação de feiras, mostras artísticas e culturais de trabalhos produzidos pelos usuários e seus familiares, nos respectivos serviços.

No entanto, as atividades extra CAPS encontradas nesse estudo só estão sendo possíveis devido à existência dos espaços públicos que a gestão municipal tem construído e disponibilizado, como os já citados Complexo Esportivo Plínio Lemos, Parque da Criança e Museus da cidade. Tais ambientes sociais contribuem para a circulação das pessoas em sofrimento psíquico e favorece o cumprimento do direito de cidadão. Na contemporaneidade, esses serviços funcionam com uma estrutura inclusiva e com profissionais que atuam no seu interior, com uma postura aberta para trabalhar com a saúde mental.

As falas dos entrevistados nos revelaram existir um local chamado indústria do conhecimento, no parque da criança, abastecido com equipamentos, insumos e profissionais que têm contribuído para a efetivação das ações inclusivas, mas também existem alguns espaços nos museus da cidade em que são disponibilizados ambientes e profissionais que atuam sob essa mesma perspectiva inclusiva.

Silveira e Vieira (2005) revelam que as estratégias dos dispositivos de atenção psicossocial com os serviços de base territorial estão cada vez mais presentes, assim, os recursos disponíveis na comunidade devem ser instrumentalizados a fim de propiciar respostas ao sofrimento psíquico dos sujeitos, possibilitando novos contratos sociais, transformadores de realidades subjetivas.

É importante revelar que este estudo não difere de uma pesquisa realizada no município de Blumenau/SC, que utiliza um programa de rádio como estratégia de inclusão social para pessoas em sofrimento psíquico que frequentam o CAPS II.

Tal programa vai ao encontro dos objetivos da reforma psiquiátrica, que preconiza a saída dos

espaços de isolamento, como os manicômios para a comunidade, em dispositivos como os Centros de Atenção Psicossocial. A experiência do programa propõe-se ir além dos serviços públicos de atendimento, e o tratamento não ficando centralizado em um único espaço (CAPS) e não fica restrito a técnicas definidas como ‘psi’ e sim descentraliza as ações para outros segmentos, incluindo os portadores de transtorno mental nos mais variados instrumentos e espaços comunitários, oferecendo condições de cidadania e realizando de fato a inclusão social. (SOUSA, 2011, p. 12).

O estudo de Sousa (2011) também revelou que a experiência extra CAPS desenvolvida com os usuários promoveu a inclusão social na medida em que tal ação fez com que os participantes rompessem barreiras e preconceitos, superassem seus limites e vislumbrassem possibilidades, para as quais eles mesmos acreditavam não ter capacidade. Para a autora, os usuários:

[...] apresentaram modificações importantes, expresso na postura física, no orgulho de fazer parte, em estar presente, na satisfação de ser o assunto e de ter assunto, de falar em público sem dificuldade ou timidez, de não ter receio da opinião alheia, reafirmando que o portador de transtorno mental deve estar inserido no contexto comunitário. (SOUSA, 2011, p.09).

Outra experiência que confirmou os avanços na atenção psicossocial foram as oficinas realizadas em Castro/PR, cujo objetivo era promover a saúde mental e a inclusão social através da musicoterapia. Esse trabalho investigativo, pelo caráter de sondagem da vivência musical de cada participante da oficina, busca valorizar as particularidades de cada usuário do CAPS a partir de jogos de ritmo, de aquecimento vocal, de relaxamento, de percepção ativa, além do canto propriamente dito (LEANDRO *et al.*, 2006).

Para Leandro *et al.*, (2006), o mesmo projeto também se propôs a desenvolver um trabalho com flauta doce. Percebeu-se que as reações das pacientes foram

sempre de satisfação, de alegria e de entusiasmo. A autoestima desenvolvida pela capacidade de produzir sons pode ser ilustrada com a iniciativa das alunas de convidar membros de suas famílias e grupos do CAPS para ouvir as músicas tocadas por elas, demonstrando o poder da música como fator de inclusão social.

Compreende-se que, a partir da realidade do município pesquisado, bem como das experiências explicitadas por outras pesquisas, há uma diversidade de atividades de caráter inclusivo nos serviços substitutivos, ações de inclusão tendo a via do trabalho (inclusão produtiva) e a mais ressaltada em todas as experiências, inclusive nas nossas, que são as ações de caráter cultural de inserção nos espaços sociais de convivência, como estratégia de desconstrução do modelo segregador, formando a base para uma ‘nova’ cultura de inclusão.

Existe uma preocupação em não reproduzir o modelo manicomial, seja através da institucionalização dos CAPS, da produção de novas cronicidades que se anunciam na retenção de usuários ou em modos de gestão resistentes em operar para fora do serviço. Tal fato alerta para a necessidade de expansão e articulação da rede substitutiva e, com isso, de fortalecer cada vez mais o CAPS como organizador da rede de cuidados em saúde mental, que funcione, preferencialmente, na interface com a comunidade, potencializando os recursos de suporte social existentes (DIMENSTEIN, 2006).

Para o efetivo processo de reinserção social do usuário do CAPS, faz-se necessária uma união envolvendo gestão, equipe de saúde, usuário e sua família, buscando um trabalho conjunto, cada um em sua esfera de participação, tendo em vista a compreensão das diretrizes de universalização, territorialização e integralidade das ações e do acesso aos serviços de saúde mental, como um referencial de ação para produção da saúde no campo da atenção psicossocial.

Essas ações estão voltadas para a desconstrução da cultura institucional, o que pede aos profissionais de saúde, fundamentalmente, que pautem suas ações nas necessidades de saúde da comunidade e não em soluções tecnicistas, medicalizadas e institucionalizadas. Esse engajamento é fundamental para o sucesso da construção de novas relações entre o serviço e a comunidade (SILVEIRA; VIEIRA, 2005).

Diante desse estudo, viu-se que a inclusão funcionou no sentido de valorizar os relacionamentos afetivos entre todos os envolvidos no cuidado em saúde, de modo a favorecer uma cultura de inclusão. Entende-se que a instituição cumpre seu papel no contexto da Reforma Psiquiátrica, promovendo saúde mental a partir da inserção social.

Considerações Finais

As práticas inclusivas são estratégias articuladas entre os profissionais que atuam nos serviços substitutivos da saúde mental e os setores da sociedade, visando a reinserir a pessoa em sofrimento psíquico ao convívio social. Os usuários, uma vez em tratamento e acompanhamento pelo CAPS, necessitam de estímulos para que ‘reaprendam a viver’, de forma tal que não deixem que o sofrimento ou o transtorno psíquico causem, além da exclusão social, uma limitação física.

Logo, entende-se que cultivar práticas inclusivas dentro dos limites das instituições é controverso e de baixo impacto quando se pretende que o usuário do CAPS torne-se novamente um cidadão, deixando de ser estigmatizado como um peso social. Promover o empoderamento dentro da realidade de cada um é o objetivo dessas ações, que utilizam recursos culturais para retirar esses indivíduos e seus familiares do cárcere de suas próprias mentes.

Cabe enfocar o quanto difícil é trabalhar com pessoas que sofrem de distintos sofrimentos psíquicos, com sintomas que rompem sua ligação com o real, contudo, os benefícios que eles têm ao desfrutarem a possibilidade de participar de práticas inclusivas intra e extramuros são imensos. Essas ações não prometem a cura, mas buscam uma melhor qualidade de vida para os usuários do CAPS, que, por sua vez, revelam possibilidade de perceber o seu papel na sociedade, compreendendo as relações humanas, descobrindo habilidades antes desconhecidas.

As colônias de férias promovidas pelo CAPS do município de Campina Grande/PB utilizam recursos da cidade, como parques, museus e shopping, para que, de forma descontraída, os usuários e a família quebrem

as barreiras dos preconceitos impostos a si mesmos e passem a encarar com naturalidade momentos de lazer como esses.

O novo olhar direcionado aos usuários do CAPS exige a participação familiar, pois, à exceção de casos particulares, a família é o primeiro ciclo social do qual o indivíduo participa, e promover sua adaptação sem o apoio da família às práticas inclusivas é uma ação falha, diretamente ligada ao insucesso.

O artigo sinaliza para a importância do compromisso da gestão com a promoção da reinserção social da pessoa em sofrimento psíquico, a partir da construção de espaços de interações coletivas, provendo ferramentas para usos diversos no trabalho com os usuários, assim como estímulos e divulgação dos projetos associados à

saúde mental, sensibilização da população no apoio aos usuários do CAPS, além do olhar voltado para os profissionais que lidam com essa realidade, promovendo capacitações e eventos na área.

Sob essa perspectiva, observa-se que viver é aprender a superar dificuldades, dificuldades essas que, para a pessoa em sofrimento psíquico, podem estar associadas a um simples passeio ao shopping. Dessa forma, as estratégias de inclusão desse usuário visam a impulsioná-lo a viver melhor, a auxiliá-lo a lidar com seus medos, vergonhas e com a discriminação que lhe é imposta. A sociedade precisa aprender a vê-lo nas ruas e entendê-lo nas suas particularidades, sem excluí-lo. Para isso, ele tem que aprender a assumir o seu papel na comunidade.

Referências

- ANDRADE, L. O. M. (org.) et al. *O SUS e a Terapia Comunitária*. Fortaleza: Ministério da Saúde, UFC, 2008. 69p.
- BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Ed. rev. e atual. Lisboa: Editora 70, 2011. 280p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portal Saúde: CAPS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33882>. Acesso em: 17 fev. 2012.
- DIMENSTEIN, M. O desafio da política de saúde mental: a (re) inserção social dos portadores de transtornos mentais. *Revista de Saúde Mental e Subjetividade da UNIPAC*, Barbacena, v. 4, n. 6, p. 69-82, jun. 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272006000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 fev. 2012.
- FEUERWERKER, L. C. M; MERHY, E. E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. *Revista Panamericana de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n.3, p. 180-188, set 2008. Disponível em <<http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-4989200800090004&lng=en>. Acesso em 17 fev. 2012.
- LEANDRO, J. A. et al. *Promoção da Saúde Mental: Música e Inclusão Social no Centro de Atenção Psicossocial de Castro/PR*. Revista Conexão, Ponta Grossa, n. 3, p. 59-63, 2011. Disponível em: <<http://www.uepg.br/revistaconexao/revista/edicao03/artigo13.pdf>>. Acesso em: set. 2010.
- MACIEL, S. C. et al. Reforma psiquiátrica e inclusión social: un estudio con familiares de enfermos mentales. *Psicología ciencia e profesión*, Brasília, v. 29, n. 3, p. 436-447, set. 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932009000300002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 fev. 2012.
- MACHADO, E. V. A Formação do Sujeito como Ser de Relações. *Notandum Libro*, Porto, n. 12,, p. 31-36, 2009. Disponível em: <http://www.hottopos.com/notand_lib_12/edileine.pdf>. Acesso em: 30 maio 2012.
- NUNES, M; JUCÁ, V. J; VALENTIM, C. P. B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n.10, p. 2375-2384, out. 2007. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001000012&lng=en>. Acesso em: 24 jan. 2012.
- ONOCKO-CAMPOS, R. T; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema único

- de saúde. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.22, n.5, p. 1053-1062, 2006.
- RABELO, A. R. et al. *Um manual para o CAPS: Centro de Atenção Psicossocial*. Salvador: Departamento e Neuropsiquiatria da UFBA, 2005. 250p.
- ROZEK, M. A Educação Especial e a Educação Inclusiva: reflexões necessárias. *Revista Eletrônica do Mestrado em Educação Ambiental*, Rio Grande, v. 1, p. 164-183, 2009. Disponível em: <<http://online.unisc.br/seer/index.php/reflex/article/viewFile/918/665>>. Acesso em: 01 jun. 2012.
- SERRANO, R. M. S et al (org). *Gestão em sistemas e serviços de saúde: abordagens temáticas*. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2011. 213p.
- SILVEIRA, D. P.; VIEIRA, A. L. S. Reflexões sobre a ética do cuidado em saúde: desafios para a atenção psicossocial no Brasil. *Estudos e pesquisa em psicologia*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 92-101, jun. 2005. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812005000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 22 fev. 2012.
- SILVA, J. M. *A autonomia da escola pública*. 9. ed. Campinas: Papirus, 2006. 147p.
- SILVA, T. J. *Imagens e Narrativas: a outra desinstitucionalização da loucura*. 2004. 316f. Tese (Doutorado) - Universidade de Barcelona, Barcelona, Espanha, 2004.
- SOUZA, A. M. Programa de Rádio 'Mentes e Vertentes': a experiência dos Usuários do CAPS II De Blumenau. *Revista Eficaz – Revista científica online*, Maringá, PR, n. ?, 12 f., 2011. Disponível em: <<http://www.institutoeficaz.com.br/revistacientifica/wp-content/uploads/2011/02/Alessandra-Souza-corrigido.pdf>>. Acesso em: 16 fev. 2011.
- TANAKA, O. Y; RIBEIRO, E. L. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2. p. 477-486, abr. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000200016&lng=en>. Acesso em: 24 jan. 2012.

Recebido para publicação em Fevereiro/2012
Versão definitiva em Agosto/2012
Suporte financeiro: não houve
Conflito de interesse: inexistente