

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ELISÂNGELA BRAGA DE AZEVEDO

**REDE DE CUIDADO DA SAÚDE MENTAL: TECENDO PRÁTICAS DE INCLUSÃO
SOCIAL NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE – PB.**

**JOÃO PESSOA-PB
2010**

ELISÂNGELA BRAGA DE AZEVEDO

**REDE DE CUIDADO DA SAÚDE MENTAL: TECENDO PRÁTICAS DE INCLUSÃO
SOCIAL NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE – PB.**

Dissertação apresentada a Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Nível Mestrado do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – Campos I, como requisito para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem, área de concentração Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de pesquisa: políticas e práticas em saúde e enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Maria de Oliveira Ferreira Filha

JOÃO PESSOA-PB

2010

A994r Azevedo, Elisângela Braga de.
Rede de Cuidado da Saúde Mental: tecendo práticas de inclusão social no município de Campina Grande-PB. / Elisângela Braga de Azevedo.- João Pessoa, 2010.
144p. : il.
Orientadora: Maria de Oliveira Ferreira Filha.
Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCS.

1.Enfermagem. 2.Saúde Mental - Serviços. 3.Sofrimento Psíquico.

ELISÂNGELA BRAGA DE AZEVEDO

**REDE DE CUIDADO DA SAÚDE MENTAL: TECENDO PRÁTICAS DE INCLUSÃO
SOCIAL NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE – PB.**

Data da aprovação: __/__/__

Banca Examinadora

Profa Dra. Maria de Oliveira Ferreira Filha
Orientadora
(UFPB)

Prof. Dra. Inácia Sátiro Xavier de França
Membro Externo
(UEPB)

Profa Dra. Jordana de Almeida Nogueira
Membro Interno
(UFPB)

Prof. Dr. Francisco Arnaldo Nunes de Miranda
Membro Externo
(UFRN)

Dedico a minha mãe, Antonia Braga que na sua simplicidade me ensinou a ser justa, determinada e me guiou ao melhor caminho: a enfermagem e aos estudos.

AGRADECIMENTOS

A Deus que, desde o momento da seleção do mestrado, me afirmou que esse seria o melhor caminho a seguir, sem ELE, não teria enfrentado esse desafio.

À minha família, que sempre acreditou e vibrou diante de cada conquista ou cada desafio vencido, especialmente minha mamãe, minha irmãs: Bete, Laine e Lena, minha sobrinha Aluska e meus cunhados: Robélio, Fernando e Ismael.

Ao meu Gato Marido, Wilson Bonfim, pelo companheirismo, ajuda nos momentos de angústias e por entender que precisava desse tempo para os estudos. Amo você!

Aos meus filhos lindos, Vítor e Jade que compreenderam minhas ausências para me dedicar a esse projeto de vida, por entender os momentos que tive que estar perto e ao mesmo tempo longe. Amo vocês, meus amores.

A Maria Filha, por ter me acolhido, por saber entender o meu tempo de aprendizagem e aproximação com este novo campo de conhecimento que mergulhei, no caso, a saúde mental, à qual fez me apaixonar. Agradeço a Deus a todo o momento por ter tido você como mestra. Te amo, visse!

Aos meus amigos Mestres e Doutores, Renatinha, Claudinha, Rafinha, e Gil, pelo incentivo no momento que mais precisei, e por acreditarem que eu daria conta da vida acadêmica.

Às minhas amigas Rafaela e Priscilla. Loucas e apaixonadas pela Saúde Mental, me contagiaram e me fizeram mergulhar neste OCEANO, do qual não quero mais sair.

Às amigas que vibraram comigo todo o período da seleção, Poly, Regina e Janine. Vocês fazem parte de minha vida, uma desde a infância, outra na

adolescência e outra na fase adulta, portanto, também são responsáveis por minha estrutura psíquica. Olha a responsabilidade!

À equipe da UBSF Tambor I, em especial aos Agentes Comunitários de Saúde, Cristina, Sebastião, Maria José, Francinete e Mônica Selma que fizeram a comunidade entender minhas ausências, dando todo suporte assistencial quando necessário. Nunca me esquecerei de vocês.

A todos os professores que contribuíram com a minha trajetória no mestrado e minha formação docente: Neusa, Claudia, Solange Costa, Wilma, Júlia, Antonia, Regina, Rodrigo e, em especial, a Profª Lenilde que me acolheu no momento oportuno, depositando confiança ao ter me dado a carta de aceite para concorrer ao processo seletivo.

À Profª Jordana, que se dispôs a acompanhar-me desde a qualificação do Projeto, ajudando-me na condução desse trabalho e contagiando-me com sua postura acolhedora.

À Profª Inácia, pela sua simplicidade, sabedoria e pela grande contribuição na construção desta dissertação. Você sempre foi um exemplo de superação para mim.

Ao Profº Francisco Arnoldo, pela sua contribuição tão oportuna e precisa, favorecendo que este trabalho adquirisse mais qualidade.

Aos meus colegas de mestrado que tive o prazer de conhecer e que compartilharam comigo tantas preocupações e alegria. Boa sorte a todos na vida docente.

Aos profissionais da rede de atenção à saúde mental do município de Campina Grande, que me acolheram tão bem, e que, através de suas vivências, possibilitaram que eu me tornasse uma pessoa melhor. Parabéns a todos por cuidarem tão bem daqueles usuários.

A todos aqueles que, direta e indiretamente, torceram para que eu alcançasse este objetivo.

Meus sinceros agradecimentos!

“Não é o desafio com que nos deparamos que determina quem nós somos e em que estamos nos tornando, mas a maneira como respondemos ao desafio. E, enquanto acreditarmos no nosso sonho, nada será por acaso.”

Autor desconhecido.

AZEVEDO, Elisângela Braga. **Rede de Cuidado na Saúde Mental**: tecendo práticas de inclusão social no município de Campina Grande - PB. 2010. 144f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2010.

RESUMO

A atual rede de atenção à saúde mental, representada pelos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, é uma estratégia para a mudança do modelo hospitalocêntrico para o comunitário. Tais serviços atuam na perspectiva de promover a reabilitação psicossocial e a inclusão das pessoas em sofrimentos psíquicos no trabalho, na educação, no lazer, na sociedade, dentre outros setores, favorecendo a recuperação ou construção da cidadania. Este estudo objetivou conhecer as práticas de inclusão social desenvolvidas por profissionais da rede de cuidado em saúde mental extra-hospitalar para pessoas em situação de sofrimento psíquico, tendo em vista os avanços ocorridos com a implementação da reforma psiquiátrica no município de Campina Grande – PB. Trata-se de uma pesquisa descritiva - interpretativa de abordagem qualitativa, realizada com 19 profissionais que atuam na rede de cuidado da saúde mental. O material empírico foi produzido por meio de entrevista semiestruturada, no período de junho a julho de 2010. A análise do material fundamentou-se na técnica de análise de conteúdo tipo categorial temática proposta por Bardin, que resultou em três unidades temáticas: concepção dos profissionais sobre inclusão social; práticas de inclusão social: favorecendo a intersetorialidade e a integralidade do cuidado em saúde mental e estratégias políticas gerenciais que facilitam e dificultam a promoção de práticas inclusivas na rede de atenção à saúde mental. Este estudo possibilitou uma reflexão sobre as diferentes práticas que vêm sendo realizadas no município e tornam visível avanços que ocorreram em direção a consolidação da reforma psiquiátrica. As práticas identificadas favoreceram a articulação da saúde mental com outros setores da sociedade, seja educação, cultura, a economia, criando redes sociais. Foram apontadas como fragilidades a serem vencidas, a escassez de recursos financeiros e materiais e o preconceito da sociedade, de profissionais e instituições em relação ao doente mental. Como fatores facilitadores para o avanço da reforma, foram evidenciados: o trabalho interdisciplinar, a colaboração intersetorial, o apoio dos gestores municipais para a capacitação das equipes que atuam na atenção psicossocial, na atenção básica e em outros setores da rede de cuidado. Conclui-se que o município avançou na reforma psiquiátrica e vem consolidando o modelo de saúde mental comunitária, apesar de obstáculos os quais ainda persistem, mas podem ser vencidos.

Palavras – chave: Enfermagem. Serviços de Saúde Mental. Sofrimento Psíquico.

AZEVEDO, Elisângela Braga. **Rede de Cuidado na Saúde Mental: tecendo práticas de inclusão social no município de Campina Grande – PB.** 2010. 144f. Dissertation (Masters in Nursing) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2010.

ABSTRACT

The current mental health care network, represented by substitutes services for psychiatric hospital, is a strategy for changing the hospital – centered model for the community. These services operate from the perspective of promoting the rehabilitation of people suffering mental work, in education, recreation, society, among other sectors, encouraging the rehabilitation or construction of citizenship. This study investigated the practices of social inclusion developed by mental health care network professionals for people suffering psychological distress in view of the progress made with implementation of psychiatric reform in Campina Grande – PB. This is a descriptive research – qualitative interpretive approach, conducted with 19 professionals who work in the care of mental health. The empirical data were obtained through semi – structured interview, during June – July 2010. The data analysis was based on the technique of content analysis categorical theme proposed by Bardin, which resulted in three thematic units: design professionals on social inclusion, social inclusion practices: encouraging intersectoral and comprehensive care in mental health and, strategies managerial policies that facilitate and hinder the promotion of inclusive practices in the mental health care network. This study suggests a reflection on the different practices that have been conducted in the municipality and make visible advances occurring toward the consolidation of the psychiatric reform. The practices identified favored the linkage between mental health and other sectors of society, is education, culture, economy, creating social networks. Were identified as weaknesses to overcome the shortage of financial and material resources and social, institutional and professional prejudice for the mentally ill. The facilitating factors for the advancement of reform were highlighted: the interdisciplinary work, intersectoral collaboration and support of municipal managers to train teams who work in psychosocial care, in primary care and other sectors of the care network. It is concluded that the council has made progress in psychiatric reform and has been consolidating the community mental health model, despite the obstacles which still persist, but can be overcome.

Keywords: Nursing. Services Mental Health. Psychological Stress.

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE ABREVIATURAS

CAPÍTULO 1

1. INTRODUÇÃO 17

1.2 OBJETIVOS 21

CAPÍTULO 2 22

2. REVISÃO DA LITERATURA 23

2.1 – A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL E A REFORMA DA ASSISTÊNCIA PSQUIÁTRICA. 23

2.2 A REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL: O TERRITÓRIO COMO DESAFIO 28

2.3. A SAÚDE MENTAL EM CAMPINA GRANDE: CONTEXTO HISTÓRICO E POLÍTICO 34

2.4. A INCLUSÃO SOCIAL COMO DESAFIO DA INTERSETORIALIDADE 41

CAPÍTULO 3 47

3. ASPECTOS METODOLÓGICOS 48

3.1 TIPO DE ESTUDO 48

3.2 CENÁRIO DE ESTUDO 50

3.3 CARACTERIZANDO OS SUJEITOS DO ESTUDO 54

3.4 INSTRUMENTOS E TÉCNICAS DE PRODUÇÃO DO MATERIAL EMPÍRICO 55

3.5 INSERÇÃO NO CENÁRIO DA PESQUISA 55

3.6 TÉCNICAS DE ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO 56

3.7 ASPÉCTOS ÉTICOS 59

| | |
|--|-----|
| CAPÍTULO 4 | 60 |
| 4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DO MATERIAL EMPÍRICO | 61 |
| 4.1 UNIDADE TEMÁTICA I – CONCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS SOBRE INCLUSÃO SOCIAL | 61 |
| 4.2 UNIDADE TEMÁTICA II – PRÁTICAS DE INCLUSÃO SOCIAL: FAVORECENDO A INTERSETORIALIDADE E A INTEGRALIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL | 66 |
| 4.3 UNIDADE TEMÁTICA III – ESTRATÉGIAS POLÍTICAS GERENCIAIS QUE FACILITAM E DIFICULTAM A PROMOÇÃO DE PRÁTICAS INCLUSIVAS NOS REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL DE CAMPINA GRANDE – PB. | 102 |
| CAPÍTULO 5 | 121 |
| 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 122 |
| REFERENCIAS | 128 |
| APÊNDICES | 139 |
| APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA | 140 |
| APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO | 141 |
| ANEXOS | 143 |
| ANEXO – CERTIDÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA | 144 |

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: MAPA DA PARAÍBA E A LOCALIZAÇÃO DO MUNICÍPIO ESTUDADO

FIGURA 2: DIVISÃO DOS DISTRITOS SANITÁRIOS DE CAMPINA GRANDE – PB

LISTA DE TABELA

TABELA I: DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIÇOS EXTRA-HOSPITALAR DE SAÚDE MENTAL POR DISTRITO SANITÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS

| | |
|---------|---|
| ABS | Atenção Básica Saúde |
| AB | Atenção Básica |
| ANDE | Agência Nacional de Desenvolvimento |
| AAC | Associação Arte e Convívio |
| ACS | Agente Comunitário de Saúde |
| CRAS | Centro de Referência de Assistência Social |
| CREAS | Centro de Referência Especializado de Assistência Social |
| CAPS | Centro de Atenção Psicossocial |
| CSM | Centros de Saúde Mental |
| CAPSad | Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e outras Drogas |
| CAPSi | Centro de Atenção Psicossocial infantil |
| CEP | Comitê de Ética em Pesquisa |
| CNSM | Conferência Nacional de Saúde Mental |
| ESF | Estratégia Saúde da Família |
| ECA | Estatuto da Criança e do Adolescente |
| FIOCRUZ | Fundação Oswaldo Cruz |
| GAPH | Grupo de Acompanhamento da Assistência Psiquiátrica Hospitalar |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| ICANERF | Instituto Campinense de Neuropsiquiatria e Reabilitação Funcional |
| MTE | Ministério do Trabalho e Emprego |
| MTSM | Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental |
| MS | Ministério da Saúde |
| NOB | Norma Operacional Básica |
| NASF | Núcleo de Apoio à Saúde da Família |
| NAPS | Núcleos de Atenção Psicossocial |
| NAP | Núcleo de Atendimento Psiquiátrico |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| OPAS | Organização Panamericana de Saúde |

| | |
|-----------------|--|
| PACS | Programa de Agente Comunitário de Saúde |
| PSF | Programa Saúde da Família |
| PaqTc-PB | Fundação Parque Tecnológico da Paraíba |
| PVC | Programa de Volta para Casa |
| PNASH | Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares |
| PRH/Psiquiatria | Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS |
| UBSF | Unidades Básicas de Saúde da Família |
| UBS | Unidades Básicas de Saúde |
| URSM | Unidade de Referência em Saúde Mental |
| UFCG | Universidade Federal de Campina Grande |
| UFPB | Universidade Federal da Paraíba |
| SENAI | Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial |
| SES | Secretaria Estadual de Saúde |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| SMS | Secretaria Municipal de Saúde |
| SAMU | Serviço de Atendimento Móvel de Urgência |
| SENAC | Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial |
| ISEA | Instituto Elpídio de Almeida |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UNESCO | Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura |

CAPÍTULO 1

1. INTRODUÇÃO

A temática desta pesquisa empírica exige uma narrativa histórica sobre a origem da psiquiatria e suas formas de tratamento da doença mental. Entende-se que o contexto histórico ajuda-nos a compreender os diversos momentos da trajetória da psiquiatria e de sua inserção atual no campo da atenção psicossocial.

Revisitando a literatura sobre o tema, constata-se que a psiquiatria nasceu no séc. XIX e, por mais de dois séculos, vinculou-se a uma prática asilar, segregadora e excludente. Nessa época, as pessoas consideradas loucas eram tidas como insanas, insensatas, incapazes e irresponsáveis. A assistência oferecida comparava-se ao sistema carcerário, por apresentar atitudes correcionais e penitenciais severas, mas, também, por ser fundada na vigilância, no controle, na disciplina, que punia e reprimia seus pacientes. O modelo psiquiátrico de tratamento baseava-se, exclusivamente, na aplicação de medidas de contenção do comportamento desviante, passando pelo tratamento moral e posteriormente pela lobotomia, eletroconvulsoterapia e insulino-terapia. Com a descoberta dos psicotrópicos, no séc. XX, inicia-se o caminho da medicamentação dos sintomas da loucura (AMARANTE, 2008; FOUCAULT, 1978).

No Brasil, não diferente de outros países europeus, o modelo psiquiátrico de assistência foi supervalorizado com a criação dos hospitais psiquiátricos, gerando internação prolongada e consequências graves para a vida dos internos. Além disso, os maus tratos e a falta de resolutividade levaram este modelo a apresentar sinais de esgotamento. Com a redemocratização política nacional, os trabalhadores dos hospitais psiquiátricos, indignados com o descaso com que a psiquiatria tratava os “doentes mentais”, começaram a denunciar as péssimas condições às quais eram submetidos os pacientes nessas instituições, considerados manicômios (JORGE *et al*, 2003).

Durante pelo menos duas décadas, 1970 e 1980, o setor de saúde foi marcado pelo Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental – MTSM, o qual exigia do governo uma inversão de investimentos que priorizasse a saúde pública e a medicina preventiva e social. Predominava, na época, a medicina curativa, calcada em serviços de saúde hospitalares com forte investimento no setor privado. Tal movimento levou adiante suas reivindicações, construindo paulatinamente o

caminho da luta política e ideológica em favor da justiça e equidade no setor da saúde.

A década de 1980 foi o ápice das denúncias do MSTM sobre os maus tratos sofridos pelos pacientes internados nos hospitais psiquiátricos, péssimas condições de higiene e pouca ou nenhuma resolutividade destes serviços. As denúncias exigiam que o governo tomasse alguma decisão em favor da reforma da assistência psiquiátrica e em 1987 foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental, que consolidando a luta do MTSM. Este movimento amplia-se e incorpora usuários, familiares e amigos de “doentes mentais”, passando, em 1987, a ser conhecido como Movimento da Luta Antimanicomial, cujo lema era “por uma sociedade sem manicômios”.

Nos anos de 1990, realizou-se a II Conferência Nacional de Saúde Mental, na qual os trabalhadores desse campo, familiares e os usuários dos serviços de saúde mental exigiam do governo a implantação da Reforma Psiquiátrica no país como forma de restituir o direito ao cuidado.

A Reforma Psiquiátrica colocou em cena novas discussões e novas formas de se pensar a saúde e a doença mental, bem como sua relação com a sociedade. Os debates instigavam também reflexões sobre as relações de trabalho e a prática profissional, com a finalidade de encontrar uma melhoria na qualidade de assistência em saúde mental oferecida. Emergiram novos serviços na rede de cuidados como os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS e Núcleos de Atenção Psicossocial - NAPS, hospitais dia, Centros de Convivência, além de novas práticas que buscavam a reabilitação e a inclusão do “doente mental” na família e na sociedade.

Ainda na década de 1990, vários estados e municípios brasileiros, impulsionados pelo movimento antimanicomial, criaram e aprovaram projetos de lei da Reforma Psiquiátrica e iniciaram a implantação do novo modelo de assistência psiquiátrica, o qual priorizava a desospitalização, a desinstitucionalização e cuidado extra-hospitalar através dos CAPS.

É importante lembrar que apesar dos documentos internacionais, como a Declaração de Caracas de 1990, assinada pelo Governo Brasileiro e realização da II Conferências Nacional, dos fóruns e das discussões fomentados pelo Movimento Antimanicomial, somente em 2001 foi publicada a Lei nº. 10.216/01 da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que dispõe sobre os direitos do portador de transtorno mental, tornando-se um marco na história da psiquiatria brasileira. Esta lei passou

mais de 10 anos tramitando no Congresso Nacional, teve como autor o Deputado Paulo Delgado. Com a aprovação da citada lei, inicia-se no Brasil o processo de expansão dos CAPS para fortalecer a rede de cuidados ao “doente mental”.

No Estado da Paraíba, a Lei da Reforma Psiquiátrica nº 7.639 foi homologada em 23 de julho de 2004. Porém, Campina Grande com a Lei Municipal da Saúde Mental nº 4.068 aprovada em 2002, antecede o estado (CODECON, 2007).

Este fato gerou mobilização e discussão sobre o modelo de atenção à saúde mental vigente em Campina Grande, fazendo com que gestores e profissionais passassem a refletir sobre os processos de desospitalização e desinstitucionalização.

Impulsionados pela intervenção do Ministério da Saúde - MS no Hospital João Ribeiro por motivo de péssimas condições de higiene, degradação de condições humanas ou mesmo de habilidades terapêuticas, inicia-se o processo de implantação de novos serviços, atendendo os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira e do SUS.

É importante salientar que investimentos foram feitos na qualificação dos trabalhadores de saúde mental, tendo em vista a consolidação do processo de Reforma Psiquiátrica iniciado no município. Entre 2003 e 2006, Campina Grande foi assessorada pelo Ministério da Saúde e atualmente é mencionada em documentos oficiais como uma das experiências exitosas da Reforma Psiquiátrica no cenário nacional.

Esta menção chamou a nossa atenção para averiguar, na atualidade, como encontra-se a rede de serviços de saúde mental no município e, também, sobre os avanços que ocorreram na prática dos profissionais, em busca da consolidação da Reforma Psiquiátrica, ou seja, rumo a desinstitucionalização, reabilitação e inclusão social.

O interesse da mestrandia/pesquisadora em investigar essa temática surgiu a partir da curiosidade e de inquietações pessoais em conhecer as práticas de inclusão social existentes na rede de serviços de saúde mental do município de Campina Grande.

Outro motivador foi à experiência acumulada em onze anos na Estratégia Saúde da Família (ESF), nos quais a convivência com pessoas em situação de sofrimento psíquico na comunidade levava a medos, angústias e anseios na efetivação da assistência prestada. Provavelmente, estes sentimentos ainda são

reflexos dos estágios práticos nos hospitais psiquiátricos, guardados pela memória e que ainda não tinham sido superados.

Em busca da superação destes sentimentos, quis conhecer as práticas de inclusão social oferecidas para os ex-pacientes, pois uma vez que recebem, alta seja da rede hospitalar ou da rede extra-hospitalar, retornam as suas residências, necessitando, de continuidade na assistência à sua saúde, cabendo à equipe do CAPS e da Estratégia Saúde da Família contribuir na operacionalização destas práticas.

Consideramos como prática de inclusão social toda tentativa de resgatar a cidadania dos seus usuários, seja através do acolhimento, da assistência, do resgate ao convívio social, familiar e na sociedade ou através de ações intersetoriais que busquem o cuidado integral para estes sujeitos.

Para Sasaki (1997), a inclusão social pauta-se nos seguintes princípios: celebração das diferenças, direito de pertencer, valorização da diversidade humana, solidariedade humanitária, igual importância das minorias e na cidadania com qualidade de vida, conceituando-a como um processo pelo qual a sociedade se adapta para poder incluir, em seus sistemas sociais gerais, pessoas com necessidades especiais e, simultaneamente, estas se preparam para assumir seus papéis na sociedade.

Dentre as práticas de inclusão social que são possíveis nos serviços de saúde mental, destaca-se: a inclusão no mercado de trabalho, nos esportes, turismo, lazer e recreação, a inclusão nas artes, cultura e religião, a inclusão na educação e nos ambientes físicos (SASSAKI, 1997).

A inclusão social apresenta-se assim como um grande desafio para a Reforma Psiquiátrica. Sua efetivação mostra-se essencial na rede de saúde mental. Partindo do princípio que para incluir é necessário reconstruir vários aspectos da vida das pessoas acometidas pelo sofrimento mental, refletimos sobre a necessidade de profissionais e serviços inclusivistas buscarem a promoção de práticas que proporcionem a efetivação do princípio da cidadania garantido por lei nesse país.

Partindo destas inquietações e reflexões, para nortear a pesquisa, foram elaboradas as seguintes indagações: Como a rede de atenção à saúde mental está tecendo práticas de cuidado para promover a inclusão social das pessoas em situação de sofrimento psíquico? Como os profissionais da rede de atenção da

saúde mental estão enfrentando esse desafio? Qual é a concepção de inclusão social dos profissionais da rede?

Com este estudo, pretendemos mostrar os avanços que ocorreram no município de Campina Grande e ressaltar o trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde mental, gestores e outros profissionais, apesar dos obstáculos a serem vencidos. Evidenciar esse cenário pode fortalecer a formação de novos profissionais para atuar na saúde mental e ajudá-los a superar preconceitos construídos em relação ao doente mental.

1.2 OBJETIVOS:

1.2.1 Geral:

Conhecer as práticas de inclusão social desenvolvidas por profissionais da rede de cuidado em saúde mental extra-hospitalar, para pessoas em situação de sofrimentos psíquicos, tendo em vista os avanços ocorridos com a implementação da Reforma Psiquiátrica no município de Campina Grande – PB.

1.2.2 Específicos

- Conhecer as concepções dos profissionais dos serviços de saúde mental sobre inclusão social, partindo da análise das práticas que eles desenvolvem na rede de cuidados;
- Descrever as práticas de inclusão social desenvolvidas pelos profissionais na rede de cuidado em saúde mental para pessoas em situação de sofrimentos psíquicos, a partir do relato dos mesmos;
- Compreender as dificuldades e facilidades para o desenvolvimento das práticas de inclusão social na rede de cuidado de saúde mental, tomando como pressuposto o fortalecimento do processo de Reforma Psiquiátrica no município.

CAPÍTULO 2

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 – A Política de Saúde Mental no Brasil e a Reforma da Assistência Psiquiátrica.

Nos últimos 20 anos, as políticas de saúde mental em todo o mundo passaram por importantes e significativas modificações, tendo sido influenciadas pelos movimentos reformistas de cunho internacional, iniciados nos anos de 1950 na Inglaterra e França, nos anos 1960 nos Estados Unidos e, posteriormente, em 1970 na Itália. Esses movimentos foram influenciados pelas propostas de medicina preventiva, social, e pelas noções de equipe interdisciplinar e de novos modelos de gerência em saúde (FUREGATO, 2009).

Contudo, nos países do continente americano, nada foi mais convincente para os governos implementarem suas políticas de saúde mental do que a Declaração de Caracas, publicada em 1990, pela OMS/OPS. Tal declaração assinada pelos representantes dos governos dos países da Região das Américas representa um marco fundamental na história da saúde mental no continente, que visou resguardar e ampliar os direitos das pessoas com transtorno mental, recomendando melhores condições para o desenvolvimento de programas descentralizados, participativos e baseados nas necessidades da população (ALVES; COSTA; SCHETCHMAN, 2003).

A Declaração de Caracas rompeu o silêncio dos governantes e das políticas de saúde em relação à saúde mental. Particularmente no Brasil, a declaração ajudou a fortalecer, do ponto de vista legal, as ideias do Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental - MTSM, que, segundo Amarante (2001), foi um dos principais atores no processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Entre os anos de 1978 e 1980, esse movimento passou a protagonizar e a construir a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais.

Entre as décadas de 1960 a 1980, o modelo médico assistencialista privatista solidificou-se como modelo assistencial curativo e não preventivo, individualizado e não coletivo, pois privilegiava a internação hospitalar, elegendo o hospital como local de direito de tratamento. No caso da psiquiatria, praticamente não existia a

assistência ambulatorial, favorecendo, dessa forma, o setor privado na aquisição de leitos e, como consequência, levava à estagnação do setor hospitalar público, o qual apresentava baixa resolutividade e qualidade deficiente na assistência prestada (REIS, 1996).

O MTSM avançou em direção a sua consolidação e em 1987, com a realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental - CNSM abriu um novo horizonte de ações, não apenas para as macrorreformas, mas tendo a preocupação com o “ato de saúde” que envolve profissionais e usuários; não visava apenas à reforma das instituições psiquiátricas, mas a cultura, o cotidiano, as mentalidades, incorporando novos aliados, entre eles, os usuários e seus familiares, seja na relação direta com os cuidadores, ou através de suas organizações, tais aliados passaram a ser verdadeiros agentes críticos e impulsionadores do processo.

O Ministério da Saúde, visando novos avanços na implementação da política de saúde mental, aderiu às recomendações da Declaração de Caracas (1990) e realizou a II Conferência Nacional de Saúde Mental em 1992, tendo sido discutidos grandes temas como: crise, democracia, reafirmação dos princípios da universalidade, equidade, descentralização, participação popular e municipalização do Sistema Único de Saúde - SUS, propondo a substituição do modelo hospitalocêntrico por uma rede de serviços diversificada e qualificada, e a intensificação da desospitalização, na articulação com os recursos existentes na comunidade e o fortalecimento nas relações entre trabalhadores da saúde mental, usuários, família, comunidades e serviços, buscando, assim, a humanização das relações no campo da saúde mental (COSTA- ROSA; LUZIO; YASUI, 2001).

A II Conferência Nacional de Saúde Mental aprova, após uma verdadeira maratona de luta, seu relatório final, o qual sugeria a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais, como também, propunha a regulamentação da internação psiquiátrica involuntária. As formas de atenção à saúde mental foram situadas no centro de um debate político, profissional e civil, cuja proposta fundamentava-se na proibição, em todo território nacional, de construção de novos hospitais psiquiátricos, o que foi aprovado posteriormente no Senado Federal (DESVIAT, 2008).

Quanto à rede de hospitais psiquiátricos, foram contabilizadas 501.660 internações no ano de 1990, e o mais grave, apenas 25% delas aconteceram em centros públicos. Portanto, os distúrbios mentais, nesse período, correspondiam ao

segundo grupo no tocante ao gasto hospitalar estatal e o primeiro da rede privada. Até 1991, havia no Brasil 86 mil leitos em 313 hospitais psiquiátricos e o período de internação caracterizava-se por uma média de 100 dias (BRASIL, 1994; DESVIAT, 2008).

Com a intenção de avançar no novo paradigma de atenção à saúde mental estabelecido neste momento político, em 1993, houve uma redução de quatro mil leitos de hospitais psiquiátricos, sendo fechados nove manicômios particulares, por não oferecerem condições de assistência aos portadores de transtornos mentais. Por outro lado, abriram-se dois mil leitos psiquiátricos nos hospitais gerais (BRASIL, 1994; DESVIAT, 2008).

Gradativamente, foi implementada a reforma, importando em um salto de qualidade após a criação do Grupo de Acompanhamento da Assistência Psiquiátrica Hospitalar (GAPH). Este grupo foi formado por profissionais externos, escolhidos entre associações científicas e por usuários e familiares. Um dos objetivos desse grupo foi realizar supervisões sistemáticas nos serviços, criando mecanismos de avaliação, controle e fiscalização, tendo o poder de descredenciar centros que não obedecessem às normas propostas (BRASIL, 1994; DESVIAT, 2008).

A Reforma Psiquiátrica foi um processo que surgiu concretamente a partir da conjuntura da redemocratização do país, na qual tem como fundamento uma crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também uma crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas e a todo movimento político social que se caracterizou na época (AMARANTE, 2001).

Segundo o Ministério da Saúde, a Reforma Psiquiátrica tornou-se um processo extensivo que se enraíza em setores político, jurídico e social que apresenta em sua essência buscas por leis, normas e mudanças na política, na cultura da família, nas universidades e nos serviços de saúde da sociedade que visem possibilitar mudanças no dia a dia da população brasileira, rompendo desafios, impasses, tensões e conflitos, quer estejam internalizados em cada indivíduo e/ou dentro das instituições (BRASIL, 2005).

Um dos princípios fundamentais adotados na dimensão da Reforma Psiquiátrica foi o movimento realizado pela sociedade, cujo objetivo foi provocar o imaginário social e, conseqüentemente, trazer para reflexão os temas da loucura, da doença mental, dos hospitais psiquiátricos, a partir da própria produção cultural e artística dos atores sociais envolvidos, representados pelos usuários, técnicos,

familiares e voluntários. Desta forma, instituiu-se, posteriormente, o Dia Nacional da Luta Manicomial em 18 de maio, promovendo o debate na sociedade para que todos participem e reflitam sobre a Reforma Psiquiátrica (AMARANTE, 2008).

Após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, em 2001 foi aprovada e sancionada a Lei 10.216/01, da Reforma Psiquiátrica. Tal lei, que teve seu processo de discussão iniciada nos anos 1990, encaminhada pelo deputado Paulo Delgado, somente foi aprovada depois de uma série de debates sobre questões que não foram consideradas relevantes pelo Senado Federal. Contudo, a aprovação da lei consolidou o processo de reforma existente em vários estados da Federação, nos quais já tinham seus projetos de lei aprovados pelas respectivas Assembléias Legislativas. Neste sentido, a citada lei redirecionou o modelo assistencial em saúde mental, dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais.

Ainda em 2001, foi realizada a III CNSM, tendo como tema central das discussões: “Cuidar, sim. Excluir, não”, proposto pela OMS. Esta conferência tornou-se um foro privilegiado, pois discutiu o financiamento das ações de saúde mental, a fiscalização da rede hospitalar psiquiátrica. O ritmo de implantação dos novos serviços extra-hospitalares deu suporte a desospitalização de pacientes com longo tempo de internação e a formação de recursos humanos, entre outras providências (DELGADO, 2005).

No ano de 2002, foi instituído o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria), que se constituiu no primeiro processo avaliativo sistemático e anual dos hospitais psiquiátricos no Brasil e, ainda, o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH). Esses dois programas contribuíram na redução e substituição de leitos psiquiátricos, especialmente aqueles de longa permanência e, conseqüentemente, o fechamento de vários hospitais os quais, naquele momento, apresentavam péssimas condições de funcionamento (BRASIL, 2007). Este programa foi uma ação estratégica forte em direção à desospitalização; contudo, tornava-se premente investir na desinstitucionalização.

De acordo com Hirdes (2009) e Amarante (2002), desinstitucionalizar é tirar o foco das atenções da instituição e transferir para a comunidade ou para outro espaço, ou seja, é deixar de tratar o paciente no manicômio e passar a tratá-lo dentro do seu lugar de origem ou de sua família. Desta forma, as crises mentais de

cada indivíduo são atenuadas, permitindo um processo de reabilitação, podendo reabilitá-lo e inserí-lo na comunidade externa, longe do encontro do indivíduo doente com vários outros, também doentes.

Amarante (2002) complementa com algumas características da desinstitucionalização, assim elucidadas: a busca de liberdade de comunicação, a análise do que acontece na comunidade com cada indivíduo, a tentativa de destruição da relação de autoridade, presentes na instituição, e cuidar dentro da comunidade de acordo com seu dia a dia, havendo a possibilidade de reaprendizagem social e cultural para os profissionais. Assim a terapia deverá se propor a retirar o indivíduo do seu eixo de origem trazendo com isso muitas vantagens para o usuário, o profissional e a sociedade.

Nesta perspectiva, a Reforma Psiquiátrica Brasileira possibilitou novas abordagens, princípios, valores e olhares para as pessoas em sofrimentos psíquicos, impulsionando formas mais adequadas de cuidado para loucura no seu contexto familiar, social e cultural. Os projetos de reforma não são homogêneos, as práticas são executadas conforme a concepção teórica dos trabalhadores de saúde mental, segundo postula Hirdes (2009).

Caracterizam-se, nessa época, dois movimentos simultâneos: “a construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo centrado na internação hospitalar e a fiscalização e redução progressiva e programada dos leitos psiquiátricos existentes”. Assim, a Reforma Psiquiátrica se consolidou como política oficial do Governo Federal (BRASIL, 2007, pág. 09). Expandindo, a rede de cuidado em saúde mental por todo país de forma significativa. Porém nove anos se passaram após a III CNSM, e durante esse período não se realizou mais nenhuma conferência de saúde mental.

Em 2010, através dos movimentos sociais e das lutas dos trabalhadores da saúde mental, retomou-se as conferências municipais, estaduais e federais de saúde mental, o que foi essencial para o fortalecimento da IV Conferência Nacional de Saúde Mental (IV CNSM) realizada de 27 a 30 de junho em Brasília. De acordo com o Conselho Nacional de Saúde (2010), a IV CNSM teve como eixo central o tema: “Saúde Mental, direito e compromisso de todos”.

Entre os eixos norteadores para os debates na IV CNSM temos a intersetorialidade que se configura na atualidade um dos principais desafios da atenção em saúde mental. Com a consolidação da reorientação do modelo

assistencial, amplia-se a necessidade de garantir os direitos das pessoas em sofrimento psíquico. Nesta perspectiva, ocorre uma necessidade de articulações com parceiros privilegiados, tais como: Secretaria Especial de Direitos Humanos, Ministério do Desenvolvimento Social, Ministério da Justiça, Ministério da Cultura, Ministério da Educação e o Ministério do Trabalho (CNS, 2010).

É sob esse ponto de vista que o Ministério da Saúde propõe mudanças significativas na Reforma Psiquiátrica Brasileira, buscando definitivamente formar redes sociais consolidadas e articuladas entre si para que a saúde seja um compromisso de todos. A corresponsabilidade é um conceito estratégico utilizado para que o Governo possa garantir a saúde como um direito de todos e dever do estado.

2.2 A Rede de Serviços de Saúde Mental: o território como desafio

O Brasil inicia construindo sua rede extra-hospitalar e de atenção psicossocial no estado de São Paulo, quando, em março de 1987, inaugura o primeiro CAPS do país. O CAPS Luis da Rocha Cerqueira, representa a efetiva implementação de um novo modelo de atenção em saúde mental para expressiva fração dos doentes mentais atendidos na rede pública, sendo seu ideário constituído de propostas dirigidas à superação das limitações evidenciadas pelo binômio ambulatório-hospital psiquiátrico no tratamento e reabilitação de sua clientela (FERREIRA FILHA *et al*, 2005; ONOCKO-CAMPOS, 2006; BRASIL, 2000).

Contudo, somente em 1992, o MS reconhece a existência dos serviços substitutivos da saúde mental e passa a regulamentar o funcionamento dos mesmos mediante a portaria nº 224/92. Tais serviços passaram a responsabilizar-se pelo cuidado aos egressos dos hospitais psiquiátricos, tendo como foco de atenção a reabilitação psicossocial. A partir da publicação dessa portaria, o número de CAPS e/ou NAPS aumentou significativamente, atingindo 160 serviços em 1995 e superando 500 unidades por todo o país em 2004 (FERREIRA FILHA *et al*, 2005; ONOCKO-CAMPOS, 2006; BRASIL, 2000).

Os CAPS tornaram-se os dispositivos que devem estar articulados na rede de serviços de saúde e necessitam permanentemente de outras redes sociais, de outros setores afins, para que, todos possam prestar assistência aos excluídos da sociedade por decorrência dos seus transtornos psíquicos (BRASIL, 2004).

Neste contexto, os CAPS deverão assumir seu papel estratégico na articulação e no tecimento dessas redes, assumindo sua função na assistência direta e na regulamentação da rede de serviço de saúde, trabalhando em conjunto com as Equipes de Saúde da Família - ESF e Agentes Comunitários de Saúde - ACS, abordando temáticas como a promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, articulando os recursos existentes em outras redes sócio-sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, empresas, dentre outros (BRASIL, 2004).

Nos últimos anos, tais serviços tornaram-se um dos objetivos principais das ações e normatizações do MS, mostrando-se vital para a organização da rede de atenção à saúde mental num determinado território. Sua construção foi fundamental para mudar o cenário da atenção à saúde mental no Brasil. Contudo, a decisão política pela composição de uma rede pública de CAPS enfrentou resistências, em decorrência do SUS facultar a contratação de serviços privados, em caráter complementar à rede pública, porém, após a realização III CNSM, o MS optou por uma rede CAPS de gestão pública. Em 2003 apenas CAPS públicos foram cadastrados junto ao MS. Em 2007, 98,6% dos CAPS da rede eram públicos (BRASIL, 2007).

Nesta perspectiva, tais serviços passaram a ter alta significância para a Reforma Psiquiátrica Brasileira e seu objetivo é oferecer atendimento à população, realizar o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Com a criação desses centros, possibilita-se a organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país (BRASIL, 2010).

Trata-se de serviços de saúde municipais, abertos, comunitários, cuja função é prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando as internações em hospitais psiquiátricos; acolher e atender as pessoas com transtornos psíquicos graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território; promover a inserção social das pessoas com sofrimentos psíquicos, por meio de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação; dar suporte a atenção à saúde mental na rede básica; organizar a rede de atenção às pessoas em sofrimentos psíquicos nos municípios; articular adequadamente a rede e a política de saúde mental num determinado território, promover a reinserção social do

indivíduo através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (BRASIL, 2010).

Os CAPS expandiram-se por todo território nacional. No ano de 2006, havia registros de 1.011 CAPS, distribuídos da seguinte forma: 430 CAPS I, 320 CAPS II, 37 CAPS III, 7 CAPSi e 138 CAPS-AD (Álcool e outras Drogas), com isso, tais serviços se fizeram presentes em todas os estados da Federação. O Ministério da Saúde revela novos avanços no ano de 2010, quando divulga a existência de 1.541 CAPS em todo o Brasil, assim distribuídos: Norte: 77; Nordeste: 526; Centro Oeste: 88; Sudeste: 510; Sul: 295 (BRASIL, 2007 e BRASIL, 2010).

Na atualidade, a Paraíba destaca-se a nível nacional em quantitativo de serviços substitutivos, compondo sua rede de cuidados em saúde mental em 62 CAPS, distribuídos em 36 CAPS I, 9 CAPS II, 2 CAPS III, 7 CAPS/i (infantil), e 8 CAPS-AD (BRASIL, 2010). Se considerarmos esta ampliação dos modelos substitutivos em relação aos demais estados, constataremos que o Nordeste tem avançado na rede de cuidado em saúde mental e, conseqüentemente, na Reforma Psiquiátrica.

Segundo o Ministério da Saúde, os CAPS funcionam, pelo menos, durante os cinco dias úteis da semana e, dependendo do tipo de CAPS, também funcionam nos fins de semana. Descreve-se, a seguir, a sua forma de funcionamento, segundo Brasil (2004): Os **CAPS I** são os centros de menor porte, capazes de oferecer uma resposta efetiva às demandas de saúde mental em municípios com população de 20 e 50 mil habitantes; têm como usuários, adultos com transtornos mentais severos e persistentes e transtornos leves decorrentes do uso de álcool e outras drogas, com capacidade de acompanhar cerca de 240 pessoas por mês.

Os **CAPS II** prestam serviços de médio porte, atendendo adultos com transtornos mentais severos e persistentes, com capacidade de acompanhar 360 pessoas por mês, dando cobertura aos municípios com mais de 50 mil habitantes.

Os **CAPS III** caracterizam-se como serviços de grande porte e de grande complexidade, funcionam 24 horas por dia, inclusive fins de semana e feriados e realizam, quando necessário, atendimento noturno; atendem cerca de 450 pessoas por mês, dando cobertura aos municípios com mais de 200 mil habitantes.

Os **CAPSi** são os centros especializados em atendimento a crianças e adolescentes com transtornos mentais e do desenvolvimento psicomotor; sua capacidade de atendimento é de cerca de 180 usuários por mês.

Os CAPS-AD são direcionados àqueles usuários que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, atendem cerca de 240 pessoas por mês, demandas de municípios com mais de 200 mil habitantes.

Nesta perspectiva, o CAPS vem se apresentando como um serviço proposto dentro da reforma, propiciando o máximo de aproximação dos espaços, onde os indivíduos comumente vivem, seja em casa, no trabalho ou na escola, para que sua reinserção social e seu retorno ao convívio em comunidade ocorram sem maiores dificuldades (BRASIL, 2004).

Os CAPS também apresentam como função realizar apoio matricial às equipes da atenção básica, isto é, fornecer-lhes orientação e supervisão, atendendo conjuntamente situações mais complexas, como: realizar visitas domiciliares acompanhadas dos profissionais da atenção básica, atender casos de difícil resolução para as ESF e realizar atividades de educação permanente sobre saúde mental, em cooperação com os mesmos (BRASIL, 2004).

O apoio matricial emerge completamente diferente da lógica do encaminhamento ou da referência e contrarreferência no sentido estrito, porque significa a responsabilidade compartilhada dos casos de transtornos psíquicos daquela área de abrangência de ambos os serviços. As atuais diretrizes orientam que, onde houver cobertura do PSF, deverá haver uma equipe de apoio matricial em saúde mental para no mínimo seis e no máximo nove equipes (BRASIL, 2004).

Outros serviços da rede os quais atuam em parcerias com os CAPS que merecem destaque são as **residências terapêuticas**. Estas foram montadas para receber os usuários egressos dos hospitais psiquiátricos e que não conseguiram ser reinseridos no seio familiar ou na sociedade. Segundo o MS, as residências terapêuticas são casas localizadas no espaço urbano para responder às necessidades de moradia de pessoas com transtornos mentais graves, egressos de hospitais psiquiátricos, hospitais de custódia ou em situação de vulnerabilidade (BRASIL, 2010b).

Em geral, os moradores não possuem vínculos familiares. Essas residências não são serviços de saúde, mas espaços de habitação que devem possibilitar à pessoa em sofrimento mental o retorno à vida social, tornando-se espaços de reconstrução de laços sociais e afetivos. Tais residências são um dos principais equipamentos para a efetivação de processos de desinstitucionalização — processo de reinserção social — destas pessoas. Os moradores das residências terapêuticas

são acompanhados na rede extra-hospitalar (CAPS, ambulatórios, atenção básica, entre outros). O número de usuários varia de um indivíduo até um pequeno grupo de oito pessoas, os quais deverão contar sempre com suporte dos CAPS (BRASIL, 2010b).

Atualmente, existem 564 residências funcionando em condições adequadas no país e 152 em fase de implantação. Dentre os moradores, consta nos registros do MS um total de 3.062 pessoas residindo nesses locais. Na Paraíba, existem 16 residências em funcionamento e 04 em fase de implantação, configurando um total de 103 pessoas residindo nestes serviços. Isto é possível devido aos incentivos financeiros do MS aos estados e municípios, ocorridos desde 2004 (BRASIL, 2010).

Os Centros de Convivência e Cultura representam outro dispositivo da rede, porém sua implantação só é possível nas cidades de maior porte, ou seja, faz-se necessário existir uma boa rede CAPS e uma população superior a 200.000 habitantes para sua implantação. Deste modo, os municípios precisam apresentar resposta pública efetiva e consolidada para os portadores de transtornos severos e persistentes; por sua vez, estes são dispositivos altamente potentes e efetivos na inclusão social das pessoas com transtornos mentais em tratamento. Existem hoje cerca de 60 Centros de Convivência e Cultura em funcionamento no Brasil (BRASIL, 2007; BRASIL, 2010).

Os hospitais dia de saúde mental também fazem parte da rede e nos últimos anos tornaram-se um serviço em processo de superação. Prestam assistência aberta às pessoas com transtornos mentais, porém, ainda apresentam muitas fragilidades no processo de reinserção social de seus usuários. Em 2007, existiam, ainda, 24 serviços cadastrados junto ao MS, mas espera-se que com a implantação dos serviços comunitários e a expansão da atenção psiquiátrica em hospitais gerais haja a superação progressiva deste dispositivo, que teve importância histórica na mudança do modelo de atenção à saúde mental (BRASIL, 2007).

Nos últimos anos, a Política Nacional de Saúde Mental vem trabalhando com o conceito de **leitos de atenção integral em saúde mental** (hospitais gerais, CAPS III, emergências psiquiátrica, leitos nos serviços hospitalares de referência para álcool e drogas). Contudo, os citados leitos devem ofertar acolhimento integral aos pacientes em crise, articulados e em diálogos com outros dispositivos de referência. A proposta do MS é que essa rede de leitos de atenção integral se consolide,

substituindo as internações em hospitais psiquiátricos convencionais (BRASIL, 2007).

Outro dispositivo que tem favorecido a efetivação da Reforma Psiquiátrica foi o **Programa de Volta pra Casa**, regulamentado pela Lei nº 10.708/03, que institui um auxílio reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social fora de unidade hospitalar de pacientes portadores de transtornos mentais egressos de internações psiquiátricas (BRASIL, 2003a). O Ministério da Saúde revela que existem hoje no País 3.574 beneficiários do programa de volta para casa, desses, 517 residem no Nordeste e 78 na Paraíba (BRASIL, 2010).

Um serviço ainda existente na rede que tem se caracterizado como de baixa resolução é o **ambulatório de saúde mental**. Este serviço presta assistência às pessoas com transtornos mentais menores, caracterizada por cerca de 9% da população e apresenta, em sua maioria, um funcionamento pouco articulado à rede de atenção à saúde. Tais ambulatórios são referência para inúmeras consultas em psiquiatria e psicologia em especial, mas apresentam resolutividade ainda baixa. Faz-se necessária uma reformulação no seu modo de funcionamento, discutindo o papel dos ambulatórios na rede de atenção em saúde mental e possibilitando uma integração dos serviços existentes (BRASIL, 2007).

Diante de toda estrutura que a Reforma Psiquiátrica proporciona à rede de atenção à saúde mental e de saúde dos municípios brasileiros, sente-se a necessidade de profissionais os quais apresentem outro perfil de trabalho, sendo fundamental investimento na formação profissional e em capacitações que atuem na assistência integral proposta na reestruturação da rede. Ressalte-se, contudo, que só a capacitação não é suficiente, havendo a necessidade de ações conjuntas e permanentes entre as equipes matriciais e os profissionais de nível básico, favorecendo maior capacidade resolutiva, eficácia e credibilidade dos usuários.

Desse modo, percebe-se a necessidade de rever a formação dos profissionais de saúde mental, privilegiando a saúde coletiva e a graduação de especialistas em reabilitação psicossocial na comunidade, para, assim, avançar na Reforma Psiquiátrica de forma integral e equânime.

2.3. A Saúde Mental em Campina Grande: contexto histórico e político

A história da assistência psiquiátrica de Campina Grande surge em meados de 1960 quando a cidade passou a contar com a construção de dois hospitais psiquiátricos de caráter asilar e prestadores privados de serviços de assistência mental. A primeira clínica psiquiátrica do município foi o Instituto Neuropsiquiátrico de Campina Grande - Clínica Dr. Maia, fundada pelo médico Raimundo Maia de Oliveira, o primeiro psiquiatra da cidade. A segunda clínica psiquiátrica foi o Instituto Campinense de Neuropsiquiatria e Reabilitação Funcional – ICANERF (GUIMARÃES, 2008; CAVALCANTE, 2010, SILVA, 2007).

Como visto, as instituições hospitalares foram implantadas em plena ditadura militar, marcado por um regime antidemocrático, ditador, autoritário. Nesses serviços, a assistência oferecida era medicalizante, segregadora e curativista, constituindo, desta forma, verdadeiros depósitos de indivíduos, pois os familiares transferiam por muitos anos, toda a responsabilidade pelos pacientes às instituições.

De acordo com Medeiros Jr (2009), o modelo psiquiátrico oferecido na cidade de Campina Grande era essencialmente hospitalocêntrico privado. A Secretaria de Saúde excepcionalmente transferia mais de R\$ 200 mil mensais para os dois hospitais privados, para que estes internassem ou hospedassem pacientes, livrando famílias do incômodo de conviver com pessoas em sofrimentos psíquicos. As pessoas eram trancafiadas, submetidas às condições de vida subumanas, chegando a dormir em camas sem colchão, privadas de alimentação adequada e alvo de supermedicação, com tratamentos que incluíam choques elétricos, dentre outros.

Em 1983, realiza-se a III Jornada de Psiquiatria, na qual foram debatidos, diferentes temáticas em torno da Política de Saúde Mental, como também sobre as questões da Assistência Psiquiátrica. Na perspectiva de novos avanços, no ano 1990, foi inaugurado o primeiro Núcleo de Assistência Psiquiátrica (NAP), antes mesmo da municipalização das ações e serviços de saúde no município. O NAP tinha como proposta atender aos pacientes que recebiam alta médica dos Hospitais Psiquiátricos; o trabalho era direcionado aos adolescentes, adultos e idosos e consistia no acompanhamento ambulatorial das pessoas egressas dos hospitais psiquiátricos existentes na época (MARINHO, 2003; GONDIN, 2009).

Em 1991, ocorre no município a I Conferências Municipal de Saúde e em 1996 e II Conferências Municipal de Saúde. Os diálogos que permearam as

discussões destas conferências, foi à reformulação dos serviços de saúde mental desenvolvidos no município, tendo como base nessas discussões a efervescência vivenciada no país devido à implementação da Reforma Psiquiátrica, porém, os problemas identificados nas tais conferências não foram solucionados (CIRILO, 2006; GONDIN, 2009).

A rede de atenção básica à saúde de Campina Grande iniciou sua expansão em 1994, através da implantação do Programa de Saúde da Família, juntamente com treze municípios, de forma pioneira no Brasil. Tal implantação teve como referência a experiência de Cuba e da cidade de Niterói, do Rio de Janeiro. Nessa perspectiva, os primeiros bairros selecionados para implantação das cinco equipes pioneiras, foram escolhidos através dos indicadores epidemiológicos mais precários, sendo instalada, uma no bairro do Tambor, duas no Pedregal, uma no Mutirão e uma na Ramadinha. O trabalho das citadas equipes possibilitou impactos significativos nos indicadores epidemiológicos destes territórios, especialmente na mortalidade materna e infantil (SANTOS, 2006).

Nesse mesmo ano, o município passou por outras experiências em saúde mental através da ESF do bairro do Pedregal. Na época, a equipe assumiu o desafio de conduzir uma experiência pioneira de grupos terapêuticos comunitários, cujo objetivo foi promover a saúde mental na atenção básica, reduzir o número de internações psiquiátricas, facilitar o convívio social, viabilizar os direitos de cidadania, dentre outros (SANTANA; BRASILEIRO; ARAÚJO, 2008).

O grupo de saúde mental formado pela citada equipe foi denominado Casa da Ciranda. Esta prática resgatou a autoestima, o significado da dança, da alegria, da criatividade e do crescimento dos usuários. Possibilitou também a inclusão familiar das pessoas em sofrimento psíquico, diminuindo em 98% as internações em hospitais psiquiátricos (SANTANA; BRASILEIRO; ARAÚJO, 2008).

Em 1998, Campina Grande tornou-se Gestor Pleno de Sistema pela Norma Operacional Básica – 1996, através da portaria do Ministério da Saúde nº 2.801, possibilitando autonomia da Secretaria Municipal como detentora plena de gestão e gerência dos serviços ofertados em todos os níveis de complexidade. Porém, a Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba ainda era responsável por parte dos procedimentos de Alto Custo, da Hemodinâmica e pelos Tratamentos Fora do Domicílio (TFD), o que dificultou a condução do comando único municipal dos

gestores da cidade (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINA GRANDE, 2003).

Em 2000, registra-se a realização da III Conferência Municipal de Saúde, na oportunidade, foi construído um relatório que aprovou à proposta de se criar um centro de convivência não asilar para pessoas portadoras de transtornos mentais, tipo leito dia, na perspectiva de avançar na Reforma Psiquiátrica, porém, poucos foram os avanços da época (GONDIN, 2009).

Contudo, só em 2002, após a aprovação da Lei Municipal de Saúde Mental nº 4.068 de Campina Grande, os progressos começaram a acontecer. A referida lei fixa diretrizes para a saúde mental; dispõe sobre a promoção de saúde e dá reintegração social do portador de sofrimento mental; determina a implantação de ações e serviços de saúde mental de cunho substitutivo aos hospitais psiquiátricos (CODECON, 2007).

Nesta perspectiva, alguns grupos foram sendo formados no município, os quais passaram a discutir uma mudança no modelo assistencial. Alguns profissionais envolvidos com a assistência a saúde mental em Campina Grande organizaram o Fórum Permanente de Discussão em Saúde Mental que suscitou o movimento de Reforma Psiquiátrica para o centro das conversas. Realizou-se, também, o I Encontro Regional sobre Reforma Psiquiátrica (reunindo os três estados vizinhos, Paraíba, Rio Grande do Norte e Pernambuco), no qual se avaliou a situação da assistência nos municípios e foram traçados planos para a expansão da rede de serviços extra-hospitalares (SILVA, 2007; BRASIL, 2007).

Cabe destacar que, entre 2002 e 2004, o município teve como gestor um fisioterapeuta e sanitarista que, de tão comprometido, possibilitou grandes avanços na implantação das bases de um SUS mais eficiente em Campina Grande. Na sua gestão, houve a ampliação da cobertura do PSF, a criação da Central de Marcação de Consultas e Exames, as reformas do Instituto de Saude Elpídio de Almeida (ISEA), a criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e o início do processo de contratualização e de luta por um sistema de saúde digno e menos desigual (MEDEIROS JR, 2009).

No ano de 2003, a Reforma Psiquiátrica de Campina Grande ganhou espaço e fortaleceu a assistência em saúde mental, com mudanças gradativas no modelo assistencial e com a criação de um CAPS II. Materializou-se uma rede extra-hospitalar de saúde mental, apoiada pela intervenção federal do ICANERF, que

muito embora tenha sido descredenciado do SUS no ano de 2003, apenas em 2004 teve seu processo de intervenção iniciado de forma processual, conforme postula Cirilo (2006).

O primeiro CAPS do município foi inaugurado em dezembro de 2003, sendo denominado de CAPS II - Novos Tempos. Tal serviço trouxe uma nova perspectiva de atendimento à pessoa em sofrimento psíquico, rompendo com longos anos de um modelo exclusivamente hospitalocêntrico e excludente. O serviço iniciou seu trabalho com uma equipe bastante incipiente. A aceitação dos profissionais e os gestores para criar uma prática até então inexistente na cidade tornou-se a base para que se estabelecesse uma prática pioneira e inovadora (CIRILO, 2006).

Dentro dessa realidade, o gestor e os coordenadores da época acharam necessário ampliar a rede local de saúde mental, criando novos serviços direcionados a atender os ex-internos que retornavam para suas famílias. Desta forma, foram paulatinamente construindo novos CAPS e, pensando nos casos desse retorno impossível, instalou-se as Residências Terapêuticas entendidas como a alternativas mais sensatas de proporcionar um ambiente saudável e humano para aquelas pessoas (CIRILO, 2006; BRASIL, 2007).

O segundo serviço substitutivo de saúde mental do município foi o CAPS-AD, inaugurado em setembro de 2004, ainda na gestão do citado sanitarista. Contudo, no ano de 2005 uma nova gestão assumia a saúde. Um economista resolveu aceitar o desafio antes iniciado e deu continuidade a transformação do modelo da doença, para o modelo da saúde, tendo grande visibilidade para a atenção básica (MEDEIROS JR, 2009).

Na sua gestão, foram elaborados estudos visando à ampliação do PSF, a conquista das farmácias populares, o Centro de Especialidades Odontológicas, a continuidade do processo de contratualização com os prestadores de serviços, o diálogo com os municípios parceiros de Campina Grande, que culminou com a realização do seminário “Novas Ideias em Saúde”; a ampliação do SAMU, as reformas e recuperação da credibilidade do ISEA, a estruturação do modelo de saúde mental (MEDEIROS JR, 2009).

Continuando os progressos em sua rede de cuidado da saúde mental, no dia 18 de Maio de 2005, Dia Nacional da Luta Antimanicomial, foram inaugurados dois módulos de Serviços Residenciais Terapêuticas, um feminino e outro masculino,

sendo transferidos 16 pacientes do hospital para residirem nesses locais (CIRILO, 2006).

Através da liminar da justiça, em abril de 2005, o Ministério da Saúde fez a intervenção no Hospital João Ribeiro, que se encontrava com péssimas condições na avaliação do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares - PNASH/ Psiquiatria 2002. Com isso, deu-se início à intervenção no hospital psiquiátrico, o qual na época, respondia a grande parte da assistência psiquiátrica da região da Borborema. Assim, 176 pacientes do Hospital João Ribeiro foram desinstitucionalizados, e o citado hospital foi descredenciado da rede do SUS em julho de 2005 (BRASIL, 2007).

A pesquisa de Silva revela que:

O ICANERF possuía indicadores avaliados pelo PNASH/Psiquiatria muito ruins e, essa instituição, estava bem longe de ser entendida como hospital porque sua degradação de estrutura física somava-se a degradação de condições humanas ou mesmo de habilidades terapêuticas. Entretanto, tais condições insalubres, não permitiam tratamento psiquiátrico aos usuários do Sistema Único de Saúde, nessa cidade. Nesse contexto, percebe-se que esses usuários não eram acompanhados ou tratados adequadamente (SILVA, 2007, pág. 96).

Dando continuidade à expansão, em agosto de 2005, foi inaugurado outro módulo de Residência Terapêutica feminina, sendo aprovadas ainda mais três unidades desses serviços, que na época estavam em processo final de implantação (CIRILO, 2006).

De acordo com Silva:

a implantação dos CAPS II, CAPS/ad e as modificações no modelo technoassistencial da Clínica de Psicologia, nessa cidade, serviram de base para construção da Reforma Psiquiátrica em Campina Grande - PB. Entretanto, nesse contexto, tal processo iniciado em 2004 transcorria junto aos modelos divergentes das propostas de Reforma Psiquiátrica (SILVA, 2007, pág. 91).

Devido à súbita inversão do modelo assistencial, o município tornou-se um exemplo para as demais cidades brasileiras. Segundo dados do Ministério da Saúde, Campina Grande encontra-se entre os municípios que se destacaram em experiências exitosas de desinstitucionalização e reorganização da rede de atenção em saúde mental, ocorridas no período de 2003- 2006 (BRASIL, 2007).

O Programa de Volta pra Casa (PVC), que em Campina Grande também foi utilizado como forma de (re)inserção do doente mental em sua família, tornou-se outra melhoria para a Reforma Psiquiátrica no município. Em agosto de 2005, foi garantido aos 48 pacientes egressos de longas internações a abertura de contas bancárias para receber o auxílio reabilitação psicossocial do MS, contribuindo para o seu processo de desospitalização. Antes disso, houve ainda a necessidade de retirada dos documentos pessoais de quase todos os pacientes (CIRILO, 2006).

Nessa perspectiva reformista, aspirou-se ampliar a rede de cuidados em saúde mental e ainda no ano de 2005 foi inaugurada a emergência psiquiátrica em um hospital geral da cidade. O local passou a prestar assistência aos usuários de transtornos mentais em crise e/ou surto psiquiátrico, dando suporte à rede local e aos municípios pactuados com Campina Grande, tendo sempre como meta o rápido retorno deles ao convívio social (PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE, 2010).

Convém destacar também que, em janeiro de 2005, a manutenção dos serviços de saúde mental da Prefeitura Municipal de Campina Grande custava cerca de R\$ 15 mil. No final do ano, tais despesas chegaram a mais de R\$ 250 mil, configurando um crescimento de mais de 1.500% não significando apenas um aumento de gastos, mas um passo importante para a mudança de modelo e, ao mesmo tempo, vinda de mais recursos por parte do Governo Federal para investir na atenção psicossocial (MEDEIROS JR, 2009).

O CAPSi - Viva Gente, foi o primeiro Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil criado em Campina Grande. Inaugurado em 2006, caracteriza-se por ser como um serviço que se destina ao acompanhamento terapêutico a crianças, adolescentes e seus familiares, seja individualmente ou em grupos, através de oficinas, visitas e atendimento domiciliares, além de atividades focalizadas na inserção social dos usuários na comunidade, também composta por uma equipe interdisciplinar (CODECON, 2007).

Ainda no ano 2006, foi instituído o CAPSi – Centro Campinense de Intervenção Precoce, um novo serviço e inovador de acordo com a necessidade do município, atendendo crianças que apresentam transtorno do desenvolvimento em aspectos neuro-psico-motores, podendo ser acolhidas juntamente com seus familiares ou responsáveis, desde o nascimento, no caso de serem encaminhadas nessa ocasião. Este serviço busca a prevenção de distúrbios psíquicos graves e visa

também ao atendimento a bebês lesionados, mal-formados ou sindrômicos, para que essas crianças no futuro não se tornem, portadores de problemas psíquicos. O centro é composto por uma equipe interdisciplinar capacitada. A faixa etária priorizada é de zero a sete anos, contudo não se descarta a atenção a crianças maiores (CODECON, 2007).

Nessa trajetória, no mesmo ano inaugura-se o CAPS III - Reviver. Segundo o Ministério da Saúde, esse serviço se enquadra como sendo uma unidade com serviço próprio de atenção psicossocial, com oficinas terapêuticas e outras modalidades de atendimento e capacidade operacional, para dar cobertura assistencial a uma população acima de 200.000 habitantes, funcionando 24 horas, diariamente, com, no máximo, cinco leitos para observação e repouso para atendimentos, inclusive feriados e fins de semana, desenvolvendo atividades diárias em saúde mental (BRASIL, 2004).

O Centro de Convivência e Cultura “Artes e Ofícios”, outro dispositivo da rede de atenção à saúde mental foi inaugurado em junho de 2007. O local foi criado com o objetivo de proporcionar aos usuários da Saúde Mental e seus familiares um espaço onde são ministrados cursos de música, oficinas de educação artística, pintura em tela, entre outras atividades, resgatando a autoestima e a cidadania, fatores importantes para a reinserção social (CODECON, 2007).

Todavia, com a ampliação da rede de cuidado à saúde mental, percebeu-se a necessidade de contratar profissionais para atuar junto a esses Serviços Substitutivos de Saúde Mental. Partindo dessa lógica, houve um processo seletivo simplificado, que aprovou 99 profissionais de nível superior, médio e básico, em diferentes categorias. Tal processo contou com a participação de técnicos do Ministério da Saúde e da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), com a contribuição de alguns professores nas etapas das entrevistas e da Secretaria de Saúde de Campina Grande, buscando, avaliar o perfil dos profissionais que seriam contratados; posteriormente esses profissionais de saúde mental trabalharam no processo avaliativo dos cuidadores (CIRILO, 2006).

Atualmente, a cidade dispõe de seis Residências Terapêuticas, sendo duas no bairro do Alto Branco, duas no Bairro das Nações, uma no bairro do Cruzeiro e uma no Centro. Três dessas residências são masculinas, uma é mista e duas femininas. Todas as residências têm, em média, oito usuários e, em todas as casas,

há seis cuidadores, com exceção da Feminina I, que dispõe de oito cuidadores (VELOSO *et al*, 2010).

Como se pode observar, Campina Grande, em três anos, constrói e expande sua rede de atenção à saúde mental e, desta forma, muda efetivamente a qualidade de vida e a assistência prestada às pessoas em situação de sofrimentos psíquicos. Ressalte-se, ainda, que dois novos CAPS foram inaugurados no ano de 2009, sendo: CAPS I no distrito de Galante e outro CAPS I no distrito de São José da Mata, chegando a um total de sete CAPS em 2010.

Atualmente, a rede de assistência à saúde mental configura-se de forma bem estruturada e efetiva devido ao processo de intervenção e desospitalização psiquiátrica dos usuários. Esses avanços possibilitaram ao município a média de uma unidade para cada 54,8 mil habitantes, superando o parâmetro nacional, que é de uma unidade para cada 100 mil habitantes. Desta forma, o município contribui para que a Paraíba seja um dos dois estados brasileiros, juntamente com Sergipe, a possuírem CAPS suficientes para atingir o parâmetro nacional (PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE, 2010).

2.4. A Inclusão Social como Desafio da Intersetorialidade

O movimento de inclusão social começou na segunda metade dos anos 1980 nos países mais desenvolvidos e tomou impulso na década de 1990 nos países em desenvolvimento, emergindo fortemente nos primeiros anos do século XXI. Com o avanço da democracia, evidenciou-se cada vez mais a exclusão, submetida por muitas pessoas de segmentos populacionais em razão da diferença econômica ou cultural. O tema foi trazido à tona por pessoas que acreditam numa sociedade mais justa e igualitária, criando-se um novo tipo de sociedade através de transformações, tanto nos ambientes físicos como na mentalidade das pessoas (SASSAKI, 1997).

Segundo o Ministério da Saúde, só a partir do ano de 2004, o Programa de Saúde Mental do Ministério da Saúde e a Secretaria Nacional de Economia Solidária, do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), passam a dialogar de forma sistemática no enfrentamento acerca da reinserção social e econômica das pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2007).

Pensando nesses progressos, o MS, articulado a esses setores, promoveu a “Oficina de Experiência de Geração de Renda e Trabalho de Usuários de Serviços de Saúde Mental”, e elaborou as primeiras propostas para uma política nesse campo. Em 2005, criou-se o Grupo de Trabalho de Saúde Mental e Economia Solidária, através da portaria MS/TME 353/05 e uma linha específica de financiamento destinada aos municípios que desenvolvem atividades de inclusão econômica de pessoas com transtornos mentais através da portaria GM/ 1.169/05, impulsionando estas iniciativas (BRASIL, 2007).

Segundo o Ministério da Saúde, no ano de 2005, identificaram-se no país 156 iniciativas de geração de renda formadas por pessoas em situação de sofrimento psíquico, seja em cooperativas, associações ou em grupos de trabalho, sendo compostas por usuários, familiares e técnicos dos serviços, totalizando 2.500 pessoas envolvidas. Estas experiências, na sua maioria, foram realizadas nos CAPS e nos Centros de Convivência, configurando-se de forma heterogênea, porém estão sendo compartilhadas a partir de um determinante ético da produção de autonomia e da inclusão social dos participantes, mostrando-se efetivas no exercício da cidadania (BRASIL, 2005).

Em 2007, já existiam 239 experiências de práticas de inclusão social pelo trabalho mapeadas no Brasil, em decorrência das citadas parcerias entre saúde mental e economia solidária, porém, tais práticas ainda representam uma construção recente no país. Faz-se oportuno um maior aprofundamento das discussões para a construção do marco jurídico, a partir dos princípios expressos na Lei Federal das Cooperativas Sociais nº 9.867/99, consubstanciando uma tarefa desafiadora neste cenário dos próximos anos (BRASIL, 2007). Destaque-se, de acordo com Delgado (2010), que na atualidade já existem mais de 500 experiências de empreendimentos solidários geradores de renda e de inclusão social e ações culturais permanentes e diversificadas.

Dentre as práticas inclusivas realizadas no Brasil, distingui-se a desenvolvida pela organização não governamental, nomeada de Associação Arte e Convívio (AAC) da cidade de Botucatu-SP. Esta entidade tem desenvolvido práticas de terapia ocupacional baseadas em paradigmas que enfatizam a importância do tratamento e da inclusão da pessoa em sofrimento psíquico na sociedade. Apresenta como linha de ação, a criação de espaços de convivência entre usuários, sejam adultos ou adolescentes, e ainda com familiares, trabalhadores dos serviços

de saúde mental e pessoas da comunidade. A prática ocorre permeada por oficinas terapêuticas, de geração de renda e de relaxamento; organização de festas, viagens, passeios e eventos científicos, entre outras (RIBEIRO; OLIVEIRA, 2005).

Para Ribeiro (2003 *apud* RIBEIRO, OLIVEIRA, 2005), neste serviço, os profissionais procuram exercer uma prática de cuidado horizontalizada, estimulando os usuários a compartilharem e serem parceiros dos projetos e decisões, bem como a se conscientizarem de seus direitos de cidadãos. Tal associação tem desenvolvido uma práxis que rompe com o modelo asilar excludente, tendo também buscado envolver a sociedade desde a fase de sua construção ideológica. Este espaço tem proporcionado à criatividade dos usuários e tem conseguido avançar no processo de inclusão de alguns usuários no mercado de trabalho.

Outra experiência que chamou atenção da mestrandos/pesquisadores foi a das oficinas realizadas em Castro-PR, cujo objetivo foi promover a saúde mental e a inclusão social através da musicoterapia. Este trabalho investigativo, pelo caráter de sondagem da vivência musical de cada paciente 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.

Nesse caso, a inclusão funcionou no sentido de valorizar os relacionamentos afetivos entre usuários, famílias e trabalhadores do CAPS. Entende-se que a instituição cumpre seu papel no contexto da Reforma Psiquiátrica, promovendo saúde mental a partir da inserção social, afastando-se do tradicional modelo curativista representado pelo modelo asilar, o qual tinha como foco somente o indivíduo e a doença.

Percebeu-se que a garantia do direito ao trabalho tornou-se uma questão central nos processos de construção de contratualidade, de protagonismo e de um novo lugar social para as pessoas com transtornos mentais e/ou com transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas. Assim, verifica-se que os

serviços substitutivos têm uma tarefa delicada e complexa que exigirá, nos próximos anos, o empenho no diálogo e articulação com diversos atores e recursos dos territórios para a efetiva produção de empreendimentos econômicos solidários e inclusivos das pessoas em situação de vulnerabilidade, no contexto das políticas públicas promotoras de desenvolvimento local de inclusão social (BRASIL, 2007).

Como os CAPS representam na atualidade as melhores referências para a assistência à saúde mental, as práticas de inclusão social desenvolvidas no interior desses serviços acontecem a partir das diversas atividades terapêuticas, como as psicoterapias individuais ou em grupos, oficinas terapêuticas, atividades comunitárias, atividades artísticas, orientação e acompanhamento do uso de medicação, atendimento domiciliar e aos familiares (BRASIL, 2005).

Nesse sentido, tais serviços possuem como diretrizes o desenvolvimento de atividades fora dos serviços, como parte de uma estratégia terapêutica de reabilitação psicossocial, promovendo, assim, a articulação com a comunidade, o trabalho e vida social. Os centros dispõem de projetos terapêuticos que incluem a construção de trabalhos de inserção social, respeitando as possibilidades individuais e os princípios de cidadania que minimizem o estigma e promovam o protagonismo de cada usuário frente à sua vida (BRASIL, 2005).

Vale destacar também que são realizadas atividades comunitárias desenvolvidas com associações de bairros e outros, como as festas comunitárias, caminhadas com grupos da comunidade, participação em eventos e grupos dos centros comunitários. Ressalta-se, ainda, que as referidas atividades visam possibilitar trocas sociais, interação em serviço e do usuário com a família, a comunidade e a sociedade em geral. As Assembléias ou reuniões semanais de organização do serviço reúnem técnicos, usuários, familiares e outros convidados para discussões dos problemas e avaliações que propõem encaminhamento para o serviço, também proporcionam aos usuários oportunidade de sugerir sobre convivências, atividades e a organização do CAPS, ajudando a melhorar o atendimento oferecido (BRASIL, 2004).

A assistência oferecida nesses serviços substitutivos deve proporcionar uma articulação entre clínica e programas de reabilitação psicossocial, os quais incluam projetos terapêuticos com trabalhos de inserção social, respeitando as possibilidades e os princípios de cidadania que minimizem o estigma e promovam o protagonismo de cada usuário. Por sua vez, esses serviços precisam promover

prática intersetoriais favoráveis à integralidade da assistência da rede de saúde mental existentes no país.

Entretanto, não tem sido tarefa fácil traduzir nos serviços e nas práticas cotidianas ações que fortaleçam a organização da rede de atenção à saúde, tendo por base o processo de territorialização, articulado aos diversos setores do governo nos quais os princípios da intersetorialidade sejam efetivados. É preciso definir políticas com espaços de articulação entre o âmbito político-jurídico, sócio-cultural, teórico-conceitual, representado por diversos atores, saberes, instâncias políticas e institucionais (SCARCELLI; ALENCAR, 2006).

A ação intersetorial não acontece de forma espontânea, uma vez que ela pressupõe o respeito à diversidade, a criação de espaços de comunicação e a diminuição dos conflitos a fim de se poder alcançar a acumulação de forças intervenientes na construção dos sujeitos, para, dessa maneira, descobrir-se a possibilidade de agir. Tal ação também deve ser construída sob situações concretas no que diz respeito ao estilo de vida das pessoas, pois são elas as criadoras do espaço possível de interação e ação (CAMPOS, 2000).

A intersetorialidade representa uma articulação entre sujeitos de setores sociais diversos e, portanto, de saberes, poderes e vontades tendentes a enfrentar problemas complexos. É uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas que pretendam possibilitar a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população (REDE UNIDAS, 2004).

Complementando as ideias citadas acima, Junqueira; Inojosa; Komatsu (1997) referem que intersetorialidade é a articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações, cujo objetivo é alcançar resultados integrados em situações complexas, visando um efeito sinérgico no desenvolvimento social, para que, haja um impacto positivo nas condições de vida da população, num movimento de reversão da exclusão social.

Neste sentido, o tratamento dos problemas e necessidades vivenciados pelas pessoas, precisa de uma compreensão ampliada acerca dos processos/aspectos regentes de suas vidas, seja na saúde, educação, emprego, habitação ou outros, para que, só assim, a prática intersetorial promova transformações viáveis na qualidade de vida da sociedade civil (REDE UNIDAS, 2004).

Um dos grandes avanços para a efetivação da intersetorialidade foi à descentralização das ações de saúde, pois os municípios tornaram-se os espaços territoriais e sociais mais aptos a concretizar a integração e a ação intersetorial. Essa interação pode ser construída através de um processo dinâmico entre os sujeitos, mediada por novos paradigmas, que devem informar a mudança das instituições sociais e de suas práticas. Esse processo de construção é também de aprendizagem e de determinação dos sujeitos, da sua consciência e dos seus direitos de cidadão a uma vida de qualidade (JUNQUEIRA; INOJOSA; KOMATSU, 1997).

Outro avanço que cabe destacar foram os dois encontros nacionais promovidos em junho de 2010, representados pelo II Congresso Brasileiro de Saúde Mental no Rio de Janeiro e a IV CNSM em Brasília. Tais eventos destacam-se pelo foco dado a intersetorialidade e nos quais se reafirmam a necessidade de consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira (MACHADO; DOMINGUEZ, 2010).

Desse modo, as políticas de saúde mental devem ter como pressuposto básico a inclusão social e a habilitação da sociedade para viver com as diferenças. Assim, as estratégias políticas devem estar articuladas com a educação, trabalho, lazer, cultura, esporte, habilitação, dentre outros, de forma que, se promovam ações intersetoriais favoráveis ao exercício da cidadania (POLETTI, 2008).

Assim, a intersetorialidade remete-nos a uma ação de cuidado nos entornos dos serviços, nos espaços extramuros. Tais iniciativas têm levado a desfechos inesperados, como a efetivação da integralidade do cuidado, ou mesmo, ao enfrentamento dos preconceitos, estigmas e estereótipos construídos ao longo dos tempos no país, levando os profissionais que atuam na assistência a saúde mental a enfrentar vários desafios.

CAPÍTULO 3

3. ASPECTOS METODOLÓGICOS

3.1 - Tipo do Estudo

Tendo em vista os objetivos delineados para esta pesquisa, que envolve a descrição de práticas sociais no campo da saúde mental, optou-se por uma pesquisa de campo baseada, primeiramente, na observação empírica da prática dos profissionais de saúde mental do município de Campina Grande/PB e, a partir das falas dos sujeitos envolvidos no estudo, explicitar o caráter inclusivo, ou não, da ação permeada pela prática. A prática é aqui entendida como uma ação social que expressa o “saber fazer” dos profissionais nos seus atos cotidianos. Este “saber fazer” pode estar embasado no conhecimento empírico ou no conhecimento científico do campo da saúde mental.

De um modo geral, o raciocínio desenvolvido para este estudo parte do método indutivo, no qual as experiências particulares são analisadas para se chegar a um constructo geral sobre o caráter inclusivo das práticas desenvolvidas nos serviços de saúde mental do referido município.

Do ponto de vista dos objetivos desta pesquisa, reconhece-se o seu caráter descritivo e interpretativo, tendo a abordagem qualitativa como orientadora do recorte do objeto e das análises teórico-empíricas, considerando que o material analisado envolve a expressão da subjetividade de um grupo social.

De acordo com Deslandes, Gomes, dentro de uma abordagem qualitativa, a interpretação é a base para a produção do conhecimento. Os autores complementam dizendo que:

[...] nessa abordagem buscamos, dentre outros aspectos, desvendar símbolos, isso só será possível se conseguirmos interpretar aspectos presentes numa dada situação ou nos discursos dos sujeitos, procurando compreender o que tais aspectos representam. Deste modo, à medida que caminharos na interpretação, mais conseguiremos revelar as relações entre o presente e o ausente (DESLANDES; GOMES, 2010, pág. 110).

Para Minayo (2004, pág.23), o estudo qualitativo é apropriado para as questões que indagam sobre uma realidade específica, “que tem carga histórica e reflete posições frente à realidade, momento do desenvolvimento e da dinâmica

social, preocupações de classes e de grupos determinados”. O grupo aqui pesquisado é considerado como defensor da Reforma Psiquiátrica no município de Campina Grande e reforça a necessidade de avançar na construção do modelo de saúde mental comunitária que imprima um caráter de práticas integrais e intersetoriais.

Este tipo de pesquisa propõe a subjetividade como fundante do sentido e defende-a como constitutiva do social e inerente ao entendimento objetivo, não se preocupando em quantificar, mas em lograr explicar os rodeios das relações sociais consideradas essenciais e resultados da atividade humana criadora, afetiva e racional, que pode ser apreendida por meio do cotidiano, da vivência e da explicação do senso comum (MINAYO, 2000).

Para Deslandes (2008) Chizzoti (1991), a abordagem qualitativa busca analisar os significados atribuídos pelos sujeitos aos fatos, relações e práticas, isto é, a tarefa de explanar tanto as interpretações quanto as práticas dos sujeitos. Este tipo de abordagem tem como identidade o reconhecimento da existência de uma relação dinâmica entre o mundo real e a dimensão intersubjetiva, ou seja, concepções, valores, crenças peculiares de cada cultura que influenciam diretamente na tomada de decisão, nas ações concretas dos sujeitos. Este tipo de pesquisa envolve a observação de situações reais e cotidianas, trabalha a construção menos estruturada dos dados, podendo ser estruturadas através de codificações posteriores e busca o significado da ação social, segundo a ótica destes sujeitos.

Para atingir os objetivos deste estudo e aprofundar o conhecimento acerca do fenômeno da inclusão social na rede de saúde mental de Campina Grande, procuramos, a partir das falas e vivências dos profissionais que trabalham nestes serviços, conhecer práticas de inclusão social desenvolvidas para pessoas em situação de sofrimentos psíquicos. Especificamente, buscou-se conhecer as concepções dos profissionais dos serviços de saúde mental sobre inclusão social, e compreender as dificuldades e facilidades para o desenvolvimento das práticas de inclusão social na rede de cuidado de saúde mental, tendo em vista o fortalecimento do processo de Reforma Psiquiátrica no município.

3.2 - Cenário do Estudo

Elegeu-se como cenário para o desenvolvimento desta pesquisa o município de Campina Grande – Paraíba. É o segundo maior município do Estado, com uma área geográfica de 621 km² e população de 383.941 habitantes. A população urbana é de 365.896 habitantes, disseminada em 52 bairros e a rural, de 18.045 habitantes, distribuídos nos seguintes distritos rurais: Catolé de Boa Vista, Catolé de Zé Ferreira, São José da Mata, Santa Terezinha e Galante. O município fica a 121 km da capital, portanto se localiza no interior do estado da Paraíba, no agreste paraibano, na parte oriental do Planalto da Borborema, na Serra do Boturité/Bacamarte, que se estende do Piauí até a Bahia, estando a uma altitude média de 555 metros acima do nível do mar. Fica, por conseguinte, no agreste paraibano, limitando-se ao norte com os municípios de Maçaranduba, Lagoa Seca, Pocinhos e Puxinanã, ao sul, Fagundes, Queimadas, Boqueirão e Caturité, ao leste, Assis Chateaubriand e Ingá e ao oeste, com Boa Vista (IBGE, 2010).



FIGURA 01: Mapa da Paraíba e a localização do cenário de estudo (Campina Grande)

Fonte: <http://www.emepa.org.br>

Na literatura, consta que Campina Grande teria sido criada com a ocupação de índios Ariús no sítio que foi chamado de “A Campina Grande”, lideradas por Teodósio de Oliveira Ledo, Capitão-Mor dos Sertões, em dezembro de 1697. Há literatos que discordam desta versão afirmando que o local já estava habitado e já tinha esse nome, antes da chegada de Teodósio e dos Ariús. Contudo confirma-se que Teodósio teria sido o responsável pela consolidação e pelo desenvolvimento do povoado, integrando o sertão com o litoral, devido a seu privilegiado posicionamento

geográfico, sendo passagem dos viajantes do oeste para o litoral paraibano (ALMEIDA, 1978; OLIVEIRA, 2007a).

Os Ariús formaram a primeira rua do lugar com casas de taipas, inicialmente denominada de Rua do Oriente e, posteriormente, Rua Vila Nova da Rainha. Cabe destacar que a Igreja de Nossa Senhora da Conceição construída no alto da ladeira, deu origem a várias casas em seus arredores e tornou-se posteriormente a catedral da cidade. A economia do povoado era sustentada pela feira das barracas, por onde passavam vários boiadeiros e tropeiros (ALMEIDA, 1978; OLIVEIRA, 2007a).

Em 1790, o sítio Campina Grande foi escolhido pelo Ouvidor Brederodes para se tornar vila, devido a suas terras cultivadas produzirem muitas riquezas e, principalmente, devido a sua localização, estando entre a capital no litoral e o sertão. Foi por conta desse fato que em abril tal sítio passou a ser chamada oficialmente de Vila Nova Rainha, em homenagem a Rainha Dona Maria (PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE, 2010a).

Dando continuidade aos progressos, em 11 de outubro de 1864, a então Vila Nova da Rainha foi municipalizada através da Lei Provincial nº 137. Assim, paulatinamente, a cidade de Campina Grande se desenvolve. No entanto, somente no século XX, a mudança econômica e a melhoria das condições de vida aconteceram de forma significativa no município, quando o algodão tornou-se a principal atividade responsável pelo seu crescimento. Na época, comerciantes de todas as regiões da Paraíba e do Nordeste foram atraídos para a cidade, com isso, na década de 1940, a mesma tornou-se a segunda maior exportadora de algodão do mundo. Outro fator que influenciou o aumento na economia foi à chegada da linha ferroviária, fator que favoreceu a exportação do algodão e de outros produtos para o porto de Recife. Atualmente, sua economia volta-se para a indústria e o comércio e conta com as instalações industriais de empresas como a Alpargatas, Refinações de Milho Brasil, Coteminas, São Braz, Americanflex, Silvana, dentre outros, sendo reconhecida em nível mundial como um pólo científico e tecnológico (PEREIRA, 2008; OLIVEIRA, 2007a).

Destaca-se, também, a Fundação Parque Tecnológico da Paraíba – PaqTc-PB, criada em 1984. Dezoito anos após da sua criação, foi inaugurado o Centro de Incubação de Empresas da PaqTc-PB. A Fundação é referência nos setores de eletrônica e informática e sede de um dos primeiros núcleos do Softex – 2000, o

programa nacional de desenvolvimento e produção de software para exportação (PEREIRA, 2008).

Além disso, a cidade também é conhecida pela sua riqueza cultural, sendo responsável pela divulgação de artistas como Luiz Gonzaga, Zé Calixto e Elba Ramalho, dentre outros, além de abrigar e promover eventos como o Maior São João do Mundo, Festival de Violeiros, o Canta Nordeste e as vaquejadas, contribuindo para a preservação da cultura regional e o desenvolvimento da cidade como pólo turístico (PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE, 2010a).

A cidade conta hoje com vários *shoppings* que incrementam a sua economia. O Shopping Center Campina Grande, um dos pioneiros na região, o Boulevard, que se destaca pela sua amplitude e o Cine Center, além do Luíza Motta, que no princípio era um pequeno centro comercial (PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE, 2010a).

De acordo como o IBGE (2000), em 1991 o Índice de Desenvolvimento Humano do município era de 0,647, subindo para 0,721 em 2000. Isto faz com que o município encontre-se em 44º na região nordeste e em 3º na Paraíba, atrás de João Pessoa e Cabedelo.

Registram-se duas universidades públicas (Universidade Federal de Campina Grande e a Universidade Estadual da Paraíba) e um Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Paraíba - IFPB e várias faculdades particulares, tais como a Faculdade de Ciências Sociais Aplicadas – FACISA, Faculdade Paulista de Tecnologia; Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande – FCM; Escola Superior de Aviação Civil – ESAC, Centro de Educação Superior Reinaldo Ramos – CESREI, Faculdade Anglo-Americano, Faculdade de Teologia e Filosofia da Católica – CATÓLICA, Universidade Corporativa da Indústria da Paraíba – UCIP, Instituto Campinense de Ensino Superior – ICES, União do Ensino Superior de Campina Grande – UNESC, Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA, Universidade Paulista – UNIP e Faculdade Maurício de Nassau (BURITI, OLIVEIRA, 2009; PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE, 2010a).

Tais instituições oferecem cursos nas áreas de humanas, exatas e saúde, além de pós-graduação. Tudo isso tornou Campina Grande uma excelente exportadora de bons profissionais para o mercado de trabalho. Cabe destacar também, que o município oferece capacitação para o nível médio e técnico. Instituições especializadas como o SENAI , SENAC, Centro de Tecnologia do Couro

e do Calçado, Laboratório de Vestuário, a Escola Técnica Redentorista e o CEFET, configurando boas opções de profissionalização em cursos técnicos nas áreas da saúde, ciências exatas, informática e telecomunicações (BURITI, OLIVEIRA, 2009; PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE, 2010a).

O Sistema Municipal de Atenção à Saúde é composto por instituições públicas, filantrópicas e privadas, distribuídas em seis Distritos Sanitários de Saúde, como pode-se apreciar na figura que se segue:

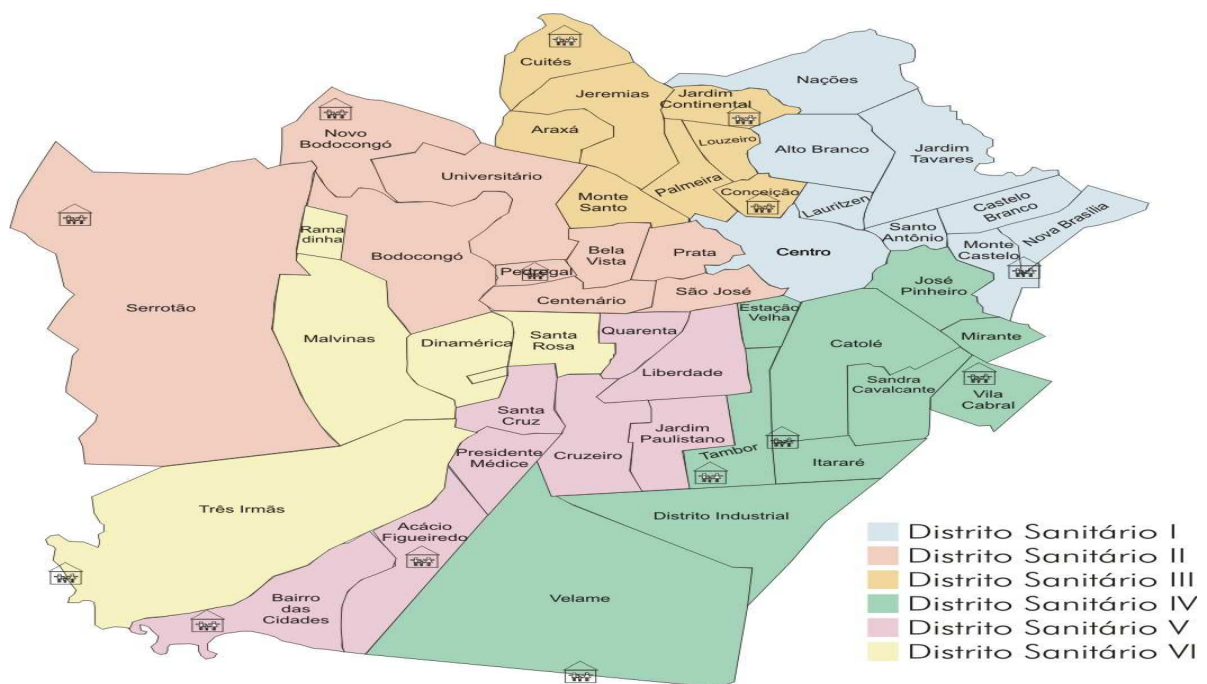


FIGURA 02: Mapa dos Distritos Sanitários de Campina Grande – PB.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande

A Rede Municipal de Saúde conta com 125 estabelecimentos/serviços de saúde (públicos, privados e filantrópicos, de média e alta complexidade), prestando atendimentos regularmente ao SUS. A rede básica de saúde dispõe de 92 Equipes da Estratégia Saúde da Família (UBSF), a qual abrange cerca de 83% da área territorial do município, contando também com cinco Centros de Saúde e 9 Núcleos de Apoio ao Saúde da Família (NASF) (CODECON, 2010).

A rede extra hospitalar de serviços de saúde mental, conta com sete CAPS (um CAPS ad, um CAPS II, um CAPS III, dois CAPS I e dois CAPS i), um Centro de Convivência e seis Residências Terapêuticas. Atualmente, encontra-se distribuída conforme a tabela da página seguinte:

TABELA I: Distribuição dos Serviços Extra-Hospitalar de Saúde Mental por Distrito Sanitário. Campina Grande/PB.

| DISTRITOS SANITÁRIOS | SERVIÇOS EXTRA-HOSPITALAR |
|---------------------------------|--|
| I | CAPS ad Centro de Convivência e Cultura “Arte e Ofícios” Três Residências Terapêuticas Femininas Duas Residências Terapêuticas Masculinas |
| II | CAPS I – Distrito São José da Mata CAPS III – Reviver CAPSi – Viva Gente CAPSi – Centro Campinense de Intervenção Precoce |
| IV | CAPSI – Distrito de Galante CAPS II – Novos Tempos |
| V | Residência Terapêutica Masculina |

Fonte: Prefeitura Municipal de Campina Grande/2010.

O atendimento nos citados serviços é feito por equipe interdisciplinar formada por médicos clínicos, neurologistas, psiquiatras, psicólogos, assistente sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, educadores físicos, terapeutas ocupacionais, pedagogos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e artesãos.

Para esta pesquisa, foram escolhidos como cenários os sete Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, o Centro de Convivência e uma Residência Terapêutica.

3.3 – Caracterizando os Sujeitos do Estudo

Fizeram parte deste estudo dezenove profissionais da rede extra hospitalar de saúde mental do município, (sete psicólogos, quatro assistentes sociais, dois enfermeiros, um pedagogo, um psicopedagogo, um fisioterapeuta, um arteterapeuta, um técnico de enfermagem, um técnico de informática). A escolha dos sujeitos foi intencional e teve como critério de inclusão, o período de um ano de atuação na rede de saúde mental do município. Tal critério foi estabelecido pela pressuposição

em considerar este, um tempo mínimo, para o sujeito ter conhecimento e domínio sobre sua prática, objeto deste estudo.

3.4 – Instrumento e Técnica de Produção do Material Empírico

Para a produção do material empírico, foi empregada a técnica de entrevista semiestruturada (Apêndice A). A escolha desta técnica permitiu obter informações detalhadas e atuais sobre as práticas desenvolvidas, podendo as mesmas serem analisadas com mais profundidade. Procurou-se seguir as questões norteadoras que serviram de guia, para as entrevistas, sendo estas: (1) Para você o que é inclusão social? (2) Você desenvolve alguma prática de inclusão social? (3) Descreva a prática inclusiva desenvolvida por você e sua equipe; (4) Quais as facilidade e dificuldades que você encontra para desenvolver práticas inclusivas?

As entrevistas foram gravadas com o uso do MP4, sendo posteriormente transcritas na íntegra, transformadas em textos e analisadas.

Foi utilizado como instrumento um caderno de campo para anotações sobre as impressões da mestrand/pesquisadora, na ocasião da visita aos serviços. Tais anotações também serviram de base para registrar observações sobre as práticas desenvolvidas pelos profissionais.

Antes da entrevista os sujeitos foram esclarecidos sobre o objeto e o objetivo da pesquisa, bem como o alcance dos resultados.

3.5 - Inserção no Cenário da Pesquisa.

A inserção da mestrand/pesquisadora no cenário ocorreu a partir de maio de 2009, quando foi necessário conhecer os serviços de atenção à saúde mental do município. Isto foi feito através de visitas a cada serviço para observar a dinâmica e a sistemática da assistência.

A observação durou doze meses, de maio de 2009 a maio de 2010. Neste período, o caderno de campo foi bastante utilizado. Nele foi possível anotar a dinâmica de funcionamento dos serviços e o registro das práticas desenvolvidas, observando algumas características inclusivas (acolhimento, vínculo e escuta; se a prática resgatava a cidadania do usuário, se melhorava sua qualidade de vida; a existência de possibilidades de inclusão no mercado de trabalho, nos esportes,

turismos, lazer e recreação; a inclusão nas artes, cultura e religião; a inclusão na educação e nos ambientes físicos), buscou-se também, identificar os nomes dos profissionais envolvidos com a realização das mesmas para que fossem convidados para participar da pesquisa.

Logo em seguida, foi feito um convite para os profissionais participarem como sujeitos do estudo, considerando o critério previamente estabelecido, ou seja, tempo de atuação nos serviços. Assim, nos meses de junho e julho de 2010, as entrevistas foram agendadas individualmente conforme preferências e conveniências, em local apropriado e silencioso, por possibilitar uma maior interação entre a mestranda/pesquisadora e o entrevistado.

Todas as entrevistas foram realizadas nos locais de trabalho dos profissionais, tendo uma duração média de 40 minutos. As informações sobre a gravação, a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foram realizadas antes do início da entrevista e os entrevistados foram informados sobre o processo de transcrição e autorização do material para uso e publicação. Neste momento, também foi sugerida escolha de pseudônimo.

Para manter o anonimato de todos os participantes na utilização das falas dos sujeitos, utilizamos abreviatura contendo a letra P (Profissional), mais o numeral sequencial da entrevista. Os nomes de pessoas, citadas pelos profissionais nas entrevistas, também foram substituídos pela letra A, garantindo o sigilo que assegura a privacidade dos sujeitos quanto aos dados confidenciais da pesquisa.

Após a coleta do material empírico, procedeu-se a transcrição da mesma para não perder momentos de expressão da subjetividade através de gestos, expressões faciais e o contexto do local da entrevista que foram utilizados como dados na interpretação da mestranda/pesquisadora, servindo de auxílio na compreensão do material produzido.

3.6 – Técnicas de Análise do Material Empírico

No processo de análise do material empírico, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo tipo categorial-temática proposta por Bardin (2008), a qual, segundo a autora, é um conjunto de técnicas com o objetivo de alcançar, através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens,

indicadores que permitam a indução de informações relativas às condições de produção/recepção das mensagens.

A utilização de tal técnica permite ao pesquisador partir de um plano mais superficial para atingir um plano mais aprofundado, indo além dos significados imediatos, utilizando procedimentos sistemáticos de descrever o conteúdo (BARDIN, 2008).

Nesta perspectiva, para construção do *corpus* de análise, algumas etapas foram percorridas, tendo sido organizadas em torno de três pólos cronológicos: 1) a pré-análise; 2) a exploração do material; 3) o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação, conforme sinaliza Bardin (2008).

A primeira etapa, denominada Pré-Análise, consistiu na organização e desenvolvimento de um plano de análise o qual permitiu a exploração sistemática das entrevistas com os profissionais da rede de atenção à saúde mental de Campina Grande – PB. Mediante a leitura flutuante, houve um contato exaustivo com o material produzido, de modo que a mestranda/pesquisadora adquiriu entendimento do conteúdo transcrito, possibilitando aproximação e compreensão da práxis dos sujeitos atuantes nos serviços substitutivos do município.

Dessa forma, determinou-se como constituição do *Corpus* de análise as dezenove entrevistas. De posse desse material empírico, iniciou-se a preparação do material a ser explorado, mediante a identificação e seleção das unidades de registro presentes no material. Nesse momento, os objetivos foram guiando a leitura para o encontro de unidades temáticas.

A segunda etapa, designada Exploração do Material, teve como finalidade a transformação dos dados brutos em conteúdos temáticos de compreensão do texto, consistindo no agrupamento e categorização dos fragmentos das falas dos sujeitos. A mestranda/pesquisadora trabalhou com recortes dos textos em unidades de registro (falas), deixando sempre uma margem à direita para anotações importantes.

Fez-se a qualificação de unidades de registro estabelecidas a partir da agregação dos dados e escolha de prováveis categorias, representando um processo longo, exaustivo e complexo, tendo como base referencial a fundamentação teórica do estudo, resultando na conformação de três Unidades Temáticas Centrais contidas no conjunto das falas.

UNIDADE TEMÁTICA I: Concepção dos profissionais sobre inclusão social

Esta unidade temática proporcionou o surgimento de duas categorias temáticas: Inclusão social como acessibilidade/acesso e Inclusão social como reabilitação/ reinserção.

UNIDADE TEMÁTICA II: Práticas de inclusão social: favorecendo a intersectorialidade e a integralidade do cuidado em saúde mental

Nessa segunda unidade temática, identificaram-se duas categorias. A primeira denominada **Práticas intersectoriais inclusivas na Rede de Cuidado em Saúde**, tendo como subcategorias: Novos Parceiros na Rede de Saúde Mental, Projeto Saúde na Escola, Curso de Pintura em Tela, Projeto Cultural Itinerante, Curso de Panificação e Confeitaria e Colônia de Férias/Passeios. A segunda, **Práticas que Promovem a Integralidade da Rede de Cuidado em Saúde**, expressas nas seguintes subcategorias: Parcerias entre Equipe Itinerante – CAPS III/ESF/NASF, Equipe de Intervenção Precoce, Arteterapia com Profissionais – Projeto Cuidando de quem Cuida, Arteterapia com Usuários e Curso de Operador de Microcomputador.

UNIDADE TEMÁTICA III: Estratégias políticas gerenciais que facilitam e dificultam a promoção de práticas inclusivas nos rede de atenção à saúde mental de Campina Grande – PB.

A terceira unidade temática, favoreceu a identificação de duas categorias com suas respectivas subcategorias. Destacamos **Dificuldades na Promoção de Práticas Inclusivas**, tendo como subcategorias: Recursos Financeiros/Materiais, e Preconceito da Sociedade/Família/Profissionais. Como segunda categoria, **Facilidade de se Promover Práticas Inclusivas**, e suas subcategorias: Apoio das Instituições/Profissionais, Identificação do Profissional com a Saúde Mental/ Interdisciplinaridade e Especialização em Saúde Mental/Capacitações/Grupo de Estudo.

Por fim, a terceira etapa, denominada Tratamento e Interpretação dos Resultados, proporcionou a análise do material, de maneira que as informações fossem significativas e válidas, mediante a inferência, interpretação e articulação dos conteúdos temáticos obtidos com o referencial teórico utilizado, cujo propósito foi responder as questões da pesquisa e, conseqüentemente, aos objetivos propostos. Nesse momento, a mestranda/pesquisadora identificou práticas de inclusão social por ela desconhecida, na Rede de Atenção à Saúde Mental do município pesquisado.

3.7 - Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa desta dissertação foi apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), atendendo às recomendações éticas, conforme Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996), sendo aprovado em 13 de abril de 2010, sob o protocolo nº 264/10 (ANEXO I).

A autorização dos sujeitos para gravação e uso das informações foi obtida mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que além de assinado foi datado. Uma cópia foi entregue ao entrevistado e a outra está com o entrevistador. Não haverá qualquer tipo de fornecimento de benefícios aos entrevistados, bem como risco de discriminação por participar da pesquisa. Foi garantida a liberdade de participar ou não e de desistir a qualquer momento. Também foram assegurados o sigilo e o anonimato dos sujeitos.

Ao final da etapa de análise do material empírico, as entrevistas foram transcritas e guardadas em lugar seguro e confidencial, em conformidade com os princípios que implicam na eticidade da pesquisa envolvendo seres humanos: autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade.

CAPÍTULO 4

4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DO MATERIAL EMPÍRICO

A ideia de dialogar com os profissionais a partir de suas práticas permitiu pôr em jogo diferentes perspectivas acerca de temas cotidianos vivenciados pelos profissionais, sujeitos deste estudo, e, ao mesmo tempo, abrir espaços às certezas e dúvidas que emergem na sua prática. Esta observação contribuiu para focalizar o interesse para além da mera descrição das práticas de inclusão social no campo da atenção psicossocial.

Neste sentido, considerou-se importante evidenciar as possibilidades de avanços da Reforma Psiquiátrica em Campina Grande através das práticas inovadoras, que precisam ser conhecidas e divulgadas. Contudo, antes de descrever as práticas consideradas inovadoras no campo da saúde mental no município em questão, partiu-se da análise das concepções dos sujeitos do estudo sobre o tema da inclusão social.

4.1. UNIDADE TEMÁTICA I: Concepção dos profissionais sobre Inclusão social

No material empírico analisado, identificou-se que o termo inclusão social carrega, na concepção dos profissionais, pelo menos dois significados distintos: inclusão como acesso/acessibilidade e inclusão como reabilitação/reinserção.

4.1.1. Inclusão Social como acessibilidade/acesso.

A implantação de serviços comunitários na rede de saúde mental e a busca por práticas mais efetivas para garantir a reabilitação e a reinserção social tornou-se um desafio para os profissionais que atuam nos CAPS e em outros serviços comunitários, levando-os a pensarem em novas formas de cuidar, evitando a cronificação e o retorno ao manicomio.

Inseridos no Sistema Único de Saúde, os CAPS tornaram-se os dispositivos estratégicos mais eficientes na substituição dos hospitais psiquiátricos. Por serem comunitários, devem atender aos postulados de acessibilidade: geografia (local, fluxo viário, barreiras físicas, ou outras); turnos de funcionamento (serviços únicos ou integrados); menu de programas (assistência, reinserção, lazer, hospitalidade, trabalho) (ALVES, 2010; SARACENO, 2001).

Embora saibamos que ainda estamos passando do paradigma da reabilitação e reinserção para o da inclusão social, os que entendem a inclusão como acessibilidade/acesso podem ter construído sua visão a partir do paradigma da inclusão social, enquanto outros ainda transistam no paradigma da reabilitação. Ainda assim, os termos acessibilidade e acesso têm conotações distintas. Nas falas dos profissionais, fizemos um recorte para analisar esta concepção de inclusão social como acessibilidade/acesso:

[...] A inclusão social é inserir o cidadão na vida cotidiana, você não ficar à margem, [...] é ir ao supermercado, fazer compras, frequentar a escola, isto é está incluído (P. 02).

[...] A inclusão social para mim é a facilidade, a abertura [...] que estão dando [...] para essas pessoas com alguma dificuldade, algum transtorno, tenham [...] acesso, [...] acessibilidade a essa sociedade (P. 03).

Inclusão social [...] é promover a circulação das crianças e adolescentes que estão aqui em tratamento, em toda a sociedade [...]. É fazer com que eles possam ter experiências de lazer, experiências educacionais, passar por outros serviços de saúde e assim poder circular por vários ambientes, além do CAPS (P. 18)

Inclusão social é poder vencer o processo, [...] fazendo com que a criança ela participe de outros espaços sociais, da mesma forma que outras pessoas ditas normais, [...] que elas possam usufruir desses espaços, [...] ter direito, a estarem na escola, [...] em eventos sociais onde todos participam e que sejam tratadas da mesma forma, respeitando as diferenças, que todas as pessoas têm [...] (P. 19)

As ideias visualizadas acima refletem a concepção de inclusão como um fator desafiador na rede de saúde mental, no qual os profissionais mostram-se provocados a vencer o processo de exclusão impregnado culturalmente e que interfere diretamente na efetivação de práticas inclusivas para esses usuários. Para os entrevistados, inclusão social seria promover a livre circulação das pessoas em situação de sofrimento psíquico nos espaços sociais existentes na cidade, ou seja, vencer barreiras físicas. Para outros, inclusão é ter acessibilidade ao lazer, à cultura e à educação, vencendo as barreiras da exclusão econômica e cultural.

É importante lembrar que uma sociedade acessível garante qualidade de vida para todos os cidadãos. Este olhar para a acessibilidade tornou-se, portanto, um compromisso que deve ser assumido por todos os profissionais da rede de cuidado da atenção à saúde mental, possibilitando progressos nesta área.

Conseqüentemente, alcançar condições de acessibilidade significa conseguir a equiparação de oportunidades em todos os espaços sociais, implicando na melhoria de novos conceitos, posturas e atitudes. Para Sasaki (2002), cabe à sociedade brasileira eliminar todas as barreiras físicas, programáticas e atitudinais para que as pessoas com necessidades especiais possam ter acesso aos serviços, lugares, informações e bens necessários ao seu desenvolvimento pessoal, social, educacional e profissional.

Em um estudo realizado por Lima (2007) sobre acessibilidade e cidadania/inclusão no município de Campina Grande, foram avaliados seis edifícios urbanos públicos da cidade: a Biblioteca Municipal, a Câmara de Vereadores, a Casa da Cidadania, o Fórum Afonso Campos, o Shopping Centro e o Teatro Municipal. A escolha por estes locais é repercutida na tentativa de englobar diferentes finalidades, todas necessárias ao cidadão, numa única esfera de análise, de modo a abranger desde o acesso à justiça e à cidadania, como também ao lazer e à cultura.

O pesquisador identificou no referido estudo *déficit* nas vagas do estacionamento, no acesso do estacionamento para a calçada e nos equipamentos que buscam proporcionar acessibilidade da calçada à edificação, a barreiras arquitetônicas e discrepâncias paramétricas quanto à norma, oferecendo condições mínimas de adequação normativa. Mesmo assim, tais condições se mostram bastante aquém do que poderia se desejar em matéria de acolhida, conforto e segurança (LIMA, 2007).

A pesquisa supracitada demonstra que a cidade precisa melhorar e investir em estruturas físicas que favoreçam a acessibilidade e a inclusão social. Sobretudo, vale destacar que apenas seis prédios públicos foram avaliados, necessitando de análise nos demais equipamentos do município.

Desta forma, um dos pontos principais para o município avançar na inclusão social será a garantia de acesso e acessibilidade de todas as pessoas portadoras de deficiências, sejam elas físicas, ou psíquicas. Para tanto, deve-se investir em campanhas de sensibilização para a sociedade, profissionais e familiares de pessoas em situação de sofrimento psíquico, com o efeito de romper os estigmas, com as barreiras do preconceito e da discriminação. Para tanto, precisa-se de políticas eficazes que possibilitem esses progressos.

4.1.2. Inclusão social como reabilitação/ reinserção.

A noção de reabilitação surgiu aos poucos nos CAPS como um aprendizado e uma conquista natural, e tomou forma com estas instituições em vias de implantação e funcionamento. Estes centros tornaram-se espaços de fenômenos favoráveis por possibilitar práticas que ultrapassem os espaços internos através da atuação de uma equipe de cuidado, que incorporou a instituição como um espaço de referência para paciente e familiares (GOLDEBERG, 2001).

O “doente mental” foi e ainda é considerado um peso para a família. A noção de incapacidade para o trabalho permeia o imaginário social, caracterizando o “doente” como uma pessoa inútil. Vencer este preconceito ainda é um desafio para os profissionais e as falas que se seguem refletem essa concepção:

Inclusão social é a possibilidade que a gente procura de encaminhar os nossos usuários para desenvolver um trabalho [...] produtivo, financeiramente ou não, [...] mas que ele desenvolva também em sua casa, para mim já significa que ele já está sendo incluído, [...] A partir do momento que a gente começa a conquistar essa prática, mesmo no seio familiar então à gente já está começando a entender que nós já estamos trabalhando a inclusão dessa pessoa, a partir da sua própria família, então vai desde o trabalho que ele desenvolve dentro do seu ambiente familiar até o trabalho que possa lhe garantir uma renda. (P. 14).

[...] inclusão social, é uma maneira, [...] que possibilite oportunidade de resgate [...] da vida de nossos usuários, é uma reintegração, é uma forma de mostrar a eles, que [...] estão vivos, que são capazes de andar com as próprias pernas..., [...] retomar a vida deles, de serem considerados normais, [...] poderem desfrutar do dia a dia como uma pessoa capacitada, como uma pessoa feliz que podem exercer normalmente suas funções diárias, (P. 16)

Inclusão social é a gente ter a capacidade de oferecer alguma coisa, onde o usuário, [...] foi excluído tanto da família quanto da sociedade, [...] para que ele possa resgatar alguma coisa que ele já teve, ou que ainda não teve, [...] onde ele possa sentir prazer, [...] sentir-se cidadão com deveres e direitos [...] (P. 08).

[...] a inclusão social é, [...] onde as pessoas podem realmente deixar de ser excluídas, vistas de forma marginalizadas pela sociedade, [...] incluir essas pessoas na sociedade, que estão à margem, que estão realmente afastadas [...] de algum grupo social, da família, do trabalho, [...] questão religiosa, qualquer tipo de grupo social. [...] Da própria escola [...] (P. 15).

Conforme visto nas referidas falas, alguns entrevistados fazem referência à pessoa em sofrimento psíquico como um indivíduo permanentemente excluído da sociedade, mas que necessita ser incluído para poder participar de atividades realizadas por todos os cidadãos. Para os profissionais, os usuários precisam ser resgatados, precisam ser reinseridos no convívio com a comunidade, com os grupos sociais, para, a partir dessas ações, serem reconhecidos como cidadãos.

Os entrevistados nos remetem a uma concepção semelhante às de Bertolote (2001) e Saraceno (2001). Para os citados autores, reabilitação é um processo de construção, um exercício pleno da cidadania que envolve a plena contratualidade dos sujeitos em três grandes cenários constitutivos de seu *habitat*, a rede social e o trabalho com valor social. É essencial que esses sujeitos resgatem aquilo que já tinham ou poderiam vir a ter, porém, para isso, será imprescindível investimentos em melhores condições de vida, garantindo a esses cidadãos o direito de ir e vir.

Contudo, um fator importante a se considerar é que no processo de reabilitação deve-se pensar as condições adversas apresentadas por esses usuários, pois, muitos enfrentaram o antes, durante e o após as internações psiquiátricas. Sendo, portanto, fundamental contextualizar a dinâmica da resiliência enquanto objetivo de promover nos pacientes e nas famílias uma interessante perspectiva de reabilitação psicossocial, por favorecer a desconstrução de desesperança, tanto pelos pacientes quanto pela equipe de saúde mental. Necessário faz-se a concretização dessas vivências no cotidiano dos usuários, equipes, familiares e comunidade (VALENTINI JR, VICENTE, 2001).

De acordo com Saraceno (2001a), os profissionais que atuam na atenção psicossocial devem priorizar a abordagem ética do problema da saúde mental, além de estarem envolvidos na discussão sobre a reabilitação psicossocial. Para o autor, a política geral desses serviços são os programas, através dos quais tais políticas aplicam-se, realizam-se e modificam-se. A reabilitação engloba todos os profissionais, os atores do processo de saúde – doença, ou seja, os usuários, a família dos usuários e a comunidade inteira. Neste sentido, os profissionais da rede de atenção psicossocial de Campina Grande refletem uma concepção reabilitadora na qual são propostas os modelos substitutivos da saúde mental.

4.2. UNIDADE TEMÁTICA II: Práticas de Inclusão social: favorecendo a intersetorialidade e a integralidade do cuidado em saúde mental

Como um dos objetivos desta pesquisa é descrever as práticas inclusivas desenvolvidas na rede de saúde mental, buscou-se, em uma primeira aproximação com o material empírico, destacar no relato dos entrevistados o modo como eles realizavam a prática, identificando objetivos e finalidades, dentro da compreensão do termo inclusão social.

Nesta perspectiva, foram consideradas como práticas inclusivas tanto aquelas realizadas fora dos muros dos serviços, que contemplam o eixo da intersetorialidade, como as realizadas dentro do serviço de saúde mental e na articulação com a atenção básica à saúde, envolvidas no eixo da integralidade. Sobretudo, considerou-se práticas inclusivas aquelas cujo objetivo era incluir as pessoas em sofrimento psíquico na família e na sociedade, no trabalho, no lazer, dentre outros.

As práticas que descreveremos a seguir são desenvolvidas por diferentes profissionais dos serviços como CAPS I, II e III, CAPSad, CAPSi, Residências Terapêuticas e Centro de Convivência.

4.2.1. Práticas intersetoriais inclusivas na rede de cuidado em saúde;

A intersetorialidade vem sendo considerada como um dos elementos centrais para operacionalização da atenção primária nos serviços de saúde. Compreende a capacidade de articular os vários setores presentes na sociedade, tanto nos níveis operacionais locais, em que as ações são oferecidas a população, como nos níveis regionais e centrais, com uma dimensão mais voltada ao planejamento e com potencialidade de articulações setoriais fundamentais que desencadeiam mudanças mais efetivas e duradouras para o setor saúde (MENDES, 2002).

Pimentel (s/d) sinaliza que intersetorialidade:

Pode ser definida como uma forma de gestão em que vários serviços específicos constroem juntos, a partir do saber de cada um, políticas de intervenção para determinadas situações ou grupos. Ao escolher uma estratégia intersetorial, o gestor público admite que uma mesma questão tem muitas faces e que uma única área não será capaz de lidar com todas elas (PIMENTEL, s/d, pág. 6).

Partindo desta compreensão, percebemos que práticas intersetoriais na atual circunstância política vivenciada em nosso país representam ações que proporcionam avanços e muitos desafios. Este grande tema representou o eixo norteador mais significativo desta pesquisa, por favorecer articulação com outros setores da sociedade, seja a educação, a cultura, a economia e a formação de redes sociais.

Sob essa categoria, emergiram as seguintes subcategorias temáticas, que são os nomes que os profissionais dão a atividade desenvolvida: **4.2.1.1**– Novos parceiros na rede de saúde mental; **4.2.1.2** – O Projeto saúde na escola; **4.2.1.3** – Curso de pintura em tela; **4.2.1.4** - Projeto cultural itinerante; **4.2.1.5** – Colônia de férias/ passeios.

4.2.1.1. Novos parceiros na rede de saúde mental

O discurso da Reforma Psiquiátrica em direção à desinstitucionalização e conquista da cidadania tem provocado nos profissionais que atuam nos serviços substitutivos a busca por parceiros fora dos serviços, favorecendo a inclusão dos usuários dos serviços de saúde mental. Nas falas dos entrevistados, foram reveladas parcerias com o SENAI, através de cursos de qualificação para o trabalho, Centro de Convivência, Centro Jovem Cidadão, Centro Cultural e Centro de Referência da Assistência Social - CRAS.

A parceria com SENAI vem sendo articulada com o CAPS II. O SENAI ofereceu um Curso de Artefatos em Couros e dois cursos de Panificação e Confeitaria direcionados aos usuários, objetivando a inserção deles no mercado de trabalho.

O curso de Panificação e Confeitaria foi realizado no ano de 2009, no regime de 40hs semanais, com duração de três meses. As falas abaixo revelam-nos como aconteceu essa iniciativa:

[...] Fomos informados que existiam os cursos de Panificação e Confeitaria, para pessoas especiais, portadores de necessidades especiais. Então nós procuramos a coordenação do SENAI e solicitamos uma oportunidade para encaminharmos nossos usuários para esse curso. [...](P.09).

O entrevistado revelou que, naquele momento, o SENAI disponibilizou vários cursos para que os usuários escolhessem quais preferiam fazer, porém todos optaram fazer o Curso de Panificação e Confeitaria, por envolver alimentação, proporcionar uma garantia de renda e, conseqüentemente, inclusão ao trabalho, além de ser para esses usuários uma prática muito prazerosa.

Nesta primeira oportunidade, foram encaminhados 13 usuários do CAPS II para fazer o Curso de Panificação e Confeitaria, e destes, 12 concluíram. No segundo curso oferecido, os profissionais do serviço decidiram incluir na turma usuários e familiares. Tal inclusão tornou essa experiência diferenciada, pois enquanto um usuário não concluiu, por ter se acidentado, os quatro familiares matriculados não concluíram por motivos diversos. Nesta turma, estiveram 12 usuários, incluindo de outros CAPS.

Os cursos oferecidos pelo SENAI configuraram-se como uma prática inclusiva ao trabalho por ter permitido que os usuários obtivessem uma profissão favorecendo a melhoria da autoestima e da qualidade de vida. Para os profissionais entrevistados, esta prática de inclusão intersetorial, viabilizada através da parceria com o SENAI, foi um grande avanço para o exercício da cidadania e para a atenção psicossocial, como visto nas falas seguintes:

[...] acho que por ser um curso [...], que trata de alimentação, de você aprender, que você pode até fazer, algumas habilidades em casa, como alguns já fazem, alguns já confeitam bolo em casa, fazem alguns bolos, vendem para os vizinhos. Então, por isso acho que a procura foi maior para esse curso [...](P.09).

[...] Quando foi no final do ano na nossa confraternização, o bolo foram eles que fizeram. [...] O SENAI nos proporcionou o forno, o local, por que a gente não tinha o espaço adequado para fazer [...]. Então o usuário foi com a mãe e mais dois participantes [do curso] e fizeram esse bolo, confeitaram, ficou um bolo lindo e foi servido no dia da confraternização de natal. [...] Quando os familiares viram aquela mesa, na confraternização no final do curso, aquela mesa posta ali, tudo que era doce, [...] bolos, confeccionados por eles, você via na cara, o prazer, a satisfação que essa família tinha, ela olhar e dizer assim: eu não acredito que foi você quem fez! O olhar dizia isso. [...] Isso mostra na verdade para o próprio usuário e para os familiares que é preciso isso. [...] A gente inclusive tem um usuário nosso aqui que está mantendo isso em casa, ele tá fazendo bolo, encomenda de salgados, que de certa forma tem trazido uma renda para casa, [...] porque na verdade não é somente incluir, não é somente [...] preparar, capacitar é fazer com que ele deslanche a partir daí, ele tenha sua independência financeira que ele consiga viver daquilo [...](P.09).

O profissional confirma que, a parceria inclusiva foi efetivada com êxito, pois alguns usuários já estão gradativamente sendo inseridos no mercado de trabalho e têm buscado sua independência financeira. Através deste relato, constata-se quebra de preconceitos até por parte dos familiares, os quais, por vários momentos, não acreditavam terem sido os usuários que confeccionaram aqueles alimentos. Desse modo percebeu-se que a atitude favoreceu uma melhor convivência intrafamiliar.

Pelo dito, os entrevistados demonstraram, através destas atitudes, que têm sensibilizado os familiares dos usuários, mostrando as potencialidades, habilidades, e o mais importante, que os mesmos podem ser inclusos como qualquer cidadão na sociedade e no mercado de trabalho.

Azevedo, Miranda e Gaudêncio complementam essa afirmação, ao pontuarem que:

Atualmente, a família circunscrita na Reforma Psiquiátrica assume uma posição inclusiva e propositiva por meio da reabilitação psicossocial desinstitucionalização. Diferentemente de outrora, torna-se partícipe no tratamento e no acompanhamento do seu familiar doente, a partir de uma assistência aberta à comunidade, portanto substitutiva ao manicômio, contando com suporte da rede social e comunitária (Azevedo, Miranda e Gaudêncio, 2009, pág. 486).

Fica evidenciado que um dos desafios das instituições é pôr em prática os princípios da inclusão, para isso tais instituições devem ser capazes de criar programas e serviços internamente e/ou de buscá-los em entidades comuns da comunidade, formando parcerias que atendam às pessoas portadoras de deficiências. Para isso, faz-se necessário que as avaliações sociais, psicológicas, educacionais e profissionais, troquem sua finalidade tradicional de diagnosticar e separar pessoas, passando para a moderna finalidade de buscar soluções para todos, com foco na sua verdadeira missão de servir pessoas. E não ao contrário em que as pessoas precisem se ajustar as instituições (SASSAKI, 2007).

Cabe destacar, portanto, que os usuários assistidos nos serviços do município pesquisado, embora controlados, são portadores de transtornos psíquicos graves. Isso, porém, não se configura num fator dificultador dos usuários serem inseridos na sociedade. Corroborando com essas ideias, de acordo com Goldberg (2001) os transtornos graves e moderados não são fatores impeditivos dos usuários dos CAPS para desempenhar funções sociais. Eles podem sair de casa, ir e retornar aos locais de tratamento, participar de atividades almejadas em cada fase de suas vidas,

surpreendendo, através de suas ações, os profissionais e familiares com iniciativas antes reprimidas. Tais atitudes possibilitam que os usuários atinjam cada vez mais gerenciamento de suas vidas, contribuindo, desta forma, para sua autonomia.

O Centro Jovem Cidadão e o Centro Cultural também têm efetuado parcerias com os CAPS, principalmente como o CAPSad, através do oferecimento de vagas para os usuários em cursos profissionalizantes como: cabeleireiro, música, violão, capoeira, esportes, piano, artesanato, computação, dentre outros.

Outro dispositivo da rede que se tornou um grande parceiro dos CAPS e tem contribuído com a consolidação destas práticas inclusivas é o **Centro de Convivência**. Este serviço está oferecendo cursos, oficinas terapêuticas, arteterapia e momentos de descontração para toda a população e usuários no seu interior, colaborando, assim, com a reabilitação dos usuários. O **Centro de Referência de Assistência Social – CRAS** - tem sido igualmente um dos parceiros dos CAPS, segundo um dos entrevistados, *“lá eles realizam palestras para os usuários do CAPS”* (P.02).

As práticas de inclusão social pelo trabalho, para o Ministério da Saúde, ainda se mostram como um dos principais desafios da Reforma Psiquiátrica trata-se de um processo amplo de inclusão e aprendizado da cidadania direcionada às pessoas em sofrimento mental, enfocando a potencialização do trabalho como instrumento que possibilita a inclusão social destes usuários nos ambientes sociais (BRASIL, 2004).

Conforme visto, essa articulação vem acontecendo no município pesquisado, evidenciando o compromisso dos profissionais com o processo de reforma em curso, configurando-se um dos grandes desafios da saúde mental para o futuro.

4.2.1.2. Projeto Saúde na Escola

“As escolas têm que esquecer a idéia de que o aluno tem que se adaptar a ela. Pelo contrário, elas devem tornar-se o meio mais favorável para o aluno, dando-lhe recursos para enfrentar desafios”.

(Cláudia Werneck)

O Projeto Saúde na Escola é uma iniciativa da gestão da saúde mental do município, tornando-se uma estratégia para promover a intersetorialidade e a

inclusão dos usuários. Seu objetivo é criar parcerias através de formação de redes e, desta forma, diagnosticar precocemente possíveis sinais de sofrimento psíquico que estejam se instalando ainda na infância, preferencialmente crianças, menores de seis anos de idade. Tal projeto possibilitou a intervenção precoce nestes serviços, mas, com este fato, os profissionais precisaram traçar estratégias de tratamento e acompanhamento para que, no futuro, elas não venham a desenvolver transtornos mentais por *déficit* na assistência.

O projeto está vinculado ao CAPSi - Centro Campinense de Intervenção Precoce, também chamado de CAPSinho, criado através da iniciativa da gestão municipal de saúde mental sob a supervisão e orientação de uma psicanalista da Bahia que já havia iniciado esse trabalho no referido estado.

A profissional que coordena o projeto em Campina Grande atua no município há quatro anos. Segundo ela, o processo de implantação deste projeto enfrentou alguns obstáculos, tendo sido necessários muitos estudos e várias reuniões com professores e gestores municipais.

De acordo com os profissionais responsáveis pela efetivação desta prática, as visitas a creches e escolas municipais, acontecem três vezes por semanas. Trata-se de uma equipe interdisciplinar que se reveza com aproximadamente três profissionais por visita ou de acordo com a necessidade explicitada por cada instituição escolar. Nas falas seguintes, descrevemos como acontecem essas práticas no cotidiano das escolas e creches da cidade:

[...] a gente vai para perceber as crianças que tem dificuldades gerais, [...] não vai só para perceber a criança que tem transtorno, vai perceber a criança que está sentadinha, que não conversa com ninguém, detectando esses riscos. [...] Então você tem que ter [...], um olhar diferente para aquela criança, se ela conversa demais, se ela bate demais. [...] Você tem que conversar com essa família, [...], saber o que é que tá acontecendo em casa, se ela tá sendo machucada. [...] A gente vai com essa perspectiva, com esse objetivo, de mostrar a esse profissional, que ele precisa de um olhar diferente para essa criança, para que ele possa fazer intervenções pontuais. A gente faz palestra nas escolas, momentos com os pais, [...] com as crianças, aí eu vou, converso com o professor e faço atividade mesmo com as crianças. A gente leva bichinhos, leva pintura, [...] leva toda criatividade para conversar mesmo, e saber dessa criança que ela [a professora] me falou do problema. (P. 03)

Levamos sempre alguma coisa que seja interessante para criança, comunicamos a escola, automaticamente elas liberam aquele dia e aquele tempo e um espaço [...] na escola, e então nos juntamos a

eles, e aí sentamos, brincamos, conversamos, fotografamos, observamos, quem tem determinadas dificuldades, de falar, de olhar, de se entrosar, e de se socializar, conversamos também com a escola, que nos falam das dificuldades com relação aos pais [...](P. 11).

[...] as coordenadoras já me conhecem, as diretoras, [...] aí liga: a gente tá com uma criança assim, você poderia fazer uma visita? se a escola precisa de uma palestra com um neurologista ele vai comigo [...], ele fica a disposição, de acordo com a necessidade. [...] Quando eu chego nas escolas [...] com a equipe, eu levo fonoaudiólogo, psicólogo, fisioterapeuta, depende de cada caso[...].(P. 03)

Esses profissionais revelam-nos que o trabalho de intervenção precoce desenvolvido com crianças menores de seis anos evita a instalação de problemas psíquicos maiores. Esta prática intersetorial também possibilita que os professores mudem o foco da atenção para as crianças sob sua responsabilidade no ambiente escolar, como também contribui para que os docentes sintam apoio e confiança nos profissionais dos CAPS, chamando-os quando sentem dificuldades. Desta forma, proporciona-se a efetivação de ações intersetoriais que favoreçam a inclusão social e, conseqüentemente, a melhoria da qualidade de vida dessas crianças.

Estudos comprovam que avaliações clínicas periódicas e multidisciplinares permitem identificar fatores de riscos, de forma preventiva, contribuindo, para redução da morbimortalidade. Além disso, evidenciam que quando esta assistência pauta-se na integralidade do cuidado e na educação em saúde, as avaliações periódicas promovem a adoção de hábitos e atitudes de vida mais saudáveis por parte dos familiares e das crianças (BRASIL, 2009).

A prática intersetorial na escola possibilitou que, em alguns momentos, os profissionais, através da realização do exame físico, identificassem sinais de violência contra a criança, sendo necessário intervir, como revela a fala abaixo:

[...] Teve vários casos que a gente viu que a criança está caladinha... E quando você começa a conversar com ela, ela tá sendo violentada sexualmente em casa, [...] machucada, [...] quando você tira a roupa da criança, [...] ela tá sendo machucada com cigarro, com tudo (P. 03)

A violência contra a criança é um problema que cada vez mais necessita da intervenção do setor público, porque as marcas físicas, emocionais e psicológicas, podem ter sérias implicações no desenvolvimento da criança, na sua saúde e

capacidade de aprendizagem, levando-as muitas vezes a desenvolver transtornos psíquicos, tais como: *déficit* do comportamento, depressão, distúrbios do sono, problemas escolares, alteração do humor, ansiedade e dor psicossomáticas, além de psicoses e/ou neuroses. Neste sentido, parcerias entre CAPS, secretaria de defesa da criança e conselho tutelar são viáveis e precisam acontecer.

O Estatuto da Criança e Adolescente define no art. 13 que “Os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais” (BRASIL, 2008, pág. 12). Assim, o projeto saúde na escola tornou-se uma prioridade para o município, pois, favoreceu ações preventivas e pontuais, sendo essencial na atual conjuntura para a consolidação da formação de redes sociais e para a atenção psicossocial.

Outras ações dentro deste projeto vêm sendo realizadas por parte dos profissionais do CAPSi. Vejamos as falas abaixo:

[...] O saúde na escola, visita as escolas, já é uma prática intersetorial que a gente faz com os profissionais da educação, [...] fora o que a gente entra em contato também com Justiça, com Conselho Tutelar, com abrigos, a gente mantém esse contato intersetorial. (P. 17)

A gente também visita os abrigos de Campina Grande, como o Lar do Aconchego, a casa da esperança um e dois, Ministério do Farol. [...] A gente fez um trabalho nos abrigos de Campina Grande, que também tem crianças nas escolas, então tudo está interligado a escola, [...] tem uma criança de lá, que vai para o abrigo, a gente vai dar essa ajuda também (P.03).

Constata-se, nas falas relatadas acima, o envolvimento dos profissionais com outros setores da rede de serviços do município, estabelecidos mediante formação de vínculos e influenciados pelo projeto de intervenção precoce. Os profissionais entrevistados evidenciam que, para a resolução dos casos encontrados nas escolas e nos abrigos, buscam apoio da Justiça e do Conselho Tutelar, possibilitando a efetivação da integralidade da assistência, através de ações intersetoriais efetivas.

Conforme suscita o Ministério da Saúde, a escola tornou-se um importante espaço para o desenvolvimento de um programa de educação para a saúde, permitindo possibilidades de educar por meio da construção de conhecimentos resultantes de diferentes saberes, sejam científicos, profissionais ou mesmo aqueles

trazidos por alunos e familiares que expressem crenças e valores próprios. Sobretudo, faz-se oportuno que esses encontros de saberes gerem aquilo se convencionou chamar de “Cultura Escolar” por assumir expressão própria e particular em cada estabelecimento (BRASIL, 2009).

Segundo Delgado (2010), a nova fronteira intersetorial ainda está por ser conquistada, configurando-se um grande desafio da Reforma Psiquiátrica e para os municípios brasileiros, existe uma necessidade da rede de saúde mental articular-se com o sistema socioeducativo, com a Justiça, com a abordagem clínicas das questões da violência, para isso, faz-se oportuno também, uma interação com a escola, investindo na promoção, prevenção de alterações psíquicas na primeira infância.

Reforçando as ideias referidas acima, para a Organização Mundial de Saúde, a saúde mental precisa estabelecer vínculos com outros setores: “como educação, trabalho, previdência social e direito, bem como certas organizações não governamentais devem participar na melhoria da saúde mental das comunidades” (OMS, 2002, pág. 16).

O cuidado com a criança é fundamental para a prevenção do adoecimento mental no adulto. A OMS/OPS torna prioritário o cuidado com a criança e o adolescente chamando a atenção para que os governos demandem respostas apropriadas, por parte dos serviços de saúde mental, à problemática da criança e adolescente em situação de vulnerabilidade (OMS/OPS, 2010).

4.2.1.3. Curso de Pintura em Tela

“A grande demanda de se criar um hospital para isolar pessoas parte da sociedade, do que ela aprendeu a temer. Para mudar essa cultura, nada mais eficaz do que a Cultura-Arte. Uma música, uma peça de teatro, uma poesia pode mexer em coisas estruturais”.

Paulo Amarante

Ao longo de sua história, a terapia ocupacional surgiu sob o signo da reabilitação, através da atuação de profissionais, como: fisioterapeutas, assistentes sociais, fonoaudiólogos e profissionais da enfermagem, integrando o núcleo de

sustentação dos centros de reabilitação. Tais serviços apresentam uma ação voltada para o tratamento e para o desenvolvimento de habilidades, na construção de um cotidiano para os indivíduos excluídos da sociedade. Possuem caráter vocacional pragmaticamente ordenado como treinamento de habilidades, desenvolvimento educativo e orientação habitacional e sócio-recreativa (BENETTON, 2001).

As oficinas terapêuticas fazem parte do processo reabilitador para os usuários, caracterizando-se como experiências positivas no campo do resgate da cidadania. Possibilitam a preparação para o mercado de trabalho, favorecendo a retomada de atividades antes realizadas, ou mesmo descobrindo novas habilidades na busca pela independência dos portadores de transtornos mentais (MIELKE *et al*, 2009).

O Curso de Pintura em Tela foi outra prática inclusiva que favoreceu o protagonismo do usuário. O grupo que desenvolveu esta oficina atua no CAPS III-Reviver. De acordo com Silva (2007), o CAPS III do município de Campina Grande acolhe 417 indivíduos adultos de ambos os sexos, portadores de transtornos mentais graves. O serviço é permanente, funcionando 24 horas por dia e conta com oito leitos para breve permanência de usuários em crise. A equipe é interdisciplinar, composta por psiquiatras, clínicos, psicólogos, psicoterapeutas, terapeutas ocupacionais, educadores físicos, fisioterapeutas, pedagogos, assistentes sociais, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem que trabalham em uma proposta terapêutica única. Os usuários são conduzidos à reinserção social através de acompanhamento individual e/ou em grupo, sendo as atividades realizadas de acordo com a necessidade de cada um.

O grupo que participou deste curso é muito atuante, assistido a mais de quatro anos no serviço e sempre produz e desenvolve atividades geradoras de renda. A oficina tem como facilitador um profissional do CAPS III e um usuário do grupo que apresentava habilidade para pintura e foi realizada com 15 usuários entre os anos de 2008 e 2009, durante aproximadamente seis ou sete meses. A intenção deste grupo é organizar uma cooperativa social, sugestão proposta pelo modelo de atenção psicossocial. Podemos identificar abaixo possibilidades para sua implementação neste serviço:

[...] Estamos tentando fazer um trabalho de geração de renda, mas para isso a gente precisa se organizar em grupos, com se fosse uma

cooperativa social. Então quinta feira vai ter uma assembléia para discutir o que a gente vai fazer com o dinheiro existente, que é um dinheiro deles, que já foi da venda dos produtos deles [...]. Então o que eles decidirem, está decidido, eles precisam fazer parte desse processo (P. 06).

O profissional revela que o processo de trabalho é democrático, criativo e estimula a autonomia dos usuários, possibilitando o poder de decisão e discussão, bem como a construção de sujeitos ativos e produtivos, participantes de todo o processo de construção de sua cidadania.

Como o grupo estar sempre ativo, a ideia da oficina surge como uma ação desafiadora, tanto para o profissional facilitador do grupo, por ele não possuir domínio suficiente da técnica de pintura em tela ou pela dimensão da responsabilidade no que tange aos recursos materiais necessários para o seu desenvolvimento, como também, para o usuário que se propôs a ser o verdadeiro facilitador do processo de ensino/aprendizagem dos demais colegas, como podemos constatar no relato que se segue:

Para você ter uma ideia como é que surgiu o protagonismo do usuário. A gente começou, vamos fazer pintura em tela, e eu não sou pintor, não sou artista plástico, eu não sei pintar, mas no grupo, tinha um usuário que tinha habilidade em pintura, só que estava adormecida essa habilidade [...]. A gente chegou para ele [o usuário]: Você quer ser uma pessoa que vai ajudar? Você quer ajudar na pintura? Então, ele se sentiu o máximo em poder [...], ser o facilitador da oficina, só que [...], nós não tínhamos telas, não tínhamos tintas, não tínhamos pinceis e aí? Nós fizemos uma rifa com os usuários, conseguimos fazer uma rifa e compramos tinta e pincel, telas, não conseguimos [...]. A gente conseguiu quadros antigos da Secretaria Municipal de Saúde e tinha uns retalhos de tecido de uma loja de tecido que tinham nos doado, então surgiu [...] a criatividade, [...] a gente fez uma moldura com esse tecido, a gente revestiu a moldura com esse tecido, esticou, fez todo um trabalho artesanal, pintamos e fizemos uma tela branca, pronta para fazer uma pintura em tela e aí a gente começou a fazer essa pintura, mais aí foi um processo bem interessante, no final ficaram cada uma mais bela do que a outra [...]. Esses usuários da terça feira, todos tiveram sua obra, [...] todos tinham seu quadro (P. 06).

O entrevistado sinaliza que atuou sendo um despertador de habilidades já existentes, considerando a potencialidade do usuário como protagonista do seu processo terapêutico. Observa-se que a vontade de fazer diferente suscita a criatividade e motiva os usuários a superar obstáculos para encontrar alternativas

que atendam à realização do desejo. Cuidar dos usuários com respeito inclusivo significa colocá-los no centro do processo terapêutico, acreditando na revitalização da capacidade interna de superação da apatia que muitas vezes acomete o usuário pelo desacreditamento da sociedade em relação ao seu potencial criativo devido ao transtorno mental.

A busca por parceiros fora do serviço é extremamente importante para a prática inclusiva na sociedade. Na arte, o ser humano se reconhece e descobre seu poder criativo e isto exige dele reconhecimento social, como vemos na fala seguinte:

[...] no final eles perguntaram: A gente vai expor aonde? Aí eu voltei e perguntei e aí a gente vai expor aonde? No teatro municipal! Eles pensaram inicialmente, [...] no teatro? Pois é. Aí outro usuário disse: porque não no museu [Assis Chateaubriand]? Que é um local que já tem exposição, lá tem como a gente expor. E aí de imediato um disse: eu tenho o telefone do diretor, então me dê que a gente vai ligar. No momento a gente ligou para o diretor e eu conversei com ele, [ele] se propôs a conversar e eu fui lá, falei da estratégia, ele disse: ótimo [...](P. 06).

Constata-se que, quando se tem vontade política, as coisas fluem e desenvolvem-se. Esta ação iniciou com uma oficina de pintura em tela, dentro do serviço, mais que, de tão motivadora, germinou avanços para o processo de reabilitação da atenção psicossocial dos usuários.

De acordo com Saraceno (1993, *apud*. BENETTON, 2001), a reabilitação psicossocial prevê um processo de restituição, construção e reconstrução de direitos políticos legais e sociais para o cidadão. O autor mostra-se enfático quando propõe um projeto de reabilitação, que promova respostas positivas de profissionais e da sociedade capaz de causar emoções e o reconhecimento do doente mental.

A exposição das telas produzidas pelos usuários aconteceu no Museu Assis Chateaubriand em 2009, porém, novos desafios emergiram com esse grupo de usuários do CAPS III – Reviver. Para que essas telas fossem expostas foi criado o Projeto Cultural Itinerante, descritos na subcategoria seguinte.

4.2.1.4. Projeto Cultural Itinerante

O Projeto Cultural Itinerante também tem como facilitador o profissional que atuou no curso de pintura em tela, junto com o usuário. O projeto teve início em

2009, através de uma construção coletiva de ideias surgidas neste grupo do CAPS III - Reviver, tendo tomado uma dimensão inesperada, como podemos apreciar na fala explicitada a seguir:

No momento era só uma exposição dessas telas, mas a partir daí, começou uma instigação deles mesmos e aí eu fui colocando para equipe, trabalhar outras questões. Quem sabe uma palestra, trazer alguém e nessa iniciativa, eu tive em Recife e a gente aproveitou a oportunidade, divulgou esse projeto e a gente batizou como Projeto Cultural Itinerante e nesse evento o que é que aconteceu: Nós tivemos mais de 15 CAPS da Paraíba presentes, tivemos mais de 300 participantes, palestrantes das Universidades, da UEPB e da Federal [UFCG], familiares, usuários, profissionais, gestores, então toda uma rede se juntou neste evento, teve uma mostra de produções, venda de lanches, venda de produtos artesanais, toda produção deles, exposição de telas, palestras, foi um dia todo, no museu que foi assim, fantástico, então eles participaram, eles falaram, [...](P. 06).

Percebe-se, portanto, que a iniciativa realizada dentro de um CAPS que começou através de uma atividade terapêutica, como forma de ocupação, expandiu-se e tomou uma dimensão que resgatou a autoestima dos usuários, levou os mesmos a outros espaços de inclusão social e possibilitou a troca de experiências entre usuários de outras instituições e familiares, com isso, esse projeto foi reconhecido pelo Ministério da Cultura, como podemos apreciar no relato abaixo:

[...] O próprio Ministério da Saúde soube, da dimensão que o Projeto Cultural Itinerante foi reconhecido pelo Ministério da Cultura, como estratégia que favoreceu a cultura e a diversidade e a loucura, [...] promoveu todo esse dinamismo, entre a saúde mental, a sociedade como um todo... A gestão, profissionais, familiares, vieram para unir-se e disseminar todo esse processo de interação e integração com o usuário na sociedade (P. 06).

Com a efetivação do Projeto Cultural Itinerante, os serviços substitutivos avançam no processo de inclusão dos usuários tratados e cuidados neste município. Todavia, é importante ressaltar que embora tenham ocorrido melhorias visíveis, proporcionadas por esse projeto, foram identificadas fragilidades no que tange a sua consolidação e continuidade, conforme podemos identificar no relato do entrevistado abaixo:

[este trabalho ainda está sendo desenvolvido?] Não, esse trabalho de pintura em tela, a gente parou, por questão de incentivo, que essa

é uma dificuldade também, a dificuldade é exatamente de incentivo, [...] (P. 06).

Em virtude disso, constata-se que os serviços substitutivos precisam superar as fragilidades dos recursos materiais, que, por muitas vezes, têm contribuído para a não efetivação de ações exitosas como estas, que colaboram para o reconhecimento e a reinserção das pessoas em situação de sofrimento psíquico do CAPS III.

Para Rabelo *et al* (2005), os serviços substitutivos da Reforma Psiquiátrica devem realizar atividades para obtenção de rendas permanentes, uma vez que o desenvolvimento profissional visando à obtenção de rendimentos financeiros mostra-se importante na vida social de qualquer ser humano. Entretanto, para os usuários destes serviços, há uma maior dificuldade de habilitar-se socialmente quando comparados aos demais cidadãos, levando maior desvantagem no sistema de competição social para o desenvolvimento de atividades rentáveis.

Segundo o Ministério da Saúde:

O CAPS é o núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento. Os projetos desses serviços, muitas vezes, ultrapassam a própria estrutura física, em busca da rede de suporte social, potencializadora de suas ações, preocupando-se com o sujeito e a sua singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana (BRASIL, 2010c, pág.1).

Nesta perspectiva, o estilo de vida independente mostra-se fundamental no processo de inclusão por possibilitar que as pessoas com deficiências tenham maior participação na sociedade beneficiando-se dos bens e serviços oferecidos, como também por favorecer a contribuição ativa no desenvolvimento social, econômico, cultural e político da nação. Em outras palavras, seria vida independente e exercício de cidadania (SASSAKI, 2007).

Não obstante, vale destacar que o grupo de usuários do Projeto Cultural Itinerante permaneceu com alguns avanços intersetoriais, buscando novos parceiros, os quais estão possibilitando sua inclusão no mercado de trabalho. Por trata-se de um projeto que veio para circular em toda a cidade, os mesmos firmaram uma parceria com a Agência Nacional de Desenvolvimento (ANDE), como podemos apreciar na página a seguir:

[...] Como este é um projeto que vem para circular no território, na rede, na comunidade, na cidade, nos locais públicos, e expor as produções deles que além de expor, vender e promover um meio de geração de renda, então nós temos uma barraca na praça da bandeira que é apoiada pela ANDE e a gente uma vez por semana, na sexta feira o dia todo, os usuários tem representante na praça para vender os seus produtos. [...] Esta iniciativa surgiu a partir dessa negociação, desta busca por serviços intersetoriais. [...] Este projeto acontece juntamente com outros artesãos, ele deixa de ser usuário e passa a ser artesão, [...] e lá ele está vendendo os produtos dele, está mostrando que é capaz e os usuários estão se sentindo muito bem com isso (P. 06).

O crescimento deste grupo é notório. A ação intersetorial promoveu inclusão no mercado de trabalho e mostrou que os CAPS vêm articulando-se com os dispositivos dos sistemas sociais vigentes. Tal experiência configura uma iniciativa para o resgate da cidadania e da independência dos usuários deste município.

Estes achados corroboram com o entendimento de Saraceno (2001) em relação aos resultados satisfatórios e exitosos da reabilitação das pessoas em situação de sofrimentos psíquicos. O autor postula que esses resultados não são determinados pelas melhores técnicas utilizadas pelos profissionais, mas sim pelos vínculos construídos entre profissional e usuário, pela afetividade, pela continuidade dessa relação, aliado à maneira como estes serviços estão organizados, bem como pelas políticas públicas locais de saúde mental.

Com tudo, algumas atitudes ainda representam um desafio para a rede de saúde mental de Campina Grande, conforme sinalizado abaixo:

[...] na verdade, a gente está tentando formar o núcleo de geração de renda que é uma prática que eu não sei quando vai ser consolidada [...], nós temos grupos que produzem muito bem crochê, [...] embalagem, materiais manuais, ponto cruz. [...] Tem trabalhos de qualidade, muito vendável e a gente pode está buscando espaços na comunidade para venda e gerar renda para essas pessoas. Agora, o que eu entendo é que o CAPS não é o local de produção, disso, como gerador de renda, mas ter um lugar extra CAPS que possa ser um núcleo de geração de renda e que essas pessoas possam ir lá trabalhar e produzir e daquilo gerar renda para eles. Essa é [...] uma visão que não é só minha, mais uma visão nacional que deixou as cidades do país, que já existe essa prática, então nessa última ida minha a Brasília a gente pode perceber isso, os grupos organizados já em algumas cidades do Brasil. É preciso potencializar essas práticas (E. 06).

A fala expressa na página anterior corrobora com os relatos de Benetton (2001), pois o autor diz que, na reabilitação psicossocial, deve-se priorizar práticas sociais que favoreçam os usuários a saírem dos centros, dos hospitais e das oficinas abrigadas para criarem espaços de intervenções na própria comunidade, ou seja, no território.

Nesta perspectiva, constata-se que embora desafiadora para a equipe, o grupo já iniciou um projeto de geração de renda, através da parceria concretizada com a ANDE, que tem possibilitado os usuários a produzir e vender seus produtos na Praça da Bandeira, situada no Centro da Cidade de Campina Grande. Tal projeto representa uma oportunidade de promover a dignidade humana, melhoria da autoestima e a inclusão ao trabalho. O profissional deixa evidenciado que o objetivo é a formação do núcleo de geração de renda, localizado na comunidade, e não intramuros, concretizando, assim, a inclusão desses usuários na sociedade.

Segundo Delgado (2005), são muitas as experiências brasileiras de geração de renda, cooperativas, trabalho protegido, entre outras, que se articulam com a rede de atenção psicossocial. Durante a Primeira Oficina Nacional de Experiências, no ano de 2004, as cidades mostraram sua diversidade, revelando duas características comuns: a angústia por serem frágeis e terem pouca sustentação institucional e financeira e a certeza dos bons resultados obtidos e da adesão dos usuários; mostrando-se eficazes, porém inseguras. Sobretudo, possuem determinante ético em toda a produção da autonomia e inclusão social dos usuários.

Singer (2010, pág. 14) fez alusão às cooperativas sociais como uma forma de superação dos sofrimentos psíquicos: “Ela têm papel fundamental e não se trata apenas de criar cooperativas de usuários de serviços de saúde mental, como também dos presos, dos jovens em instituições socioeducativas e de populações que vivem nas ruas”. Segundo o autor, já existem mais de 300 cooperativas sociais formadas por egressos de manicômios.

4.2.1.5. Colônia de Férias/ Passeios

Relembramos que o trabalho do CAPS abrange ações intra e extramuros, dirigidas prioritariamente às pessoas em situação de sofrimentos psíquicos maiores. Os usuários assistidos nesses serviços são marcados pela dificuldade de fazer e refazer vínculos com o real, com o social e ainda com a tradicional carência de

cuidado adequado, configurando um dos desafios desses serviços (RABELO *et al*, 2005). Deste modo, identificamos falas que afirmam a existências de momentos inclusivos, 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 acontecem 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).

Nesta fala, evidencia-se que a ação dos profissionais é movida pela intenção de mostrar aos familiares à possibilidade de incluir os portadores na sociedade, e seu papel fundamental nesse processo. Eles compreendem que a inclusão social não é uma ação isolada, do serviço, mas de toda a sociedade e principalmente da família.

Os gestores municipais têm contribuído com espaços distribuídos pela cidade que favorecem o trabalho dos profissionais com os usuários nesses locais com áreas amplas e abertas ao público. Desta forma, os profissionais mostram-se motivados para o exercício da inclusão social dos usuários, buscando, trabalhar os estigmas, os preconceitos e a discriminação que os familiares e a sociedade impregnaram historicamente. 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).

[...] 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 a 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 por que 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).

Sim, por exemplo, [...], a gente saía 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 uma visão ampliada da inclusão, pois suas ações demonstram que querem provocar rupturas nos preconceitos, por parte do familiar ou mesmo dos outros profissionais.

As atividades extras CAPS só estão sendo possíveis devido à existência dos espaços públicos que a gestão municipal tem construído e disponibilizado, como o Complexo Esportivo Plínio Lemos, o Parque da Criança e os Museus da cidade. Tais ambientes sociais contribuem para a circulação das pessoas em sofrimento psíquico e favorecem o cumprimento do direito de cidadão. Na contemporaneidade, estes 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 revelam-nos existir um local chamado indústria do conhecimento, no Parque da Criança. Trata-se de um local aberto ao público, abastecido com equipamentos, insumos e profissionais que tem contribuído com a efetivação das ações inclusivas. Existem, também, outros espaços como os museus da cidade que atuam nesta mesma perspectiva.

4.2.2. Práticas que Promovem a Integralidade da Rede de Cuidado em Saúde;

Um paciente não se reduz a uma lesão que nesse momento lhe provoca sofrimento. Tampouco não se reduz a um corpo com possíveis lesões ainda silenciosas, escondidas à espera de um olhar astuto que as descubra. Tampouco se reduz a conjunto de situações de risco. O profissional que busque orientar suas práticas pelo princípio da integralidade busca sistematicamente escapar aos reducionismos.

Ruben Araújo de Mattos.

Conforme visto na literatura especializada, os Centros de Atenção Psicossocial possuem como objetivo essencial articular a rede de cuidado para efetivar a integralidade da assistência dos usuários de seu território. Nesse sentido, foram identificadas práticas que estão favorecendo a inclusão dos usuários no município. Constatamos esta articulação consolidando-se em alguns territórios da rede, nas quais podem ser expressas através das seguintes subcategorias: 4.2.2.1 – Parcerias entre Equipe Itinerante – CAPS III / ESF/NASF; 4.2.2.2 – Equipe de Intervenção precoce; 4.2.2.3– Arteterapia com profissionais – Projeto cuidando de quem cuida; 4.2.2.4- Arteterapia com usuários; 4.2.2.5- Curso de operador de micro computador.

4.2.2.1. Parcerias entre Equipe Itinerante – CAPS III / ESF/NASF

As Equipes Itinerantes tornaram-se uma estratégia de referência para os demais serviços da rede de saúde, principalmente no que se refere ao atendimento de situações emergenciais. Tais equipes têm se articulado com a Estratégia Saúde da Família, visando o acompanhamento de casos que envolvam pessoas em sofrimento mental porque os profissionais da ESF demonstraram fragilidades na condução dos casos clínicos do seu território, optando, muitas vezes, pela medicalização rotineira dos usuários.

Esta fragilidade pode ser consequência das capacitações naquela área, que historicamente não foram suficientes para a sensibilização dos profissionais da ESF. De acordo com a história, a maior preocupação do Governo Federal com a implantação do Programa de Saúde da Família, em 1994, foi capacitar

primeiramente os profissionais para atuarem na área materno-infantil, focando todos os treinamentos da época para essa demanda.

Brenda *et al* (2005) reforça em seu estudo a existência do despreparo dos profissionais da ESF para lidar com conteúdos ligados ao sofrimento psíquico e as necessidades subjetivas no cotidiano da assistência. Constatou que eles desenvolvem uma tendência à medicalização dos sintomas, demonstrando, inclusive, dificuldade de estabelecer a referência e contrarreferência dentro da rede de serviços.

O projeto Cultural Itinerante de Campina Grande está sendo coordenado por uma profissional atuante no município há cinco anos, e é composto por uma equipe interdisciplinar que circula nas equipes da ESF buscando capacitar os profissionais do segmento. Descrevemos a partir das falas dos entrevistados como derivou essa iniciativa:

[...] a iniciativa da Equipe Itinerante [...] é intersetorial por que nós já estamos fazendo [...], uma interlocução com outros serviços que é a saúde básica [...]. [Como começou?]. Na entrada da nova gestão [da saúde mental], que foi em 2006. Ela entrou com o objetivo [...], de escutar, capacitar e preparar toda rede de saúde mental, [...] ai a gente precisaria ver o que é que nós mais necessitávamos, que era ter uma interlocução com o PSF. Então, a Equipe Itinerante se volta atualmente para fazer um trabalho mais ligado à saúde básica, que é exatamente dando essa capacitação nos grupos de saúde mental. E o que é que a gente quer? A gestão quer exatamente diminuir o número de medicamentos nesses serviços, não só ela, mas todos nós que trabalhamos e temos a visão de que a saúde mental passa também pela escuta, passa também por outro tipo de tratamento que não só o medicamentoso. Então a pedido da equipe, [...] nós implementamos esse trabalho e mostramos que existe outras alternativas de tratamento para que ele [o usuário] se beneficie e tenha uma qualidade de vida melhor (E. 13).

[...] a Equipe [...] Itinerante que faz essa ponte entre PSF e CAPS, vêm onde é que estão as dificuldades. Os profissionais do PSF dizem: “A gente não tem essa capacidade!” Eles não se sentem com habilidade suficiente para tratar o transtorno mental associado ao uso de drogas, mas depois que conhece a equipe, que participa de reuniões, vê que tem condições de fazer [...]. (P. 12)

O que é que a gente faz na verdade, na Equipe Itinerante? Ela escuta, ela capacita e ela supervisiona o grupo de saúde mental junto aos PSF's e ela também faz um tipo de matriciamento, ou seja, o caso que a gente não dá conta e que não vem para o posto ou que a equipe [...], não está sabendo lidar com a pessoa que tem transtorno, até por que eles também não tiveram essa preparação e ai a gente explica ao PSF, a gente está aqui para somar, nós não

estamos para invadir o espaço de vocês e a gente vem com a saúde mental para capacitá-los [...], e, a partir daí a gente vê esse resultado, eles gostam muito e a gente vai, matricia. Matriciar é o quê? É acompanhar um caso em que está difícil o acesso junto ao PSF, que está em estado de abandono. [...] É um paciente que toma há muito tempo, 30, 20, 10 anos uma medicação e que a gente tem que fazer uma reavaliação, que tem que retornar ao CAPS para que ele seja visto pelo médico, psiquiatra (P.13).

Estas falas sinalizam que a iniciativa de desenvolver a prática integrativa parte da necessidade da equipe da ESF de se capacitar para que, trabalhe com os grupos de saúde mental do seu território com mais conhecimento. Apreende-se que os profissionais ainda apresentavam resistências em trabalhar com a saúde mental, mas após o apoio das equipes itinerantes, através do matriciamento, eles sentiram-se mais seguros e preparados para o acompanhamento dos casos clínicos existentes no território.

Corroborando com as falas acima, o Ministério da Saúde complementa dizendo que a mudança do modelo de atenção à saúde mental dentro do SUS é direcionada para a ampliação e qualificação do cuidado nos serviços comunitários, com base no território. Tal modelo possibilita mudança na concepção e na forma de cuidado, levando suas práticas o mais próximo possível da rede familiar, social e cultural do usuário, para que seja viável a retomada de sua história de vida e de seu processo de adoecimento. Desta forma, favorece-se a concepção de que a produção de saúde é também produção de sujeitos na qual saberes e práticas devem se articular na construção de um processo de valorização da subjetividade, em que os serviços de saúde possam tornar-se mais acolhedores, com possibilidades de criação de vínculos (BRASIL, 2010a).

Através dessa iniciativa os profissionais criam vínculos, consolidando a integralidade do cuidado, pois uma das funções da ESF é tornar-se a porta de entrada do sistema de saúde e, dessa forma, garantir assistência primária às pessoas em situação de sofrimentos psíquicos de sua área de abrangência, encaminhando os casos mais graves aos serviços de referência, quando necessário.

A saúde mental ainda tem sido um desafio para os profissionais da ESF. Segundo dados da OMS (2003), uma em cada quatro pessoas desenvolvem transtornos psíquicos em algum momento da vida. Em países desenvolvidos, 44% a 70% das pessoas não recebem tratamentos adequados, enquanto, nos países em desenvolvimento esse percentual pode chegar a 90%, refletindo no impacto dos

agravos em saúde mental na população e também na atenção básica, visto ser esse o único atendimento disponível em muitas localidades brasileiras (BRASIL, 2003).

Quando se avalia a trajetória do tratamento para o doente mental na organização do SUS, constata-se que o mesmo até bem pouco tempo, não era realizado pelos profissionais da atenção básica. Muitos casos considerados graves nem constavam nos registros populacionais da ESF, enquanto os casos mais leves eram sistematicamente encaminhados para os ambulatórios especializados, restringindo-se o atendimento apenas à repetição das receitas prescritas pelos psiquiatras (LIRA, 2007).

A partir dos avanços da Reforma Psiquiátrica, criou-se uma responsabilidade pelo delineamento de novos caminhos na assistência aos doentes mentais. A Reforma propõe-se a romper gradativamente com o modelo centrado no hospital, a criar serviços territoriais abertos. Surge, então, a necessidade de articular saúde mental e ESF, trazendo mais uma demanda para os profissionais que atuam nesses sítios. Diante das limitações dos profissionais da ESF atuarem com essas pessoas em sofrimento psíquico, o Ministério da Saúde propõe a implantação das equipes matriciais, dando apoio a esses profissionais no território (LIRA, 2007).

As equipes matriciais surgem como uma proposta de avanço e uma possibilidade de reorganização da atenção básica, no sentido da integralidade da atenção. Estas equipes visam descobrir e elucidar os recursos terapêuticos existentes no território, os grupos de terapias comunitárias, as associações de bairro, os grupos de ajuda, as cooperativas e qualquer outra oferta possível, cujo propósito seja inserir usuários e gerar autonomia (LIRA, 2007).

De acordo com Figueiredo (2006), as equipes itinerantes inseriram-se na rede de cuidado em saúde para oferecer suporte técnico especializado aos demais serviços e profissionais do território. Dessa forma, o apoio matricial tem possibilitado troca de saberes, intervenções e experimentações que auxiliam as equipes a ampliar sua clínica e sua escuta, levando os profissionais a uma atuação mais apropriada, a partir da valorização da subjetividade do usuário.

O critério populacional tem sido um dos principais critérios para o planejamento da rede de atenção à saúde mental nos municípios e para a implantação dos CAPS. Esse critério, no entanto, deve ser compreendido apenas como um orientador para o planejamento das ações de saúde. O gestor local, através da articulação estabelecida com as outras instâncias de gestão do SUS, terá

condições mais adequadas para definir os equipamentos que melhor respondem às demandas de saúde mental de seu município (BRASIL, 2010c).

Partindo da necessidade local, a gestão municipal da saúde mental de Campina Grande mobilizou-se e logo constituiu a equipe itinerante que daria apoio às equipes da ESF. A partir de então, o apoio passou a acontecer através do matriciamento de casos clínicos, da escuta e capacitação dos profissionais para uma atuação que favoreça outra postura, incluindo novas formas de tratar e, reduzindo com essa prática, a medicalização que persistiu por anos nesses serviços.

A equipe itinerante é formada por um membro de cada CAPS, constituindo-se em uma equipe interdisciplinar. Conseqüentemente, os profissionais responsabilizam-se pela assistência das equipes da ESF inseridas no seu território. Outro fator que tem favorecido a consolidação dessa iniciativa ocorre em virtude da equipe promover reuniões de intercontroles dos casos matriciados, possibilitando momentos de trocas de saberes e construção de conhecimentos.

As visitas da equipe itinerante na ESF estão sendo realizadas através de agendamentos, como observamos nas falas dos profissionais entrevistados:

[...] nós começamos pelos distritos [...], pegamos todos os distritos e como a equipe [...] é formada por um membro do CAPS, é uma equipe interdisciplinar e cada CAPS tem um distrito responsável, então esse membro começava a fazer os trabalhos no próprio distrito, [...] então começamos a disseminar [...] [o dia das visitas] Ela acontece nas segundas-feiras, nós temos reuniões de interlocução e de intercontroles sobre nossos trabalhos, e o matriciamento nós vamos durante a semana, todas às tardes. [...] Os PSFs agendam e a gente tem uma demanda até o final do ano, sempre lotada. (E. 13)

[...] toda segunda-feira eu estou no PSF, [...] eu estou também acompanhando quatro PSF e lá a gente está tentando ver os casos que o PSF tem, discute o caso com o NASF, PSF e o CAPS juntos e a gente faz esse matriciamento. [...] A equipe itinerante, ela está dando apoio a todo PSF, agora como o tempo é muito curto, que a gente não está disponível somente para essa equipe itinerante, é apenas um dia na semana que a gente está disponível à essa prática de território. Então a gente está se dividindo, fazendo esse trabalho nos PSF, já teve um trabalho no PSF de Catolé de José Ferreira, Argemiro Figueiredo, Raiff Ramalho e hoje eu estou nas Malvinas. Nas Malvinas, tem três equipes, Equipe IV e Equipe V e VI. Sou eu e a coordenadora A que é psicóloga e coordena a equipe itinerante. Tem o pessoal de cada CAPS, existe um representante na equipe itinerante e a gente se divide e vai fazer essa inspeção no PSF (P.06).

Os entrevistados revelam-nos a existência de um cronograma junto aos profissionais da ESF para que o apoio matricial efetive-se. A equipe Itinerante aqui referida constitui-se de pessoas que atuam no CAPS III, nos quais presta assistência às ESF do distrito sanitário II, V e VI. Podemos constatar nos relatos acima que algumas ações já foram efetivadas nas equipes da ESF de Catolé de José Ferreira, Argemiro Figueiredo, Raiff Ramalho e hoje este apoio matricial está sendo consolidadas nas três equipes do bairro das Malvinas, Equipes IV, V e VI.

De acordo com Lira (2007) a inserção das equipes matriciais junto à ESF tem como proposta a existência de uma equipe interdisciplinar composta por profissionais da saúde mental (psiquiatras, assistentes sociais, psicólogos e outros), que discutem os casos e acompanham alguns atendimentos, principalmente os domiciliares, favorecendo a integralidade da atenção através da segurança depositada nas equipes da ESF. Neste contexto, os entrevistados revelam-nos como esta prática, que promove a integralidade do cuidado, está sendo desenvolvida junto às equipes da ESF.

[...] lá no PSF onde eu estou atuando, no caso, é a Equipe Itinerante, a gente está fazendo um trabalho de escuta primeiramente com médico e enfermeira do PSF, dentista e assistente social e a equipe do NASF; em outro momento com os Agentes Comunitários de Saúde. A gente está fazendo um momento de escuta logo do profissional, [...], faz um trabalho com o profissional. Estamos fazendo, além dessa escuta com o profissional em outro momento, um estudo de caso, ou seja, quais os casos que o PSF tem que está dando um nó na equipe e juntos nós vamos tentar matriciar esse caso. É o serviço social que tem que fazer essa intervenção? É a fisioterapia? É a medicina? É a enfermagem? É o Agente Comunitário de Saúde. Então a gente tenta ver o caso e dividir as responsabilidades, matricia e acompanha de perto. [...] É um dia que a gente também se reúne, é um dia de escuta do usuário, o usuário do grupo de saúde mental do PSF, então nós temos três momentos no PSF, um momento é de escuta com o profissional, outro momento [...] de estudo de caso e outro momento é a escuta do usuário que o PSF atende (P. 06).

Como visto, a equipe itinerante busca realizar um trabalho com toda equipe, atuando, primeiramente, com a prática da escuta para, a partir desse momento, traçar o plano de ação. Nessa ocasião, eles resgatam as angústias, anseios e necessidade daqueles profissionais. Os encontros configuram-se em três momentos: o primeiro através da escuta dos profissionais, o segundo trabalha-se

alguns casos clínicos que as equipes estão tendo dificuldade de conduzir na sua área de abrangência e o terceiro seria a escuta dos usuários desses serviços. Para os entrevistados, essa é uma prática inclusiva que merece ser disseminada nos demais distritos, conforme revelam abaixo:

É uma prática assim que eu acho que [...] está servindo de experiência hoje. O ideal é que todo PSF tentasse trabalhar desta forma e que os CAPS apoiassem todos os serviços, mas aí é um processo. Eu acho que é uma forma muito louvável, a gente está tendo muito resultado, até porque em uma das equipes que eu fiz esse trabalho, estava tendo uma relação muito conflituosa da equipe e a gente tentou trabalhar um pouquinho isso, a equipe se desarmou mais, [...] tinha uma relação muito difícil com os profissionais do NASF e hoje essa equipe está conseguindo trabalhar muito mais unida, então dividindo mais os casos, [...] está outra realidade no trabalho da equipe, escuta do profissional, juntos discutimos o caso, que o caso não é do PSF, o caso não é do CAPS, não é do NASF, é do território e todos os dispositivos no território são responsáveis, então todos têm que sentar e discutir o caso e vamos tentar, juntos, resolver o caso, até porque quem precisa é a comunidade, quem precisa é o usuário (P.06).

Então, os grupos de saúde mental implementado no PSF os resultados dessa inserção, é exatamente quando a gente vê essas práticas e esses usuários, é a própria equipe dizendo: olha, nós melhoramos, o pessoal está vindo ao grupo, a gente está encaminhando, direcionando ao Conselho Tutelar, ao próprio Centro de Convivência, pois ele também tem esse outro espaço para trabalhar [...] para se capacitar. (E. 13)

As falas evidenciam que a equipe itinerante tem conseguido avanços também na integração da equipe da ESF com o NASF e, portanto, favorecem um melhor desenvolvimento do trabalho junto aos usuários. Além disso, percebeu-se que através dessa articulação os profissionais estão atuando com mais segurança, conseguindo resolver os casos clínicos de sua área territorial.

Nesses achados, fica comprovado que o caminho para consolidar a referência e contrarreferência da rede de cuidados e para integralizar a assistência será fortalecer tais práticas, ampliando o número de equipes itinerantes do município, além de capacitar e qualificar as já existentes, para que atuem, efetivamente, nos princípios propostos pela Reforma Psiquiátrica.

De acordo com Pereira (2007), a parceria da ESF e o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira trouxeram contribuições importantes para a reformulação da

atenção à saúde no país. Isso pode ocorrer em decorrência de ambos defenderem os princípios do SUS, propondo mudanças significativas no modelo assistencial vigente, a fim de privilegiar a descentralização e a abordagem comunitária/familiar.

Estudos comprovam que articulações de uma rede diversificada de serviços de saúde mental que incorporem essas ações na atenção primária poderão contribuir significativamente no processo da Reforma Psiquiátrica (PEREIRA, 2007).

Partindo do pressuposto de que essas ações passariam a ser compartilhadas, a lógica dos encaminhamentos seria excluída, por proporcionar maior resolutibilidade de saúde pela equipe local, estimulando a interdisciplinaridade e a ampliação da clínica da equipe. Ou seja, possibilitaria o resgate e a valorização de outras dimensões que diferem da biológica e dos sintomas, na análise singular de cada caso (BRASIL, 2003; LIRA, 2007).

A articulação entre equipe itinerante e a atenção básica é guiada por alguns princípios fundamentais, dentre os quais evidenciamos: noção de território, organização em rede, intersetorialidade, reabilitação psicossocial, multiprofissionalidade/interdisciplinaridade, desinstitucionalização, promoção da cidadania dos usuários e construção da autonomia possível de usuários e familiares. Merece destaque também, problemas com álcool e drogas, transtornos mentais graves de pacientes egressos de internação, transtornos convulsivos, usuários de benzodiazepínicos e tentativas de suicídios (GAMA; CAMPOS, 2009).

Nessa perspectiva, os profissionais das equipes itinerantes da saúde mental de Campina Grande iniciam, paulatinamente, a capacitação das equipes da ESF para lidarem com as pessoas em situação de sofrimento psíquico. Através da consolidação dessa prática, que promove a integralidade do cuidado, o município favorece a inclusão dos usuários naqueles serviços e corresponde às expectativas de progressos propostos pelo Ministério da Saúde em 2010.

4.2.2.2- Equipe de Intervenção Precoce

O processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil favoreceu o surgimento de experiências inovadoras e bem sucedidas entre Atenção em Saúde Mental e a Atenção Básica. Em destaque estão as práticas que têm possibilitado a integralidade do cuidado junto à ESF e os CAPS.

A atenção básica apresenta como função primordial investir nas potencialidades do ser humano, auxiliar na formação de laços sociais e apostar na força do território como alternativa para a reabilitação social. Assim sendo, há uma convergência de princípios entre a saúde mental e a atenção básica. Para que essa parceria se efetive, faz-se necessário, que os princípios do SUS transformem-se em prática cotidiana, sendo essencial a consolidação dessa articulação no que se refere à promoção da saúde, ao território, ao acolhimento, ao vínculo e à responsabilização, à integralidade, à intersetorialidade, à multiprofissionalidade, à organização da atenção à saúde em rede, desinstitucionalização, à reabilitação psicossocial, à participação da comunidade e, finalmente, à promoção da cidadania dos usuários (BRASIL, 2010a).

Por sua vez, a ESF tem sido o modelo substitutivo à assistência curativa que por décadas prevaleceu em nosso país. Esta estratégia incorpora os princípios do SUS, avança de forma significativa na assistência à saúde e consolida-se rompendo paradigmas e fortalecendo o acolhimento dos usuários através da escuta qualificada, do compromisso em resolver seu problema de saúde, da criatividade posta a serviço do outro e, ainda, da capacidade de estabelecer vínculo formando a argamassa da micropolítica do processo de trabalho em saúde, com eficácia para a mudança do modelo (FRANCO; MEHRY, 1999; STARFIELD, 2002; LIRA, 2007).

Pesquisadores e gestores apontam que os benefícios desta assistência no nível primário são enormes, mostrando a importância do fácil acesso e do acolhimento na evolução dos agravos, na redução do custo dos serviços e na diminuição da morbimortalidade (FRANCO; MEHRY, 1999; STARFIELD, 2002; LIRA, 2007).

De acordo com Starfield (2002) e Lira (2007) a proximidade dos profissionais frente à realidade social da população permite um olhar mais acurado sobre o adoecimento do sujeito. Os médicos da atenção primária defrontam-se com uma variedade muito maior da forma de apresentação da doença; são eles que trabalham na comunidade, onde as manifestações das doenças são grandemente influenciadas pelo contexto social.

Neste sentido, identificamos estratégias que a Secretaria Municipal de Saúde, por intermédio da gestão de saúde mental de Campina Grande, vem promovendo para integrar a rede de saúde, através de capacitações e sensibilizações para os profissionais da ESF, e da articulação da rede, a partir da efetivação do Programa

de Intervenção Precoce. Desse modo, os profissionais oferecem uma assistência às pessoas com sofrimento psíquico leve, incluídas em seu território com mais segurança e conhecimento; quando não se sentirem seguros, buscarão articular-se com a rede de saúde mental.

O Programa de Intervenção Precoce tem como coordenadora uma profissional que atua na rede de cuidado da saúde mental há quatro anos. Destacamos como ocorreu o início desse projeto:

[...] o trabalho de intervenção precoce em saúde mental na atenção básica vem desde 2009; começou com a vinda do médico A de São Paulo; ele deu uma palestra voltada para os profissionais do PSF, médicos e enfermeiros e, a partir desse encontro, foram selecionadas das equipes do PSF que existiam em Campina Grande, a princípio, 40 e a gente agora ficou com 38, porque houve desistência, pessoas que não quiseram participar do projeto e então, essas equipes foram selecionadas para fazer esse trabalho de intersectorialidade, CAPS, Saúde Mental e Atenção Básica [...] A gente analisou 88 questionários [...] selecionou essas equipes, então há uma equipe do CAPS infantil que visita o PSF para divulgar o trabalho de intervenção precoce [...](P. 17)

Como visto, o projeto começou a se desenvolver no município em 2009, tendo a contribuição do médico A de São Paulo, convidado para capacitar os profissionais da ESF, para que eles passassem a atuar com mais segurança, detectando casos precocemente e agindo de acordo com as necessidades demandadas no decorrer da assistência prestada. O profissional entrevistado deixa claro nas falas que se seguem a importância do desenvolvimento dessa parceria com a ESF:

[...] É importante fazer essa prática, [...] logo a princípio na infância, para detectar algum transtorno que a criança apresenta ou o risco que pode vir ser um transtorno maior e que é importante que esse trabalho seja feito e olhado com os profissionais do PSF, que são as pessoas que têm o primeiro contato com a família. [...] A porta de entrada é o PSF, a nossa preocupação é que estes pacientes estavam vindo diretamente para os CAPS [...], e crianças maiores que poderiam ter tido alguma intervenção, logo de início, não estavam sendo assistidas, então por isso esse trabalho que a gente começou em 2009, está andando, mas ainda há suas dificuldades, [...]. Já foram distribuídos [...] durante esses encontros no PSF umas caixas de brinquedo, que a gente disponibiliza para o momento da consulta clínica. A gente disponibiliza essa caixinha de brinquedo contendo família, brinquedo e livrinho de leitura, para que ele [profissional] possa no momento da consulta verificar se a criança tem algum contato, se ela brinca, se ela interage com aquele momento do brincar, se apresenta alguma dificuldade, que muitas vezes a criança

se expressa mais na brincadeira do que, propriamente, no braço da mãe, expressa alguma dificuldade. Então, a nossa preocupação é essa, que o PSF, a princípio, possa dar conta dessas dificuldades, caso não, aí referencia a um centro de referência, no caso, o Centro Campinense de Intervenção Precoce, que é o CAPSinho infantil . O Programa de Intervenção Precoce [...] é o saber do profissional de saúde mental é transmitido para os profissionais de Atenção Básica [...], para atender a criança na questão da infância que é para incluir [...], fazer com que o usuário da saúde mental ele seja incluído também dentro do PSF, com proposta que o PSF possa está desenvolvendo. (P. 17)

Observa-se, através desse depoimento, que o profissional entende a verdadeira função das equipes da ESF, referindo-as como a porta de entrada do sistema de saúde do município. Desse modo, fica evidenciado que os profissionais da atenção básica são os mais aptos a desenvolverem a intervenção precoce nas crianças em situação de risco psíquico, uma vez que o vínculo estabelecido possibilita a detecção de sofrimentos iniciais e estabelecem a intervenções precoces. Assim, a parceria fortalece a rede de cuidado, o sistema de referência e contrarreferência e, conseqüentemente, a integralidade do cuidado e a inclusão de crianças, tanto na atenção básica quanto na rede de saúde mental.

Para Sampaio e Barroso (2001), a parceria PSF e saúde mental implica em transformações profundas nas práticas, em todos os seus níveis. Estas atitudes devem proporcionar o direcionamento das ações para onde as pessoas estão, invertendo, o paradigma asilar, no qual o sujeito deixa de ser uma especificidade individual e passa a ser um conjunto de vínculos, de relações compartilhadas.

A Organização Mundial de Saúde refere que:

A prestação de cuidados, com base na comunidade, tem melhor efeito sobre o resultado e a qualidade de vida das pessoas com perturbações mentais crônicas do que o tratamento institucional. A transferência de doentes dos hospitais psiquiátricos para a comunidade é também eficaz em relação ao custo e respeita os direitos humanos. Assim, os serviços de saúde mental devem ser prestados na comunidade, fazendo uso de todos os recursos disponíveis. Os serviços de base comunitária podem levar a intervenções precoces e limitar o estigma associado com o tratamento (OMS, 2002, pág. 16).

Neste sentido, comprova-se que o Projeto de Intervenção Precoce mostra-se representativo no momento político vivenciado no país, por incentivar a promoção de

ações e contribuir para que a saúde mental avance de forma relevante, na qualidade e na integralidade da assistência prestada.

4.2.2.3- Arteterapia com Profissionais – Projeto Cuidando de quem Cuida

“A terapia ocupacional tornou-se importante para a recuperação psicossocial e para o tratamento das pessoas com transtornos, porque utilizou a perturbação como fonte de criação, ou seja, a criatividade para expressão de emoções. A arte, resumiu, ignorou as diferenças entre as frágeis fronteiras da sanidade e da loucura”.

Américo Cordola.

Historicamente, a arte tem sido um canal para expressar a emoção e a alma. Todas as formas de expressão têm servido de condução para exteriorizar as mais diversas emoções dos seus participantes e defensores. A arteterapia trabalha com o processo criativo, como um caminho revelador e inspirador que nos ajuda a entrar em contato com a possibilidade abundante e generosa de acreditar, desafiar, reconstruir, criar e expressar as emoções, sentimentos e imagens que trazemos dentro de nós. Devido às possibilidades de criatividade proporcionadas na atualidade, esta prática tornou-se um elemento facilitador na assistência oferecida nos atuais serviços de saúde do nosso país (PUFFAL; WOSIACK; BECKER JR, 2009).

As Oficinas Terapêuticas de Arteterapia utilizam como tratamento variadas formas de expressão: a pintura, o mosaico, a modelagem, os fantoches, os contos, os adornos; sempre procurando resgatar através dessas práticas uma expressão que estava escondida no indivíduo por muito tempo e ele não conseguiu externalizar (PUFFAL; WOSIACK; BECKER JR, 2009).

Nessa visão, e com a intenção de desenvolver um trabalho que possibilitasse cuidar dos profissionais que atuam na saúde mental do município, foi sugerido à gestão da saúde mental o desenvolvimento do Projeto Cuidando de quem Cuida. Este projeto tem como facilitadora uma profissional que atua no município há aproximadamente seis anos. Tal projeto está sendo desenvolvido desde 2009.

Descreveremos como acontecem essas oficinas as quais têm favorecido o melhor desempenho dos profissionais e, em decorrência, possibilitado que eles cuidem do outro com mais êxito, contribuindo também para o desenvolvimento da saúde desses trabalhadores, como podemos observar nas seguintes falas:

A arteterapia aparece como um processo de autoconhecimento do funcionário, eu quero que o funcionário [...] venha a se conhecer, para que não bote qualquer coisa no outro. Então se eu sei das minhas questões, se eu trabalho os meus afetos, se eu trabalho as questões mal resolvidas na infância, nas oficinas de arteterapia, eu vou me tornar uma pessoa melhor [...] [Quantos profissionais estão fazendo esta oficina?] acontece com uns doze a quinze profissionais [...] e a oficina dura uma hora e meia.[...] Então na oficina de arteterapia, a gente resgata essa criança, resgata esse movimento através do trabalho na hora de amassar o barro, amassar a massa, rasgar, são movimento sensório-motor que faz com que você resgate algo não bem resolvido lá atrás. [...] A gente trabalha resgatando isso; é o resgate da autonomia, do autoconhecimento, da liberação dos traumas que foram passados, todos nós temos as nossas questões, que a gente bem ou mal, e aí fica bem mais fácil de enfrentar.[...][Qual o período?] Aqui a gente está fazendo uma vez por mês, então o processo fica sendo muito mais longo, se eu puder fazer toda semana ou de quinze em quinze dias [...] vai fluir melhor [...] o processo de aprendizagem, o processo de evolução mesmo, ele sendo mais frequente, mais perto, ele dá tempo de você se encontrar melhor (P. 02).

Conforme o depoimento, as oficinas de arteterapia tornaram-se viáveis e inovadoras, pois priorizam o cuidado daqueles que por décadas foram esquecidos e muitas vezes não foram percebidos como um grupo prioritário de serem tratados e curados: os profissionais.

O grupo é estável, constituído por uma média de onze a quinze profissionais e está sendo tratado desde 2009. A entrevistada acima relata que o objetivo é fazer os funcionários resgatarem sua autonomia e autoconhecimento, e liberarem, através dos movimentos sensório-motores, os traumas mal resolvidos do passado. Ou seja, a intenção é fazer uma organização psíquica dos participantes para que, eles possam se doar ao trabalho com mais segurança, responsabilidade e leveza.

Uma fragilidade encontrada na fala do entrevistado foi em relação à periodicidade dessas práticas. Segundo a profissional, as oficinas ocorrem uma vez ao mês, tornando o processo longo e inviabilizando o tratamento e a formação de outros grupos.

Andrade (2000) postula que:

O uso das práticas artísticas como função terapêutica, em qualquer modalidade, busca a organização da vida psíquica, com base nas simbolizações psíquicas possíveis. Desta forma, elas procuram uma forma de dinamizar e organizar suas percepções, sentimentos, sensações, ou seja, os conteúdos internos da sua vida psíquica, transformando-os em imagens simbólicas (ANDRADE, 2000, pág. 35).

Estudos confirmam que o foco da atenção na área de saúde é o cuidado do outro, do ser doente, tendo como prioridade a manutenção e recuperação da sua saúde. Porém, não há como pensar em cuidar de vidas sem antes refletir acerca da própria saúde, tornando-se uma questão de aperfeiçoamento pessoal, na qual se faz necessário que o profissional esteja bem para proporcionar cuidado de forma eficaz e satisfatória ao outro (DAMAS; MUNARI; SIQUEIRA, 2004; TARGINO, 2009).

Sendo assim, fica evidente que o autocuidado promove melhoria na qualidade de vida e favorece o trabalho inclusivo, uma vez que esses profissionais provavelmente vão cuidar melhor do outro, gerando uma assistência humanizada, pois quem se cuida e conhece seus valores, deveres e limites, busca a integralidade do cuidado, sem reduzir o outro, nem a si mesmo.

Neste sentido, consideramos essa iniciativa exitosa, por possibilitar momentos de autocuidado aos profissionais que atuam cotidianamente com pessoas em sofrimentos psíquicos e estão expostos a cargas significativas de estresse e muitas vezes a uma rotina exaustiva de trabalho.

4.2.2.4- Arteterapia com Usuário

Conforme mencionado na subcategoria anterior, a arteterapia é uma prática terapêutica que trabalha com a transdisciplinaridade de vários saberes, como a educação, a saúde e a arte, buscando resgatar a dimensão integral do homem, neste processo de autoconhecimento e de transformação pessoal. Através das oficinas de arteterapia a pessoa pode buscar a autonomia criativa, o desenvolvimento da comunicação, a valorização da subjetividade, a liberdade de expressão, o reconciliar de problemas emocionais, dentre outros (PHILIPPINI, 2004; VALLADARES, CARVALHO, 2005).

As atividades artísticas e artesanais realizadas nas oficinas terapêuticas representam alternativas eficazes no processo de inclusão social das pessoas em

sofrimentos psíquicos. Trata-se de atividades desenvolvidas em grupos os quais se valorizam as danças, a musicalidade, a arte, o teatro, a marcenaria, entre outros, possibilitando maior interrelação com os demais integrantes do grupo (BRASIL, 1991, *apud* MIELKE *et al*, 2009).

As oficinas de arteterapia com os usuários do município de Campina Grande estão sendo realizadas no Centro de Convivência e Cultura “Artes e Ofícios”, de 15 em 15 dias, e acontecem com um tempo de duração aproximado de 50 minutos. Os participantes são os usuários das residências terapêuticas da rede de saúde mental. Estes portadores, por anos, viveram trancados nos hospícios da cidade e, após a interdição do MS em um grande hospital psiquiátrico no município, foram alocados nessas residências.

As oficinas estão sendo desenvolvidas pela mesma profissional que desenvolve a arteterapia com os profissionais. O relato a seguir, revela-nos como acontece essa prática e quais suas contribuições para o projeto terapêutico desses usuários:

[...] eu contei a historia, eles participaram escutando a história. [...] A história que eu contei foi a de João e Maria, [...],e eles ficavam atentos, escutando, uma delas já sabia quando a velha disse: água meus netinhos e aí ela foi lá e disse: azeite senhora avó, quer dizer elas passam a viver, e os contos de fada são remédios para nossa alma, [...] nos contos de fada você... então, como faz bem contar histórias, e aí nós usamos também o trabalho com massinhas. Então a arteterapia, ela procura essas coisas boas, resgatar as coisas boas, todos os depoimentos das oficinas que eu faço na saúde mental, é o resgate da coisa boa, o que fica é a coisa boa, sabe não sai muitas coisas pesadas, [...] então a gente [...] procura isso, [...] quem está em análise, a arteterapia contribui, [...], ela dá uma acelerada muito grande no processo da pessoa como ser humano. Porque você vai para uma análise? Vai para que? [...] Vai para se conhecer, então a arteterapia contribui para isso, para acelerar, para ajudar você a se conhecer, [...], ela não vai ficar só na fala, [...] se eu for falar, às vezes tem coisa que não vem, se eu mexo, se eu escuto a história, se eu mexo com a vida, se eu mexo tudo, aí vai acontecer o que? Eu vou contribuir para o meu crescimento como pessoa, não é, [...] isso é que é o grande objetivo (P. 02).

A prática é permeada por momentos de escuta, de resgate daquilo que é bom e, conseqüentemente, de tratamento interior. O fato das oficinas estarem sendo desenvolvidas com pessoas em sofrimentos psíquicos graves e, controlados, moradores das residências terapêuticas, revela-nos os avanços no processo de

inclusão que a rede de cuidado em saúde mental vem desenvolvendo. Trata-se de uma prática extra CAPS e extra residências, cujo maior objetivo é a promoção da cidadania e da cultura.

De acordo com Ministério da Saúde, o processo de reabilitação psicossocial deve buscar de modo especial a inserção do usuário na rede de serviços, organizações e relações sociais da comunidade. A inserção em um Serviço de Residência Terapêutica é o início de um longo processo de reabilitação que deverá buscar a progressiva inclusão social dos moradores (BRASIL, 2010b).

Amarante (2008) sinaliza que no início da Reforma Psiquiátrica uma das estratégias que possibilitaria a inclusão social dos portadores de transtorno mental egressos dos hospitais psiquiátricos, seria a criação de cooperativas de trabalho ou a construção de residências onde eles passassem a habitar e, dessa forma, voltassem a participar da vida social, através dos grupos musicais, de teatro, oficinas de trabalho, dentre outras.

Goldberg (2001) complementa dizendo que o tratamento proporcionado por esses serviços busca fazer com que o universo de problemas de cada um, ganhe uma evidência toda especial, tornando-o protagonista da situação institucional. Trata-se de experiências positivas, diante do modelo excludente que impedia o acesso dos portadores a um substrato de linguagem, no qual pudessem esboçar um discurso.

Mostra-se essencial que esses serviços substitutivos procurem proporcionar um número grande de projetos, uma circulação interna de experiências que atendam aos pedidos dos usuários: lidar com roupas, atividades de cozinha, marcenaria, enfim. A preocupação central é sedimentar uma cultura, um ambiente capaz de ser compartilhado através da prática da escuta, servindo de suporte para o surgimento de questões que merecem ser trabalhadas (GOLDBERG, 2001).

4.2.2.5. Curso de Operador de Micro Computador

“Existem agenciamentos coletivos, usos e apropriações das tecnologias por parte dos sujeitos, que, por sua vez, também vivenciam seus efeitos em seus próprios corpos e subjetividades. Os aparelhos e ferramentas exprimem as formas sociais que os produzem e lhes dão sentido, formando redes, teias de pensamento, matrizes sociais, econômicas, políticas, que permeiam o corpo social inteiro e estão inextricavelmente ligados às novas tecnologias”.

Paula Sibilia

O uso das tecnologias digitais no Brasil, como forma de inclusão digital, propaga-se paulatinamente por instituições que atendem classes populares (SILVEIRA, 2001). Na saúde mental, essa iniciativa ainda vem sendo pouco explorada. No entanto, através desse estudo empírico, encontramos nas falas dos profissionais da rede de serviços de saúde mental de Campina Grande a prática de inclusão digital direcionada às pessoas em situação de sofrimento psíquico atendidas nos serviços, aos familiares dos usuários e às pessoas moradoras no território.

Essa prática inclusiva está sendo realizada no Centro de Convivência e Cultura “Artes e Ofícios”, e tem como facilitador do curso um profissional que atua na rede de atenção psicossocial há três anos. Trata-se de um Curso Básico de Operador em Micro Computador, realizado há cerca de dois anos. As falas abaixo revelam-nos como essa ação está sendo desenvolvida:

[...]. A informática é um mundo novo, é um mundo paralelo ao mundo deles, então eles gostam disso, sabe? [...] o curso é bem simples, voltado realmente para eles, para que eles possam entender um pouco de informática e possam conhecer um pouco [...] da internet, [...] da rede mundial que é o que a gente procura ver aqui, então a gente começa com Windows, para que eles saibam [...] mexer propriamente no sistema operacional, depois vamos para o Word, para a construção de textos, [...] e chegamos finalmente na internet, que já seria outro mundo que eles também são capazes de conhecer [...](P. 16)

Identificamos nessa fala que as pessoas em sofrimentos psíquicos estão tendo acesso ao mundo digital, através de atitudes dos profissionais que atuam nos

Centros de Convivência e Cultura. Trata-se de um curso que respeita o tempo do usuário, possibilita a inclusão digital, promove a cidadania, a ética e o acesso a cultura, bem como a construção de sujeitos ativos e capazes, como afirmam as falas a seguir:

[...] eles gostam muito da informática, é um dos mais procurados aqui [...] eles acompanham assiduamente mesmo. [...] O curso é tentando trazer para eles prazer em estar fazendo aquilo, então a gente tem um período de até seis meses, mas, se a gente vê a necessidade deles de prolongar um pouco mais, faz isso, por que? Porque diferentemente de outros cursos, a gente faz um curso voltado para eles, então se houver uma dificuldade, se o aprendizado for mais lento, a gente pode dar uma esticadinha para que eles aprendam, porque a intenção é fazê-los aprenderem e fazer eles se sentir bem com aquilo. [...] É fazê-los gostar realmente, eles verem que é bom, para que a partir disso, eles possam criar interesse por outras coisas dentro dessa área ou o que quer que seja. “Você não sabe a alegria que é, quando eles conseguem escrever seu próprio nome e vêem isso na tela do computador”(P. 16).

[...] a gente tem um curso, onde a gente tem principalmente usuário do CAPS ad, que é um usuário que precisa [...] desse uso constante, de está desenvolvendo algumas ações, [...] nós tivemos usuários do CAPS II que já terminaram o curso, receberam o certificado, isto para a autoestima dele é muito bom, e eles tanto podem desenvolver em casa, [...], porque eles podem fazer algum serviço de digitação, de internet, de pesquisa em algum lugar, até mesmo dentro do serviço, [...] porque é muito rotativo esse curso daqui, porque respeita muito o tempo dos usuários(P. 07)

Os profissionais evidenciam que os usuários apresentam prazer, satisfação e melhoria da autoestima ao fazer o curso de computação no serviço. Desse modo, os profissionais mostram-se motivados com a efetivação dessa prática que tem promovido à inclusão, tanto ao mundo digital quanto ao trabalho. Outro fator a observar nas falas foi o público frequentador do curso, composta em sua maioria pelos usuários cadastrados no CAPSad. A intenção dos profissionais de oferecer o curso aos citados usuários é fazer com que eles criem motivação e interesse de buscar o mercado de trabalho e, assim, consigam, paulatinamente, sair do mundo das drogas.

Ainda identificamos fragilidades, sobretudo quando se trata dos recursos necessários para a consolidação do projeto, como podemos evidenciar na página a seguir:

[...] Olha, ao todo, nós temos oito alunos. É! Justamente [...] pela pouca quantidade de computadores que nós temos, [...] então nós temos oito alunos dividido quatro pela manhã e quatro pela tarde. [o horário] é de oito às nove, os primeiros dois alunos, os outros dois alunos vão de nove às dez, aí vem à tarde, dois alunos de duas às três e mais dois alunos de três às quatro. [...] o curso também é oferecido para os familiares, [...], atualmente a gente só tem usuários, de todos os CAPS, do CAPS ad, que é o que a gente, prima na verdade (P. 16).

Percebemos a necessidade de investimentos concretos dos gestores municipais para que o Curso Básico de Operador em Micro Computador seja ampliado, por consistir em um curso bastante requisitado pelos usuários e familiares. Provavelmente, com sua ampliação, a comunidade queira inserir-se e participar mais, promovendo, dessa forma, a integração e articulação com outros segmentos sociais. De acordo com Pellanda:

A informática transforma nossas vidas por alterar profundamente nossa forma de conhecer, de nos relacionarmos com a natureza e com as pessoas. Ela influi, decisivamente, na forma como conhecemos e como nos construímos como subjetividades. Ao produzir um texto no computador, por exemplo, já não pensamos linearmente e podemos, de forma circular, acompanhar as recorrências de nosso processo de pensamento. Da mesma forma, ao nos relacionarmos com as pessoas numa rede digital, ficamos mais conscientes das reconfigurações que acontecem em nós e na própria rede. Isso tudo estende nossas potencialidades humanas (PELLANDA, 2005, pág. 43).

Foucault (2004) sinaliza que as tecnologias compõem subjetividades, pois atuam como veículos para produção, transformação e manipulação de objetos, como forma de objetivação dos sujeitos, a partir também do uso de jogos de linguagem e, por último, como exercício para o autoconhecimento.

O Curso de Operador em Micro Computador identificado nessa pesquisa enfatiza os caminhos que devem ser percorridos para que, gradativamente, os usuários sejam incluídos no mundo digital, no convívio social e no trabalho, proporcionando a construção de um plano coletivo, mesmo que instável e aberto às inflexões do tempo e aos movimentos dos sujeitos e das instituições envolvidas. O maior desafio é fazer com que esses sujeitos tenham direitos ao exercício da cidadania.

4.3. UNIDADE TEMÁTICA III: Estratégias políticas gerenciais que facilitam e dificultam a promoção de práticas inclusivas nos rede de atenção à saúde mental de Campina Grande – PB.

Desde o movimento da Reforma Psiquiática, o Ministério da Saúde tenta avançar na efetivação de práticas inclusivas na rede de serviços substitutivos disseminadas por todo o país, porém ainda nos deparamos com algumas dificuldades que têm contribuído para que essas iniciativas não se concretizem. Por outro lado, alguns municípios brasileiros têm mostrado avanços concretos na realização dessas práticas nos espaços territoriais. Nesta perspectiva, emergiu a Unidade Temática III desse estudo, representada por duas Categorias Temáticas, nas quais citamos: 4.3.1- Dificuldades na promoção de práticas inclusivas e 4.3.2- Facilidades de se promover práticas inclusivas.

4.3.1. Dificuldades na Promoção de Práticas Inclusivas

Dentre as dificuldades presentes no atual processo de trabalho da rede de atenção à saúde mental presenciada pelos profissionais atuantes nos novos paradigmas assistenciais, está o desafio de romper com os modelos dominantes, configurados pela assistência psiquiátrica que priorizou, por anos, a assistência curativa.

As propostas emanadas pela Reforma Psiquiátrica possibilitaram que os profissionais atuassem nos serviços substitutivos ao modelo psiquiátrico disponibilizando-se para novos fazeres, saberes e práticas. Porém, existem fatores que dificultam a concretização dessas ações no cotidiano dos profissionais como o *déficit* no embasamento teórico-prático, que orienta a atuação dos profissionais nesses espaços. Desta forma, uma série de conflitos é gerada, sejam eles internos ou mesmo nos próprios serviços, porque alguns projetos políticos pedagógicos das atuais escolas formadoras não estão acompanhando as modificações ocorridas no sistema público de saúde nas duas últimas décadas.

Visto isso, percebeu-se que trabalhar nos atuais serviços substitutivos não tem sido uma tarefa fácil para os profissionais integrantes das equipes interdisciplinares, espalhados por diversos municípios brasileiros porque uma das propostas da Reforma Psiquiátrica é o resgate da cidadania das pessoas em

situação de sofrimento psíquicos existentes nos espaços territoriais de cada serviços.

É sob esse prisma que um de nossos objetivos foi identificar dificuldades dos profissionais atuarem com práticas de inclusão social no município de Campina Grande, para que, através destes achados, novas soluções fossem estabelecidas. Sob esse enfoque, emergiram as seguintes subcategorias: 4.3.1.1 – Recursos financeiros/materiais; 4.3.1.2 – Preconceito da sociedade/família/profissionais. Descritas a seguir:

4.3.1.1- Recursos Financeiros/Materiais;

A precariedade do atendimento oferecido à população nos serviços públicos de saúde mental relaciona-se, de certa forma, às tendências da política de saúde adotada nos últimos vinte anos. Desde a primeira metade da década de 1990, as medidas de ajuste econômico implementadas no Brasil pelo Governo Federal produziram graves consequências sociais. A área da saúde foi uma das mais afetadas pelos cortes e restrições financeiras impostos pela realização das reformas estruturais que tinham por objetivo a dita modernização do país (NORONHA; SOARES, 2001, *apud* FIGUEIREDO; RODRIGUES, 2004).

Em 2005, alguns progressos foram identificados quando o Ministério da Saúde implantou uma linha específica de incentivos financeiros para os municípios que desenvolvessem atividades de inclusão social pelo trabalho para pessoas com sofrimentos psíquicos ou com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Pela primeira vez, iniciativas como essas passaram a receber recursos federais (BRASIL, 2005).

Posteriormente, o programa de inclusão social pelo trabalho foi assumido pelos Ministério do Trabalho e Emprego e Ministério da Saúde. Tais instituições passaram a articular definitivamente a saúde mental e a economia solidária na discussão da complexa problemática da inclusão desses portadores (BRASIL, 2005). Sente-se, contudo, a necessidade de avanços, pois as fragilidades identificadas nas falas dos entrevistados quanto ao financiamento não possibilitam a Reforma Psiquiátrica a plena consolidação dos serviços, como podemos constatar na página a seguir:

A dificuldade [...] da própria gestão quando a gente esbarra no material, [...] para ser utilizado na geração de renda, a gente tem o ciclo, [...] utiliza o material, [...] gera renda, e a gente não tem o retorno do material, entendeu. [...] Essa é uma dificuldade grande [...]. (P. 01)

[...] a gente não tem financiamento do Ministério da Saúde, mais foi uma das coisas que foi discutida nessa quarta conferência [Nacional de Saúde Mental] lá em Brasília, segundo [a profissional A] nos passou. E o financiamento é onde a gente vai ter mais respaldo para divulgação e oferecer mais cursos, ter mais recursos, até humanos também [...]. (P.08).

Outra dificuldade é essa questão financeira, [...] é muito difícil falar do social e não falar [...] do recurso financeiro, [...], então assim, é curso, é ingresso a esse tipo de coisas, [...] o ônus do orçamento, para isso, nós não temos quase investimento [...] então a equipe trabalha com o dispositivo da rede, mas uma passagem, um material, essas questões, tudo isso, é a equipe que tenta junta traçar meios para chegar até esse denominador comum, que é tentar inserí-lo na sociedade. (P. 06)

É com relação a recurso do governo, porque a gente se esforça para caramba aqui, sabe [...] temos uma estrutura legal, [...] só precisava dar uma melhorada nela, [...] que a gente pudesse [...] trazer mais usuários que pudesse melhorar nossa estrutura, nossa qualidade de serviço e trazer mais usuários para gente (P. 16).

Verifica-se, através das ideias acima, que o *déficit* nos recursos financeiros, materiais e estruturais ainda representam um fator que dificulta avanços em práticas de inclusão social no município. Estes recursos seriam utilizados na geração de renda e nas oficinas desenvolvidas, cujo objetivo é promover a melhoria da autoestima e favorecer o trabalho inclusivo.

A intenção dos profissionais na disponibilização dos materiais ou mesmo na melhoria da estrutura física seria para melhorar a qualidade da atenção à saúde oferecida aos usuários e seus familiares. No entanto, os gestores municipais precisam de maior sensibilização, pois as falas dos entrevistados revelam-nos que muitas ações só acontecem porque eles buscam meios próprios para sua efetivação.

Um dos grandes avanços no que se refere ao financiamento, nos últimos meses, foram às negociações da IV Conferência Nacional de Saúde mental, realizada em junho de 2010 em Brasília. O financiamento para saúde mental foi um dos temas contemplados nas discussões do Eixo I: Saúde Mental e Políticas de

Estado, que propõe pactuar caminhos intersetoriais para garantir o financiamento, os recursos humanos, o modelo de gestão e o protagonismo social (CNS, 2010a).

O relatório final da conferência mencionada, precisa produzir progressos, pois o financiamento ainda representa, no nosso país, um entrave na consolidação do SUS e da Reforma Psiquiátrica no que tange a sua regulamentação e efetivação. Para Delgado (2010) embora algumas melhorias possam ter acontecido a partir da década de 1990, como o aumento dos investimentos que praticamente dobraram para a saúde mental, estes ainda são insuficientes para responder as atuais necessidades das pessoas em situação de sofrimento psíquico.

De acordo com o Coordenador Nacional de Saúde Mental, o SUS gasta 2,7% do seu orçamento com saúde mental, mas é preciso ampliar esse orçamento para aproximadamente 4%. Isto porque a demanda de saúde mental afeta pelo menos 25% da população geral em algum momento da vida, e 12% ao longo de um ano (DELGADO, 2010).

Cabe observar, no entanto, que a gestão da saúde mental da cidade precisa repensar estratégias de articulação com os demais gestores municipais, estaduais e federais para que esses recursos financeiros sejam garantidos, possibilitando investimentos na reabilitação psicossocial e avanços no processo da Reforma Psiquiátrica de Campina Grande.

4.3.1.2. Preconceito da sociedade/Família/ Profissionais;

“Enquanto a distância entre são e doente não se encurtar em seu reconhecimento recíproco, enquanto a barreira de prevenções, de preconceitos que o separa não cair, a doença mental continuará a apresentar-se com a face do excluído”.

Franco Basaglia.

Desde a Antiguidade, a sociedade demonstra dificuldade em lidar com as diferenças entre pessoas e de aceitar os portadores de deficiência nos espaços sociais. A humanidade tem toda uma história para comprovar como o caminho das pessoas portadoras de transtornos tem sido permeado por obstáculos, riscos e limitações e como tem sido difícil sua sobrevivência, desenvolvimento e convivência

social. O preconceito ainda existe em diferentes graus, os mitos são perpetuados, as contradições conceituais prevalecem, assim como as atitudes ambivalentes, as resistências, a inaceitação e as diversas formas de discriminação, tendo essas sido fortalecidas no tempo, no equívoco compartilhado e transmitido culturalmente (BRASIL, 1997).

A loucura é um “mistério” desde os primórdios dos tempos, o louco já era estereotipado e taxado como demônio, visto como um incômodo para a sociedade vigente, pois era um indivíduo sujo, estranho, que agia diferente das pessoas normais, então, excluído. Desse modo, o padrão de comportamento estabelece aquele que é adequado ou não, e daí surgem todos os preconceitos e estigmas (SPADINI; SOUZA, 2006, pág. 126).

Sasaki (2002) sinaliza que no modelo social de deficiência o problema da pessoa com necessidades especiais não está nela tanto quanto está na sociedade. É relevante que se mostre à sociedade o quanto ela cria problemas para os portadores, causando-lhes incapacidades e muitas desvantagens no desempenho de papéis sociais, seja através da restrição nos ambientes, nas políticas discriminatórias e suas atitudes preconceituosas que rejeitam a minoria, através dos seus discutíveis padrões de normalidade, dentre outros aspectos.

Amarante (2008, pág. 71) ressalta que falar de cidadania e direitos não basta, como também aprovar leis não é suficiente, pois essas não determinam que as pessoas sejam cidadãos e sujeitos de direito por decreto. “A construção de cidadania diz respeito a um processo social e, tal qual nos referimos no campo da saúde mental e atenção psicossocial, um processo social complexo”. “É preciso mudar mentalidades, mudar atitudes, mudar relações sociais”.

As pessoas, ao longo da história, criam determinadas interpretações sobre fatos, pessoas e coisas. Estão sempre preocupados em dar sentidos as coisas e sensações que visualizam, experimentam ou temem, tornando-se muitas vezes em representações coletivas, pois são compartilhadas de uma forma semelhante pelos componentes do grupo social. Na Saúde Mental, o preconceito, muitas vezes, está instalado por ter sua imagem impregnada na Psiquiatria, induzindo a sociedade a entender que o louco é perigoso, que lugar de louco é no hospício e, o mais grave, que o doente mental é irracional (AMARANTE, 2008).

Os depoimentos a seguir nos mostram barreiras que têm dificultado progressos nas práticas de inclusão propostas pelos serviços substitutivos:

[...] a primeira dificuldade que a gente enfrenta é a questão dos tabus sociais, [...] A questão da cultura social [...] da doença mental que ainda é muito impregnada na sociedade, [...] as pessoas [...] têm dificuldade para aceitar o outro que tem problema mental, [...] lembrando que hoje é muito menor, nós já conseguimos espaços em entidades [...]. (P. 06)

O preconceito que é gritante, [...] o mercado que dificulta muito, não tem abertura, você tenta e não consegue, [...] em todos os setores, em todos, em todas as instâncias, [...]. (P. 07)

[...] uma das coisas aqui que a gente mais vê é a própria discriminação. [...] É a própria discriminação das pessoas que realmente [...] não aceitam [...], daí a gente tem que ter todo um trabalho para que [...] as pessoas, até os próprios familiares, que esses usuários são muito discriminados [...], não só adulto, mas [...] crianças [...] que fazem parte aqui do CAPS [...] das escolas. A gente vê [...] até por parte dos educadores que não têm um certo conhecimento [...]. (P. 10)

O preconceito. A lei do preconceito prevalece muito, porque quando a pedagoga, ela ou alguém da equipe solicita as vagas, então a gente percebe [...] que existe: Ah, é usuário de drogas?... Mais aí, os outros [participantes do curso] [...] já vão saber que é usuário de drogas, já não vão querer participar também... [...]. (P. 12)

[...] as pessoas do próprio convívio têm [...] algum tipo de medo, [...] nós estamos tentando mudar esse paradigma, de que o doente mental [...] seja agressivo, ele tenha uma hora em que a loucura possa chegar, e não é. [...] Isso é uma dificuldade, a própria população, porque o doente mental teve durante muito tempo [...] como sendo ameaçador à sociedade. [...] uma das dificuldades ainda é o povo achar que o doente mental é uma ameaça, [...] até os próprios funcionários, a gente tem dificuldade porque acham que não tem formação para tal [...]. (P. 13)

A questão do preconceito [...] a sociedade ela é muito preconceituosa [...] principalmente quando se trata de pessoas que são usuários de drogas [...] essas pessoas realmente estão [...] afastadas [...] do vínculo social, [...] a dificuldade maior [...] é a questão do preconceito mesmo, de discriminação por parte da sociedade em geral, tanto a própria família do usuário que muitas vezes [...] tem sofrido tanto com essa questão de lutar... com a questão da dependência, que aí eles terminam sendo excluídos, até mesmo da própria família, [...]. (P. 15)

No ponto de vista dos profissionais, o preconceito, os estereótipos e os estigmas são fatores que têm dificultado o desenvolvimento de práticas de inclusão social, seja por parte da sociedade, dos familiares ou mesmo dos próprios

profissionais da rede, mostrando-se a necessidade de avançar na efetivação das políticas públicas direcionadas à Saúde Mental. É fundamental a ocorrência de momentos de sensibilização que possibilitem a desconstrução da loucura impregnada por décadas em todo o país.

Para Amarante (2008) para se quebrar esses preconceitos, devem-se desconstruir conceitos arcaicos da doença mental, e possibilitar que as pessoas conheçam e, ao mesmo tempo, relacionem-se com o sujeito em sofrimento psíquico. Neste momento, faz-se necessário ver o usuário enquanto pessoa e não às suas doenças, vislumbrando espaços terapêuticos e possibilitando escuta e acolhimento nas angústias e experiências vividas, em espaços de cuidado que produzam a sociabilidade e a subjetividade do sujeito, construindo, desta forma, estratégias efetivas de cidadania e participação social.

Geralmente, a pessoa com transtorno mental é tratada pela sociedade e/ou familiares de modo discriminatório e preconceituoso, devido ao estigma que a loucura impõe sobre ela. Nos CAPS, existe a possibilidade dos profissionais iniciarem um processo de desconstrução destes estigmas, pois eles discutem, refletem e atuam de modo que sua conduta não seja de exclusão (WALDOW, 2001).

Estudos comprovam que as condições gerais de trabalho na saúde pública constituem um fator tendente a comprometer o engajamento dos técnicos em ações que deveriam ultrapassar os limites dos muros dos CAPS. É possível que essa argumentação acabe servindo para manter incipientes as tentativas de se vencer o maior desafio enfrentado pelos profissionais: as intervenções no campo social, conforme postula Figueiredo e Rodrigues (2004).

Entendeu-se que os serviços substitutivos trabalham com um enfoque inclusivo. Desse modo, os profissionais estão sempre buscando parcerias com outros setores da rede de serviços do município que incluam os usuários nos espaços sociais, sendo essencial a concretização de ações intersetoriais que os integrem na escola, no trabalho, no lazer, dentre outros. Nas próximas falas, alguns profissionais e instituições mostram-se despreparadas para promover essa inclusão:

[...] a outra dificuldade é [...] nos articularmos [...] com outras instituições na perspectiva de comprovarmos que o nosso usuário tem essa possibilidade. [...] porque o usuário uma vez sendo usuário da saúde mental é um usuário limitado que está [...] cotado para ser [...] periciado, para ser beneficiado. [...] Ele está cotado para ser até curatelado. [...] Normalmente as instituições tem essa visão, por quê?

Porque elas não conhecem a realidade do trabalho que a gente desenvolve no CAPS, eles ainda atribuem à saúde mental a questão hospitalar [...] (P. 14).

A interlocução entre um serviço e outro, porque a gente tenta fazer as referências [...] contrarreferências [...], só que, [...] da outra parte não existe [...] tem essa dificuldade de aceitar [...] quando a criança não é perfil do CAPS, [...] (P. 17)

A maior dificuldade que a gente encontra é o preconceito [...] que existe, [...], nos profissionais das outras instituições na hora de receber, porque quando a gente se identifica dizendo que é de um CAPS, que atende crianças e adolescentes com transtorno mental, sofrimento psíquico, existe a idéia, ainda um pouco preconceituosa, de como se trabalhar com esse público, com essa clientela, como se o trabalho fosse completamente diferente [...] fosse necessário haver uma capacitação antes de estar acolhendo [...]. (P. 018)

[...] essa questão da preparação das outras instituições, a escola, por exemplo, é a nossa maior dificuldade [...] a gente se depara com o discurso do professor de dizer que não está preparado e aí a gente fica sempre se perguntando? – eles não vão está preparado até quando? Porque o CAPS é mais recente do que a inclusão da educação [...]. (P. 019).

Os entrevistados nos revelam que ainda existem instituições e profissionais resistentes em desenvolver práticas de inclusão social para pessoas em situação de sofrimentos psíquicos. Os profissionais expõem que as pessoas permanecem relacionando a saúde mental ao modelo psiquiátrico, demonstrando muito preconceito em trabalhar com esses usuários. No seu ponto de vista, os professores não se consideram preparados para trabalhar com a saúde mental e isso tem sido um fator considerado grave e preocupante, porque o processo de discussão da inclusão na escola iniciou-se bem antes que na área da saúde.

Compartilhando com as reflexões dos entrevistados, e complementando-as, percebeu-se que a aceitação social das pessoas portadoras de deficiências na escola tornou-se uma luta de longa data no país. De acordo com a UNESCO (1990), em 1990, através da Declaração Mundial sobre Educação para Todos, houve um maior estímulo de estudos na literatura educacional sobre inclusão na educação, o que tornou-se um ideal nas reformas e plataforma educacionais.

Mori (2003) sinaliza que incluir as pessoas com deficiência nas classes regulares não é simplesmente matriculá-las e oferecer acesso, exige planejamento, recursos, sistematização e acompanhamento permanente. É um processo que, embora lento, tem um caráter transformador.

Neste sentido, Freitas (2006) enfatiza que a escola precisa estar preparada para incluir os alunos com necessidades especiais no seu interior, haja vista os grandes benefícios que a educação traz para todos os cidadãos.

Cabe observar, no entanto, que as escolas do município de Campina Grande terão um grande desafio: tornar-se inclusiva, e oferecer um ensino de qualidade, segundo os preceitos do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Observa-se no seu art. 4.º “É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária” (BRASIL, 2008, pág. 9-10).

4.3.2. Facilidade de se Promover Práticas Inclusivas

Os profissionais que atuam na atenção psicossocial mostram-se motivados a trabalhar com as pessoas em situação de sofrimentos psíquicos, por sentirem-se emocional e afetivamente recompensados. Festeja-se o modelo de atenção substitutivo ao modelo psiquiátrico, no qual houve o desligamento dos ambulatórios de psiquiatria e favoreceu a construção de locais próprios para o desempenho das atividades peculiares destes serviços (FERREIRA; LUIZ, 2004).

No município de Campina Grande, as facilidades dos profissionais da rede de atenção psicossocial realizar práticas de inclusão social foram relatadas através das seguintes subcategorias: 4.3.2.1. Apoio das Instituições/Profissionais; 4.3.2.2. Identificação do Profissional com a Saúde Mental/ Interdisciplinaridade; 4.3.2.3. Especialização em Saúde Mental/Capacitações/Grupo de Estudo. Sendo assim, descrevemos essas subcategorias abaixo.

4.3.2.1. Apoio das Instituições / Profissionais

Com base nos avanços que o município de Campina Grande vem alcançando com suas práticas inclusivas, alguns progressos foram encontrados nas falas dos profissionais entrevistados em relação à quebra do preconceito e paradigmas dos profissionais e instituições para contribuírem com ações que favorecem a inclusão

das pessoas em situação de sofrimentos psíquicos. As falas abaixo ilustram esses avanços:

[...] hoje eu vejo que as pessoas estão mais interessadas, antes era uma coisa que ninguém nem queria [...] trabalhar e hoje quando você chega nas escolas, você já encontra, o que facilita [...] você encontra profissionais abertos, [...] para esse trabalho, [...], que querem estudar. Ah, eu vou demais! Então, vem para o estudo e isto ajuda bastante, [...] isso facilita, se numa escola você chega tem uma direção que é assim, meio dura pra aceitar, aí tem profissional que já ajuda, [...] você pede para marcar um momento e você consegue [...] sensibilizar todo mundo, [...]. (P. 03)

[...] a abertura que a gente encontra, [...] nas instituições que a gente vai, a gente vê que as pessoas, já estão abrindo mais a mente, no tocante a esse tema [...] eu imagino que as pessoas estão tendo mais cuidados, [...] eu acho que o fato de repente ter um vizinho, ou ter um parente [...] estão mais abertos, [...] mostrando mais interesse, estão incutindo mais essa questão e de certa forma aderindo, [...] a essa luta e até a história do não preconceito, [...]. (P. 09)

[...] o apoio das instituições, quando a gente procura, quando vai se trabalhar lá, no caso o projeto saúde na escola, [...] as fontes a quem a gente se dirige e o apoio que nos dão, isso abre um leque muito grande que ajuda muito a tocar o barco para frente. (P. 11)

As facilidades? Hoje em dia existe um movimento muito grande [...] existe uma abertura maior [...], ah! Eu não sei receber, eu não sei como trabalhar, ainda tenho um certo receio de como fazer isso, mas estou aberto a essa experiência, [...] então a gente vem encontrando, [...] uma certa facilidade nesse trabalho porque as pessoas têm se tornado mais receptivas, no sentido de querer colaborar com essa inclusão. (P. 18).

Embora o preconceito, os estigmas e os estereótipos dificultem as práticas de inclusão, e algumas instituições ainda mostram-se despreparadas para receber os usuários dos CAPS, prejudicando, deste modo, todo o trabalho inclusivo a que se propõem esses serviços, as falas relatadas acima, nos revelam a disposição de muitos profissionais para trabalhar com o segmento da saúde mental, buscando aprender e colaborar com o tratamento proposto, compreendendo assim, o processo da Reforma Psiquiátrica e aderindo ao não preconceito. Os entrevistados atribuem estes avanços ao movimento nacional de luta para a efetivação da inclusão social.

Nesta perspectiva, evidenciamos que as instituições e os profissionais têm aderido ao desafio, evoluindo e tornando-se mais receptivas e abertas ao trabalho com as pessoas em situação de sofrimentos psíquicos.

4.3.2.2. Identificação do Profissional com a Saúde Mental/ Interdisciplinaridade

O trabalho interdisciplinar tornou-se um dos grandes avanços na Reforma Psiquiátrica Brasileira por proporcionar integralidade na assistência às pessoas em situação de sofrimentos psíquicos, de forma que os saberes são compartilhados e as deficiências e dúvidas são sanadas nos momentos mais necessários.

A interdisciplinaridade proporciona que o profissional veja o trabalho do outro com respeito, valorizado-o em todos os sentidos, permitindo a construção de saberes de formas compartilhadas.

Para Amarante (2008) os profissionais da saúde mental devem estabelecer vínculos afetivos e profissionais com os usuários para que estes se sintam realmente ouvidos e cuidados e, dessa forma, percebam que os cuidadores mostrem-se voltados para o seu problema, com disposição e compromisso para ajudá-los. O perfil do profissional da atenção psicossocial tem como foco favorecer a construção de uma rede de sujeitos.

Os profissionais entrevistados referiram em vários relatos que essa facilidade de desenvolver práticas de inclusão social no município de Campina Grande, ocorre pela união dos profissionais, pela experiência adquirida e por gostar de trabalhar nessa área, como podemos constatar nos relatos a seguir:

A facilidade, [...] acho que pelo tempo que a gente está aqui, a gente começa a ter [...] um entendimento, [...] uma vivência já no serviço [...] pela experiência de cada profissional [...] que ele tem de tentar incluir esse usuário na sociedade, [...] vai do tempo, da permanência, da vivência e da sabedoria de cada um de levar essa inclusão social dentro do CAPS. (P. 01)

É o trabalho em equipe que nós temos [...] nós conversamos [...] estamos sempre em equipe [...] a única coisa que ainda, [...] a gente consegue é a união, [...] porque se trabalha com a interdisciplinaridade, com a multidisciplinaridade, então acho que é a facilidade que nós temos. (P. 04)

O trabalho da própria equipe, [...] não é de unidade, do próprio grupo, o apoio das instituições, quando a gente procura, quando vai se trabalhar lá, no caso o projeto saúde na escola, [...] as fontes a quem a gente se dirige e o apoio que nos dão, isso abre um leque muito grande que ajuda muito a tocar o barco para frente. (P. 11)

A maior facilidade é [...] a união da equipe. [...] é que a equipe acredita no potencial do usuário [...] (P. 14)

[...] a facilidade é gostar de fazer isso, então eu acho que quem está na saúde mental está porque gosta. Muitos gostam e eu acho que eu sou um deles. Eu gosto realmente do que faço, eu acho muito bom, eu me sinto muito bem em ver a pessoa que chegou aqui num estado de muita debilidade, está precisando de muita ajuda e a gente perceber que ele está se reabilitando [...](P. 06).

Olha é à força de vontade da equipe, dos coordenadores, [...]dos cuidadores, [...] da parte administrativa, [...] é um pessoal de raça pra caramba, é um projeto muito show [...] Eu vejo, [...] a força com que eles procuram fazer, desenvolver os projetos para os usuários [...]então eu acho que um ponto principal [...] a energia maior é a nossa própria equipe, que é gente que realmente procura. Os cuidadores [...] a cuidadora, ela cuida com carinho sabe! Assim, como se fosse realmente da família, então eu acho que nosso ponto principal [...](P. 16)

Essas falas revelam-nos que a forma de atuar na saúde mental: um perfil profissional totalmente contrário ao do modelo psiquiátrico. Trata-se de um trabalho em equipe no qual a interdisciplinaridade possibilita avanços nas práticas cotidianas, pois melhoram as posturas profissionais, criando também satisfação com a recuperação dos usuários ao longo do tratamento proposto. Desta forma, os profissionais revelam trabalhar na saúde mental porque se identificam com a área, porque têm compromisso e força de vontade de fazer a Reforma Psiquiátrica acontecer. Sobretudo, a experiência, a sabedoria e a vivência profissional têm sido essenciais para efetivação da articulação da rede de cuidado.

Para Amarante (2008), a saúde mental possibilita a construção de profissionais complexos, plurais, intersetoriais e com transversalidade de saberes. É como se o espectro do conhecimento dos envolvidos ampliasse-se de tal forma que encontram-se dificuldades em delimitar suas fronteiras e limites.

Os avanços que o campo da atenção psicossocial tem possibilitado ultrapassam barreiras nunca vistas, devido à existência de parceiros que têm contribuído qualitativamente para sua efetivação. A união, a diversidade, e a interdisciplinaridade possibilitam contribuições de todos os atores e elementos, favorecendo para a concretização de práticas inclusivas e modelos eficazes que sirvam à reabilitação psicossocial para quem delas necessitam (BERTOLOTE, 2001).

De acordo com Sampaio e Santos (2001, pág. 128), os CAPS apresentam radicais experiências de democracia interna, pois articulam os saberes de disciplinas dentro de uma equipe interdisciplinar, colocando-as a serviço da solução de

problemas pessoais, grupais e sociais determinantes e determinados por alterações de pensamento, afetividade e de comportamento. “Tal articulação não só é direcionada para fora do serviço, como também para a promoção da saúde mental dos próprios profissionais da assistência, reduzindo a divisão rígida de trabalho e as distâncias entre quem sabe e quem faz, quem cuida e quem é cuidado”.

Pelo visto, Campina Grande tem se configurado um município inovador no que se refere à mudança de modelo e reorganização de sua rede de assistência à saúde mental. Nesse município, os profissionais atuantes na rede de saúde mental demonstram gostar e acreditam no próprio trabalho e esperam que os usuários desses serviços sejam reconhecidos como cidadãos dignos de serem incluídos nesta sociedade.

Um fator possivelmente influenciador neste perfil profissional do município ocorre pelo histórico da formação das equipes de profissionais. Segundo Cirilo (2006), foi na implantação da rede de cuidado à saúde mental que se sentiu a necessidade de contratar profissionais para atuar junto a estes serviços substitutivos de saúde mental.

Partindo desta lógica, houve um processo seletivo simplificado, que aprovou 99 profissionais de nível superior, médio e básico em diferentes categorias. Tal processo contou com a participação de técnicos do Ministério da Saúde e da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), com a contribuição de alguns professores nas etapas das entrevistas e da Secretaria de Saúde de Campina Grande, buscando avaliar o perfil dos profissionais que seriam contratados, colocando à disposição técnicos de saúde mental para trabalharem no processo avaliativo dos cuidadores (CIRILO, 2006).

Dessa forma, verificamos que os gestores municipais da época preocupavam-se com a qualidade dos técnicos, desde a formação da rede, pensando em um perfil profissional condizente com o modelo proposto pela Reforma Psiquiátrica.

4.3.2.3. Especialização em Saúde Mental/Capacitações/Grupo de Estudo;

Diante dos avanços no SUS desde a década de 1990, com a promulgação das leis orgânicas de saúde, o mercado passa a exigir um profissional com um novo perfil para atuar junto à demanda da saúde mental, criada a partir dos modelos substitutivos. Neste contexto, emerge a necessidade de capacitações permanentes

desses profissionais para que atuem com mais conhecimento e segurança na rede de cuidado em saúde do país.

Segundo o Ministério da Saúde, desde 2002, foram desenvolvidas ações permanentes relativas à formação de recursos humanos no campo da Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica para trabalhadores do SUS. Estas ações foram contempladas no Programa Permanente de Formação de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica e apresentam como prioridades, destacamos a criação dos Núcleos de Formação em Saúde Mental para a Rede Pública com incentivo à sua criação, financiamento e apoio às atividades desenvolvidas, por meio de convênios entre o MS e Instituições Formadoras, em especial com Universidades Federais, além de Municípios e Estados (BRASIL, 2010d).

As falas dos entrevistados relatam que os gestores municipais têm buscado capacitações com frequência em Campina Grande, como podemos destacar a seguir:

[...] a partir do momento que nós entramos para trabalhar nessa questão [...] da saúde mental [...] nós estamos vendo a facilidade [...] pelos seminários [clínicos] que a gente vem tendo, as orientações [...], aí a gente vai encontrando alguma forma de como lidar com essas pessoas, de sensibilizar. [...]. Olhe, semanalmente é o grupo de estudo, para estudar os casos clínicos e algumas supervisões também, com vários profissionais, supervisões, estudo de casos. (P. 10)

[...] a grande facilidade que a gente tem é o incentivo e as capacitações que a própria coordenadora de saúde mental nos oferece [...] é fundamental, é o saber [...] através de cursos, de capacitações. (P. 13)

[...] essa abertura, [...] trabalhar a questão da família, nós temos a reunião da família, [...] também. [...] Eventos que surgem relacionados à questão de saúde mental no município de Campina Grande [...] como a gente teve uma marcha, teve um movimento nas ruas para tentar [...] mostrar as pessoas da sociedade o que é a saúde mental em Campina Grande, aonde todos do serviço foram às ruas [...] para uma grande caminhada [...] (P. 15)

Eu acho que [...] os grupos de estudo em si, que facilita você de ter mais o domínio de determinadas situações, de entrar em contato com outros setores [...] com outras ações, para tentar ajudar no tratamento, no caso da criança, acho que, o estudo que a gente desenvolve faz você abrir o olhar e direcionar aquele tratamento e aquela criança para alguma atividade. É o grupo que a gente desenvolve aqui, toda quinta-feira [...] de sete e meia as nove, é o

grupo de estudo sobre a criança e os cuidados com a criança, que está aberto para qualquer profissional [...]. (P.17).

[...] a gente vem observando isso nas conferências, nos seminários que acontecem semanalmente no CAPSinho, com a coordenação de saúde mental, nas reuniões intersetoriais, [...] nas supervisões [...], de casos clínicos. Então, existe essa prática [...] contínua de está fazendo esse elo intersetorial através dessas ações. (P. 18)

As falas acima revelam-nos que Campina Grande tem motivado seus profissionais, através das capacitações, seminários clínicos, orientações, supervisões e grupos de estudo realizados semanalmente com representantes de toda a rede de atenção à saúde. A partir do momento que os profissionais passam a atuar nesta área, logo se iniciam as capacitações, através de encontros semanais nas quintas feiras no CAPSi - Centro Campinense de Intervenção Precoce Infantil, no turno da manhã e dos seminários clínicos que acontecem semanalmente, no mesmo local. Nesta oportunidade, profissionais experientes são convidados para ajudar os técnicos nas condutas clínicas de casos de difícil resolução para as equipes, tanto dos CAPS quanto da ESF.

De acordo com Goldberg (2001), as reuniões técnicas, as supervisões de profissionais de apoio, as discussões de casos que possibilitam integração da equipe interdisciplinar e as reuniões semanais dos profissionais que atuam nesses centros, favorecem o traçado de planos de tratamentos individuais e coletivos mais efetivos e servem de leitura do processo institucional, possibilitando revisões sistemáticas do projeto.

A história das capacitações na rede de saúde mental de Campina Grande está enraizada desde a sua construção. De acordo com Cirilo (2006):

“Concomitante com a implantação de tais Serviços foram contratados os profissionais selecionados para compor as equipes de atuação nos Serviços. Sendo realizada capacitação durante três dias, com técnicos da Secretaria de Saúde do Município, da Secretaria de Saúde de Recife, e Assessores Técnicos do Ministério da Saúde, abordando temas como acolhimento, projetos terapêuticos, manejo de situações de crise, psicofarmacologia, funcionamento dos CAPS, das Residências Terapêuticas e clínica de Reabilitação Psicossocial” (CIRILO, 2006, pág. 76).

Para o Ministério da Saúde, o processo de formação de recursos humanos para atuar na saúde mental, mostra-se como prioridade, desde 2002, quando houve

a implantação o Programa Permanente de Formação de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica, visando incentivar, apoiar e financiar a criação de núcleos de formação para esse setor através de parcerias com outras instituições formadoras como as Universidades Federais, os Municípios e os Estados (BRASIL, 2005).

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde, as articulações entre a saúde mental e a atenção básica mostram-se essenciais, mas também faz-se necessário que os profissionais da saúde mental participem de reuniões de planejamentos das equipes da ESF, realizem ações de supervisão, discussão de casos, atendimento compartilhado e atendimento específico, além de participar das iniciativas de capacitações. Esta prática viabiliza a responsabilidade pelos casos para ambos e promove discussões conjuntas e intervenções pontuais nas famílias e comunidades (BRASIL, 2010a).

Outro fator que pode ter contribuído com esses avanços foi à iniciativa do Ministério da Saúde de ampliar a estrutura organizativa através da Secretaria Nacional de Gestão do Trabalho em Saúde para enfrentar as necessidades qualitativas e quantitativas de recursos humanos para o SUS. A saúde mental apresentava, no ano de 2005, 21 núcleos regionais em funcionamento realizando cursos de especializações e atualização para os trabalhadores da Atenção Básica e dos CAPS (BRASIL, 2005).

As especializações em saúde mental na atual conjuntura representam progressos que favorecem a qualidade na assistência oferecida aos usuários do sistema de saúde mental dos municípios brasileiros e, conseqüentemente, a inclusão social. Desta forma, elencamos algumas falas que revelam sua importância para a consolidação da intersetorialidade na rede de serviços de saúde em Campina Grande, citada de forma recorrente:

[...] Essa parceria com a Universidade Federal com a Prefeitura [SMS] de Campina Grande tem proporcionado essa integração das redes. [...] através da Especialização em saúde mental (P. 05)

[...] hoje tem uma realidade totalmente diferente, [...] hoje a gente vê os PSFs [profissionais] inseridos nas especializações, [...] se capacitando, mostrando interesse em trabalhar com esse segmento, [...]. Então hoje a realidade, já é diferente, já mudou [...] já tem outra cara [...] (P. 09)

[...] os profissionais hoje na saúde mental são pessoas capacitadas, através de vários cursos de capacitação e especialização, e é uma

forma de haver essa integração desses setores [...] conhecer que todos estão no mesmo caminho, PSF [...] Atenção Básica, CAPS, Conselho Tutelar, para que juntos, conhecendo a problemática da saúde mental, estes possam ter estratégias de poder enfrentar essa situação [...] (P.12)

[...] a coordenação de saúde mental, há mais ou menos dois anos, ela tentou fazer essa parceria com a saúde da família, [...] e aí nós fizemos umas reuniões com as equipes de Saúde da Família, aonde nós fomos até eles e convidamo-los para vir até a gente [...]. Quando, ela traz também os cursos, as capacitações [...] ela não limita só pra saúde mental, ela convida [...] a atenção básica pra participar desses cursos, conforme nós estamos tendo agora, as especializações que foram abertas [...], para atenção básica, eu acredito que a coordenação da saúde mental ela tem tentado, [...] (P. 14)

[...] eu vejo essa questão da especialização de saúde mental [...] como uma questão [...] de intersectorialidade [...] porque a gente sabe que tem os profissionais [...] do PSF [...] que faz parte da rede de atenção básica [...]. Eu acho que os gestores já estão iniciando nessa questão da especialização, onde outros profissionais, de outras áreas, estão tendo essa oportunidade de participar de um curso aonde eles [...] tem novas informações a respeito da saúde mental, de trabalhar, de ter conhecimento científico, [...] a respeito do que é a doença, de transtorno ou dependência química. [...] (P.15).

[...] um dos facilitadores destes últimos tempos foram as especializações, que foram desenvolvidas, envolvendo outro segmento, outros equipamentos da rede como: equipes da UBSF, conselho tutelar, NASF, [...] o que a gente percebeu das pessoas que estão participando dessas especializações ou de um seminário clínico que a gente tem na quinta-feira, ela fica com um olhar diferente no caso dos encaminhamentos [...] também assim, esses programas, o programa de intervenção precoce que a equipe vai visitar a Atenção Básica, então, isso facilita meus encaminhamentos e nesta percepção das pessoas, [...] (P.19).

Os vários profissionais entrevistados revelaram que a especialização em saúde mental, proporcionou a articulação da rede de cuidado em saúde, integrando os serviços de saúde mental, o NASF, a ESF, o Conselho Tutelar e demais serviços, favorecendo a construção das redes sociais e a integralidade do cuidado. Essas iniciativas têm possibilitado quebra de preconceitos, uma vez que após essas capacitações alguns profissionais mostraram-se abertos para trabalhar com o segmento da saúde mental, devido à criação de elos que se consolidam e promovem a inclusão dos usuários em cada território.

O primeiro Curso de Especialização em Saúde Mental realizado no município de Campina Grande ocorreu em 2007 e foi promovido pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) em cooperação técnica com a Fundação Oswaldo Cruz

(FIOCRUZ) com carga horária total de 360 horas. As aulas foram ministradas no Departamento de Psicologia da UEPB. Ofereceu-se 22 vagas para os coordenadores dos serviços e das coordenações estadual, regional e a municipal de Campina Grande; 3 vagas para professores da UEPB, nos cursos de Enfermagem, Serviço Social e Psicologia; e outras 25 para trabalhadores da rede de serviços substitutivos da saúde mental (SILVA, 2007).

A segunda especialização em saúde mental foi viabilizada entre uma parceria da Secretaria Municipal de Campina Grande e a UFCG. Ocorreu em 2009 e 2010, favorecendo a intersetorialidade e a interdisciplinaridade. Seu objetivo foi integrar a rede de assistência à saúde, contemplando profissionais de todos os setores, com enfoque na: ESF, CAPS, NASF, Conselho Tutelar, Residências Terapêuticas e Emergências Psiquiátricas.

De acordo com o MS, existem 21 Núcleos Regionais de Formação em Saúde Mental para a Rede Pública implantados realizando cursos de especialização e atualização em saúde mental para trabalhadores da atenção básica e dos CAPS. No país, estão em funcionamento 29 cursos de especialização em saúde mental e 74 cursos de capacitação em saúde mental e álcool e outras drogas, contextualizados para a rede de cuidado em saúde mental e atenção básica (BRASIL, 2010d).

Sendo assim, esta pesquisa empírica revela que Campina Grande, nestes últimos anos, permanece progredindo no processo de formação dos profissionais que atuam neste segmento de trabalho, treinando seus técnicos e possibilitando trocas de saberes entre os profissionais da rede de cuidado. Entretanto, sabemos que muito se tem a avançar, pois como o número de profissionais das Equipes da Estratégia Saúde da Família aumentou significativamente neste município, as atuais equipes dos CAPS não estão conseguindo dar o suporte necessário a todas as equipes da atenção básica no que se refere ao treinamento / acompanhamento / suporte e matriciamento.

CAPÍTULO 5

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pesquisar práticas de inclusão social na contemporaneidade tornou-se um grande desafio para a mestrand/pesquisadora, porque tal temática ainda é polêmica e encontra-se em fase de consolidação no nosso país. Por sua vez, identificar práticas inclusivas na rede de cuidado de saúde mental a que a Reforma Psiquiátrica propõe-se, configurou-se em uma ação desafiadora e inovadora.

Nesta perspectiva, investigar como os profissionais da rede de cuidado em saúde mental de Campina Grande percebiam suas práticas cotidianas permitiu-nos ampliar o entendimento sobre possíveis estratégias de se garantir a efetivação dos princípios da Reforma Psiquiátrica e do Sistema Único de Saúde (SUS).

A ampliação do nosso objeto de estudo possibilitou-nos ter um primeiro contato com esses serviços, nos quais, por vários dias, propusemos-nos a passar manhãs e/ou tardes compreendendo o processo de trabalho desses profissionais. Nesse momento, todos os profissionais mostraram-se receptivos e dispostos a ajudar no que fosse necessário, sanando dúvidas e anseios da mestrand/pesquisadora. A vivência com os usuários e com os profissionais fez-me perceber o quanto a assistência psiquiátrica havia se transformado. Trata-se de uma nova forma de cuidar que atravessa fronteiras e horizontes.

O processo de trabalho dos profissionais foi percebido como sincrônico devido à afinidade entre os membros das equipes, criando um ambiente de trabalho sem conflitos sérios, como se costuma acontecer nos ambientes que se constituem foco desta pesquisa. Logo, todas as nossas angústias foram sendo dissipadas, desde então, pudemos construir, paulatinamente, um clima de respeito e admiração por aqueles atores sociais, o que nos sensibilizou pela escolha de atuar na saúde mental.

De modo geral, conhecer a experiência dos profissionais da rede de saúde mental revelou-nos o seu comprometimento com os serviços que atuam, junto aos usuários e aos familiares. Mesmo que em momentos de cansaço os citados profissionais tenham confidenciado a dificuldade do trabalho, revelando o quão grande tem sido o desafio de atuar nesta área da saúde, ficando explícito nas falas dos entrevistados o quanto a Reforma Psiquiátrica ainda precisa avançar.

Foi possível perceber que os profissionais dos serviços apresentam uma concepção do objeto de estudo, inclusão social, associado ao paradigma da reabilitação/reinserção e acessibilidade/aceso. No que se refere à reabilitação/reinserção os profissionais demonstraram que os usuários precisam ser resgatados e reinseridos no convívio com a comunidade, com os grupos sociais, para que a partir dessas ações sejam reconhecidos como cidadãos. Desse modo, refletem uma concepção reabilitadora proposta pelos modelos substitutivos da saúde mental.

Contudo, quando os profissionais fazem menção à inclusão social como uma possibilidade de acesso/acessibilidade nos ambientes sociais, imprimem em suas falas necessidade de inclusão das pessoas em situação de sofrimento psíquicos em experiências educacionais, lazer, compras, dentre outros. Ressaltam como prioridade a efetivação da promoção da cidadania que favoreça a circulação igualitária na sociedade nos ambientes sociais, demonstrando que, para essas pessoas serem incluídas, é preciso ambientes acessíveis e profissionais preparados para promover essa inclusão.

Esta pesquisa possibilitou que identificássemos várias práticas inclusivas, inovadoras no município, configurando um progresso no paradigma da atenção psicossocial. Dessa forma, fica claro o avanço de Campina Grande na sua rede de serviços substitutivos de atenção à saúde mental e, conseqüentemente, na Reforma Psiquiátrica.

Faz-se oportuno enfocar que esses progressos foram consolidados devido ao trabalho interdisciplinar e em equipe desenvolvidos por aqueles profissionais. Essa equipe mostrou-se acolhedora, receptiva e aberta a colaborar com este estudo. Segundo nossa percepção eles atuam na saúde mental porque apreciam o próprio trabalho, porque se identificam com a área e se realizam na arte do cuidar do outro.

Logo, percebemos que gostar do que faz é uma prerrogativa importante para se trabalhar em saúde mental. Trabalhar em equipe, visando à interdisciplinaridade é fundamental, uma vez que, esta diversidade possibilita contribuições de todos esses atores e elementos que favorecem a concretização de práticas inclusivas e modelos eficazes que sirvam para a reabilitação psicossocial dos que delas necessitam.

O trabalho interdisciplinar favorece uma prática em mão dupla, considerando as interações e trocas permanentes, simultâneas e necessárias para o

enfrentamento das necessidades emanadas pelas pessoas em sofrimentos psíquicos o que possibilita a criação de cooperações, reciprocidades e responsabilidades compartilhadas, seja ela individual ou coletiva.

Ao discorrer sobre estas reflexões, rememoramos os vários momentos de emoção presenciados durante as entrevistas, quando, por diversas vezes, visualizamos lágrimas de emoção no momento dos relatos dos profissionais, plenos de alegria e realização, por poder falar de sua prática, realizada, em geral, sob constantes desafios ou por sentirem-se inertes diante de uma sociedade tão limitada para acolher os portadores de sofrimentos psíquicos.

Os profissionais entrevistados revelam que a gestão da saúde mental tem incentivado, motivado e investido na capacitação dos profissionais destas equipes. Percebe-se que, quando existe vontade política e determinação, os objetivos fluem e efetivam-se.

Nessa perspectiva, diante do relato das práticas inclusivas identificadas na rede de serviços substitutivos da saúde mental, constatou-se melhoria e muitos progressos, devido à existência de articulação com outros setores da sociedade, seja educação, cultura, economia e formação de redes sociais. São práticas estratégicas que se consolidam, concretizam-se, favorecem a integração na rede de cuidados, a capacitação dos profissionais para uma atuação mais efetiva e eficaz, que priorizam a interdisciplinaridade, mostrando a importância da articulação entre CAPS, NASF, ESF, Conselho Tutelar, ou mesmo em toda a rede de serviços, promovendo elos intersetoriais que se consolidam e promovem a inclusão dos usuários em cada território.

Cabe aqui destacar, as práticas que tem promovido à integralidade do cuidado na rede, que possibilitam a construção de novas formas de cuidar dos indivíduos em situação de sofrimento psíquico, através da mudança de visão dos profissionais em relação aos paradigmas de cuidado, da corresponsabilização da assistência aos usuários na sua área de abrangência, possibilitando o acolhimento e também, o estabelecimento do vínculo dos usuários com a ESF no território onde residem, sem distanciá-los do CAPS como local de tratamento quando precisarem.

O estudo evidenciou, também, que os recursos financeiros, materiais e estruturais ainda se apresentam como um fator que dificulta avanços nas práticas de inclusão social no município. Recursos utilizados na geração de renda e nas oficinas desenvolvidas nesses serviços, cujo objetivo é promover a melhoria da autoestima e

o trabalho inclusivo. Contudo, vimos que a coordenação da saúde mental do município pesquisado, precisa repensar estratégias de articulação com os demais gestores para que esses recursos financeiros sejam garantidos, possibilitando investimentos na reabilitação psicossocial, favorecendo, portanto, avanços no processo da Reforma Psiquiátrica de Campina Grande.

Outro fator que tem dificultado a atuação da equipe na efetivação dessas práticas inclusivas foi o preconceito que ainda representa um desafio no paradigma da atenção psicossocial, demandando, muitas vezes, tempo, dedicação e persistência. Percebemos que os profissionais que atuam com esse segmento encontram barreiras na sociedade, nos familiares ou mesmo nos próprios profissionais da rede que lidam com esses portadores, mostrando que ainda há muito a melhorar na efetivação das políticas públicas existentes no país.

Urge construir momentos de sensibilização que possibilitem a desconstrução da loucura impregnada por décadas em todo o mundo e caminhem-se em direção aos avanços e consolidação dos modelos substitutivos da saúde mental. Esta pesquisa revela que ainda existem instituições e profissionais de outras áreas que se mostram resistentes para desenvolver práticas de inclusão social destinada as pessoas em situação de sofrimentos psíquicos, seja por não conhecer o trabalho do CAPS ou pela falta de preparo ou mesmo por déficit nas capacitações que visem sensibilizar esses atores.

Por outro lado, alguns progressos foram encontrados nas falas dos entrevistados, em relação à quebra de preconceitos, por parte dos profissionais e/ou instituições, revelando que muitos se mostram disponíveis para trabalhar com esse segmento, na busca por aprender e colaborar com o tratamento proposto de acordo com o processo da reforma psiquiátrica. Os técnicos atribuem esses avanços ao movimento nacional de luta para a efetivação da inclusão social na qual estas instituições e profissionais têm aderido ao desafio, evoluindo e tornando-se mais receptivos e abertos ao trabalho.

Outro aspecto evidenciado foi as melhorias do município no processo de formação e capacitação dos profissionais que atuam na saúde mental. Os cursos oferecidos têm possibilitado trocas de saberes entre os demais profissionais da rede de cuidado. Visualiza-se a necessidade de se aumentar o número de equipes matriciais para dar suporte a todas as equipes da Estratégia Saúde da Família, pois, como o quantitativo das citadas equipes tem aumentado consideravelmente, as

atuais equipes dos CAPS não estão conseguindo oferecer o apoio necessário a todos profissionais quanto ao treinamento, acompanhamento e suporte.

A realização desse estudo deu-nos embasamento para um maior conhecimento acerca do tema proposto, cabendo destacar, por fim, que a organização da rede de cuidado em saúde mental, no que se refere às práticas inclusivas que favorecem a integralidade e a intersetorialidade, mostrou-se fundamental para que as diretrizes da Reforma Psiquiátrica sejam plenamente alcançadas, com maiores chances de canalizar os recursos sociais existentes, aperfeiçoando seu uso e identificando a necessidade de outros recursos, para que, desta forma, as pessoas em sofrimentos psíquicos se fortaleçam e tornem-se protagonistas do seu tratamento.

Esperamos que o desenvolvimento desta pesquisa contribua para um maior investimento na consolidação da inclusão social dos usuários que habitam nos demais municípios brasileiros, pois percebemos a existência de uma política ampla e expressiva que reduza os estigmas impregnados culturalmente. Porém, vale novamente ressaltar que a implantação da política de saúde mental pressupõe mudanças em níveis, político, institucional, organizativo, éticos e pessoais, exigindo tempo, vontade política e recursos de várias ordens.

Considerando essa perspectiva, as práticas de inclusão funcionam no sentido de valorizar os relacionamentos afetivos entre usuários, famílias e trabalhadores do CAPS e a rede de serviços. Vimos que os profissionais cumprem seu papel no contexto da Reforma Psiquiátrica, promovendo saúde mental a partir da inserção social, afastando-se do tradicional modelo curativista representado pelo modelo asilar, o qual tinha como foco somente o indivíduo e a doença.

Ao final destas reflexões, retomamos todo o caminho percorrido. Nossa preocupação em descrever e analisar as situações apresentadas, sempre estiveram vinculadas à potencialidade deste campo de estudo em gerar significados que ampliassem o olhar de todos os envolvidos em programas de atenção à saúde mental.

Tendo em vista os resultados alcançados por esta investigação, recomenda-se a divulgação dessas práticas que visam contribuir na formação de novos profissionais para atuar na saúde mental. No sentido que, as universidades promotoras dos cursos de saúde mental e especializações, precisam tomar Campina Grande como um modelo para os demais municípios brasileiros, embora saibamos

que muitas outras práticas merecedoras de pesquisas e divulgação possam estar acontecendo.

Diante desses avanços sentimo-nos na obrigação de divulgar os progressos que estão acontecendo no município de Campina Grande, evidenciados através das práticas que as equipes da rede de serviços de saúde mental estão desenvolvendo, ainda que existam obstáculos a serem transpostos.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Elpídio. **História de Campina Grande**. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB, 1978.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. 2ª ed. rev e amp. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2001.

_____. P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 2ª ed. rev e amp. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2008.

_____. P. (org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. 1. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

ANDRADE, L. Q. **Terapias expressivas**. São Paulo: Vector, 2000.

ALVES, D. S; COSTA, C; SCHETCHMAN, A. **Assistência Psiquiátrica – Brasil**. 2003. Disponível em: < www.dinarte.es/salud-mental/pdfs/brasil98.pdf>. Acesso em dez. 2009.

AZEVEDO, D. M; MIRANDA, F. A. N; GAUDÊNCIO, M. M. P. Percepções de Familiares Sobre o Portador de Sofrimento Psíquico Institucionalizado. **Revista Anna Nery Enfermagem**. 2009, jul-set: 13 (3): 485-91. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452009000300005&script=sci_arttext>. Acesso em set. 2010.

ALVES, D. S. **Integralidade nas Políticas de Saúde Mental**. 2010. Disponível em: <http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=25&inoid=185&tpl=view_p_participantes>. Acesso em agos. 2010.

BRASIL, **Declaração Mundial sobre Educação para Todos: plano de ação para satisfazer as necessidades básicas de aprendizagem**. Tailândia: UNESCO, 1990.

_____, M. S. **SUS – A trajetória da municipalização**. Brasília: M.S, 1994.

_____, **DECRETO Nº 5.296 DE 2 DE DEZEMBRO DE 2004**. Regulamenta as Leis nº 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. 2004. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=240147>>. Acesso em nov. 2010.

_____. M. S. Resolução nº 196/96 de 10 de outubro de 1996. **Pesquisa envolvendo seres humanos**. In: Informe epidemiológico do SUS – Suplemento 3, p.278 – 291. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1996.

_____, **Secretaria de Educação Especial Deficiência Mental**. CARVALHO, E. N. S. (Org). Série Atualidades Pedagógicas; n.3. Brasília: SEESP, 1997.

_____, M. S. **Legislação em saúde mental**. Portaria n. 224, 29 de janeiro de 1992. Diretrizes e normas para o funcionamento dos serviços de saúde mental. Série Legislação em Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. M. S. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPE). **Manual do Programa de Volta para Casa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. M. S. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários, inclusão das ações de saúde mental na atenção básica**. Brasília, Ministério da Saúde, 2003a.

_____. M. S. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. 1ª edição, Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. M. S. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE **Legislação em Saúde Mental: 1990 – 2004**. 5ª Ed. Amp. Série E. Legislação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. M. S. Coordenação Geral de saúde Mental. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil**. Documento apresentado a Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: OPAS, 2005.

_____, M. S. Secretaria de Atenção à Saúde/ DAPE. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____, M. S. Estatuto da Criança e do Adolescente. 3. ed. 2.ª reimpressão. Série E. Legislação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____, M. S. **Saúde na Escola**. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica, n. 24. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____, M. S. **Saúde Mental em Dados 7**. 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caps_uf_junho.pdf>. Acesso em agost. 2010.

_____, M. S. **Atenção Básica**. 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29816&janela=1>. Acesso em agost. 2010a.

_____, M. S. **Saúde Mental**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29816&janela=1>. Acesso em agost. 2010b.

_____, M. S. **Centro de Atenção Psicossocial**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29797&janela=1> Acesso em set. 2010c.

_____, M. S. **Programa Permanente de Formação de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica**. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33883. Acesso em set. 2010d.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Ed. Rev. e atual. Lisboa: Editora 70, 2008.

BRÊDA, M. Z; ROSA, W.A.G; PEREIRA, M. A. O; SCATENA M. C. M;. Duas Estratégias e Desafios comuns: a reabilitação Psicossocial e a Saúde da Família. Revista Latino Americana de Enfermagem; Ribeirão Preto, 2005 **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. vol.13 n.3 Ribeirão Preto May/June 2005.

BENETTON, M. J. Terapia Ocupacional e Reabilitação Psicossocial. In: PITTA, A. **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. 2ª ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2001.

BERTOLOTTE, J. M. Em busca de uma identidade para a reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2001.

BURITI, I. OLIVEIRA, C. **História da Paraíba**. Curitiba: Base, 2009.

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

CAVALCANTE, P. C. T. **O LUGAR DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO NA REDE DE SAÚDE MENTAL**: efeitos da reforma. Monografia (Graduação). Faculdade de Ciências Médicas. Campina Grande, 2010.

COSTA-ROSA, A; LUZIO, C.A; YASUI, S. As Conferência Nacionais de Saúde Mental e as premissas do modo psicossocial. **Revista Saúde em Debate**, v.58, mai/agos, 2001.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **IV Conferencia Nacional de Saúde Mental Intersetorial**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_saudemental/index.html>. Acesso em: agos. 2010.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Regimento da IV Conferencia Nacional de Saúde Mental Intersetorial** <http://conselho.saude.gov.br/web_saudemental/doc/regimento.pdf>. Acesso em: agost. 2010a.

CIRILO, L. S. **Novos Tempos: Saúde Mental, CAPS e cidadania no discurso de usuários e familiares**. Dissertação- Mestrado em Saúde Coletiva- UEPB. Campina Grande, 2006.

CODECOM. **Campina grande possui sete CAPS e supera parâmetro Nacional.** 29 jun. 2007. Disponível em: <http://portal.pmcg.pb.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=650&Itemid>. Acesso em set. 2010.

CODECOM. **Cobertura de PSF de Campina aumenta 80% em seis anos e supera meta do Ministério da Saúde.** 25 nov. 2010. Disponível em: <http://www.campinagrande.pb.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=215&Itemid=3>. Acesso em dez. 2010.

CHIZZOTI, A. **A pesquisa em Ciências Humanas e Sociais.** São Paulo: Cortez, 1991.

DAMAS, K. C. A.; MUNARI, D. B.; SIQUEIRA, K. M. Cuidando do cuidador: reflexões sobre o aprendizado dessa habilidade. **Revista Eletrônica de Enfermagem.** v.06. n.02, 2004. Disponível em: < http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_2cuidador.htm>. Acesso em: 29 mar. 09.

DESVIAT, M. **A Reforma Psiquiátrica.** 1. ed. 2. reimp. Coleção Loucura & Civilizações. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

DESLANDES, S. F. GOMES, R. A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde - Notas teóricas. In: CAMPOS, R. O.; FURTADO, J. P.; PASSOS, E.; BENEVIDES, R. **Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade.** São Paulo: ADERALDO & ROTHSCCHILD, 2008.

DESLANDES, S. F. Notas sobre a contribuição da sociologia compreensiva aos métodos Qualitativos de Avaliação. In: CAMPOS, R. O.; FURTADO, J. P.; PASSOS, E.; BENEVIDES, R. **Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade.** São Paulo: ADERALDO & ROTHSCCHILD, 2008.

DELGADO, P. G. **O Ministério da Saúde e a 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental.** 2005. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/comissao/saude_mental/apresentacao.htm>. Acesso em nov. 2009.

_____, P. G. A Nova fronteira intersetorial ainda está por ser conquistada. In: **Revista Radis: Comunicação em saúde**, n. 97, set. 2010.

FERREIRA FILHA, M. O.; FRAGA, M. N. O.; SILVA, A. T. M. C.; LAZARTE R. ANDRADE, F. B. Atenção e Reabilitação Psicossocial: uma revisão bibliográfica conceitual. In: **revista nursing**, v.85. n.8, junho 2005.

FERREIRA, P. S.; LUIS, M. A. V. Percebendo as facilidades e dificuldades na implantação de serviços abertos em álcool e Drogas. **Revista Texto e Contexto**, vol.13, n. 002. Florianópolis - SC. abril-junho, 2004.

FIGUEIREDO, V. V; RODRIGUES, M. M. P. Atuação do psicólogo nos CAPS do Estado do Espírito Santo. **Revista Psicol. estud.** vol.9 no.2 Maringá May/Aug. 2004.

doi: 10.1590/S1413-73722004000200004. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722004000200004&script=sci_arttext.
Acesso em set. 2010.

FIGUEIREDO, M. D. **SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA**: Um Estudo Hermenêutico-Narrativo sobre o Apoio Matricial na Rede SUS-Campinas - SP. Dissertação de Mestrado. Departamento de Medicina Preventiva e Social Universidade Estadual de Campinas. São Paulo, 2006.

FOUCAULT, M. **O Nascimento da Clínica**. 6ªed. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 2004.

FOUCAULT, M. **A história da loucura na Idade Clássica**. 2. ed. São Paulo: Perspectiva; 1978.

FUREGATO, A. R. F. Políticas de saúde mental do Brasil. **Rev. Esc. Enferm. USP**. vol.43 no. 2. São Paulo, jun. 2009.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa Saúde da Família (PSF): Contradições de um programa destinado a mudanças no modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. *et al.* **O trabalho em Saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003.

FREITAS, S. N. **A formação de professores na educação inclusiva**: construindo a base de todo o processo. In: RODRIGUES, D. (org). **Inclusão e educação**: doze olhares sobre a educação inclusiva. São Paulo: SUMMUS, 2006.

GAMA, C. A. P; CAMPOS, R.O;. Saúde Mental na Atenção Básica – Uma pesquisa bibliográfica exploratória em periódicos de saúde coletiva (1997-2007). **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental** – Vol.1 N.2 – Out/Dez de 2009 ISSN 1984-2147. Disponível em: <<http://www.cbsm.org.br/v1n2/artigos/artigo8.pdf>>. Acesso em set.2010.

GOLDBERG, J. Reabilitação como processo – O Centro de Atenção Psicossocial – CAPS. In: PITTA, A. **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2001.

GONDIM, A. C. S. **Intervir Para Prevenir**: a construção da intervenção precoce em saúde mental na atenção básica a partir da concepção dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. Monografia (Graduação). Campina Grande: Universidade Estadual da Paraíba, 2010.

GUIMARÃES, M. **Dr. Maia, Clínica Psiquiátrica 35 anos**: Edição Comemorativa, Campina Grande. 2008.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. Universidade Luterana do Brasil, Unidade Universitária de Gravataí. **Ciênc. Saúde coletiva**. vol. 14 n.1. Rio de Janeiro Jan./Fev. 2009.

IBGE, **Instituto Brasileiro de Geografia Estatística**. 2000. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/20122002censo.shtm>> Acesso em agos. 2009.

IBGE, **Instituto Brasileiro de Geografia Estatística**. 2010. Disponível em <http://www.censo2010.ibge.gov.br/dados_divulgados/index.php?uf=25> Acesso em 22 mar. 2011.

JORGE. M. A. S; ALENCAR. P. S. S; BELMONTE. P. R; REIS. V. L. M. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (org.) **Textos de Apoio em Saúde Mental**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

JUNQUEIRA, L. A. P; INOJOSA, R. M; KOMATSU, S. **Descentralização e Intersectorialidade na Gestão Pública Municipal no Brasil: a experiência de fortaleza**. 1997. Disponível em: <<http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/CLAD/UNPAN003743.pdf>>. Acesso em set. 2010.

LEANDRO, J. A.; LIZ, A. M. J.; PUHL, A.; CAMARGO, A. E. ROSEMERI M.S.; BUENO, R. M. S.; GALDINO, S. R. **Promoção da Saúde Mental: Música e Inclusão Social no Centro de Atenção Psicossocial de Castro/PR**. Disponível em: <<http://www.uepg.br/revistaconexao/revista/edicao03/artigo13.pdf>>. Acesso em set. 2010.

LIRA, A. R. S. O desafio do Apoio Matricial em Saúde Mental feito às equipes de Saúde da Família em Aracajú. In: Cadernos IPUB. **Saúde mental na atenção básica**. n. 24. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, 2007.

LIMA, J. A. A. **Análise de acessibilidade a prédios públicos de Campina Grande - PB com base na ABNT NBR 9050**. Arquitextos, São Paulo, 08.088, Vitruvius, set 2007. Disponível em: <<http://www.vitruvius.com.br/revistas/read/arquitextos/08.088/209>>. Acesso em set. 2010.

MARINHO, A. C. N. **Políticas Públicas de Saúde: reforma psiquiátrica no contexto do município de Campina Grande – PB**. Dissertação- Mestrado em Saúde Coletiva- Campina Grande: Universidade Estadual da Paraíba, 2003.

MACHADO, K.; DOMINGUES, B. A Palavra é intersectorialidade. In: **Revista Radis: Comunicação em saúde**, n. 97, set. 2010.

MEDEIROS Jr, G. **Um novo modelo na saúde mental**. 2009. Disponível em: <[http://www.paraibaonline.com.br/coluna.php?id=54&nome=Um novo modelo na saúde mental](http://www.paraibaonline.com.br/coluna.php?id=54&nome=Um%20novo%20modelo%20na%20saude%20mental)> Acesso em nov. 2010.

MENDES, E. V. **Atenção Primária à Saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

_____, M. C. S. **O Desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MIELKE, F. B.; KANTORSKI, L. P.; JARDIM, V. M. R.; OLSCHOWSKY, A.; MACHADO, M. S. O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. In: **Ciências & saúde coletiva**. vol. 14. n. 1. Rio de Janeiro Jan./Fev. 2009.

MORI, N. N. R. Alunos Especiais inseridos em Classes Regulares. In: MARQUEZINI, M. C. (Org.). **Inclusão**. Londrina: EDUEL, 2003.

OLIVEIRA, J. C. M. **Campina Grande**: a cidade se consolida no século xx. Monografia (Graduação em Geografia) Centro de Ciências Exatas e da Natureza. Departamento de Geociências. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa – Campus I, 2007a.

ONOCKO-CAMPOS, R.T, FURTADO, J. P. Instrumental Metodológico para Avaliação da Rede de Centros de Atenção Psicossocial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(5):1053-1062, mai, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n5/18.pdf>>. Acesso em set. 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Saúde mental**: nova concepção, nova esperança. Relatório Mundial da Saúde. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde / OMS. 1. Ed. Lisboa, 2002.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Consenso de Panamá**. Conferência Regional de Salud Mental en La Ciudad de Panamá. Panamá, OPAS/OMS, 2010.

PEREIRA, A. A. Saúde Mental para Médicos e Enfermeiros que atuam no Programa de Saúde da Família: uma contribuição sobre o processo de formação em serviço. In: Cadernos IPUB. **Saúde mental na atenção básica**. n. 24. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, 2007.

PEREIRA, W. E. N. **Reestruturação do Setor Industrial e Transformação do espaço urbano de Campina Grande – PB a partir dos anos 1990**. Tese de Doutorado. Programa de Pós Graduação em Ciências Sociais. UFRN, Natal, 2008.

PELLANDA, Nize M. C. O sentido profundo da solidariedade. In: PELLANDA, Nize M. C.; SCHLÜNZEN, Elisa T. M.; JUNIOR, Klaus S. (orgs.). **Inclusão Digital**: tecendo redes afetivas/cognitivas. Rio de Janeiro: Editora DP&A, 2005.

PUFFAL, D. C; WOSIACK, R. M. R.; BECKER JR, D. B. Arteterapia: favorecendo a autopercepção na terceira idade. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 6, n. 1, p. 136-145, jan./abr. 2009. Disponível em: <<http://www.upf.tche.br/seer/index.php/rbceh/article/viewFile/161/487>>. Acesso em set. 2010.

PIMENTEL, F. D. Inclusão Social através de Políticas Intersetoriais. **Revista URB - AL Rede 10 - Luta contra a Pobreza Urbana**. Belo Horizonte, ano?.

PHILIPPINI, A. A. Transdisciplinaridade e Arteterapia. In: ORMEZZANO, G, organizadora. **Questões de arteterapia**. Passo Fundo: UPF; 2004. p.11-7.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE. **Campina Grande Possui Sete CAPS e supera parâmetro Nacional**. 2010. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/politica/5142104/campina-grande-possui-sete-caps-e-supera-parametro-nacional>>. Acesso em out. 2010.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE. **História de Campina Grande**. Disponível em: <http://campinagrandebairros.com.br/site/index.php?option=com_content&view=section&layout=blog&id=9&Itemid=111>. Acesso em out. 2010a.

POLETTI, P. C. **Intersetorialidade e a clínica em Saúde Mental**: construindo e ampliando redes para a inclusão. Programa de Aprimoramento em Saúde Mental. Campinas: UNICAMP, 2008.

RABELO, A. R.; MATTOS, A. A. Q.; COUTINHO, D. M.; PEREIRA, N. N. **Um Manual para o CAPS: Centro de Atenção Psicossocial**. Salvador: Departamento e Neuropsiquiatria da UFBA, 2005.

REIS. V. L. M. **A Reforma Psiquiátrica no Município do Rio de Janeiro: Perspectivas e impasses**, 1996. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública. FIOCRUZ. Rio de Janeiro.

REDE UNIDA. **Intersetorialidade**. 2004. Disponível em: <<http://www.saude.rio.rj.gov.br/cgi/public/cgilua.exe/web/templates/htm/v2/view.htm?editionsectionid=30&infoid=2516>>. Acesso em 09 dez. 2009.

RIBEIRO, M. B. S.; OLIVEIRA, L. R. Terapia ocupacional e saúde mental: construindo lugares de inclusão social. **Interface, Botucatu**. 2005, vol.9, n.17, 136T. 425-431. ISSN 1414-3283.

SARACENO, B. **Libertando identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Belo Horizonte/Rio de Janeiro, Te Corá Editora/Instituto Franco Basaglia, 2001.

SARACENO, B. Reabilitação Psicossocial: Uma Estratégia para a Passagem do Milênio. In: PITTA, A. **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2001a.

SASSAKI, R. K. **Inclusão da pessoa com deficiência no mercado de trabalho**. São Paulo: PRODEF, 1997.

_____, R. K. **Inclusão**: construindo uma sociedade para todos. 4. ed. Rio de Janeiro: WVA, 2002.

_____, R. K. **Inclusão**: construindo uma sociedade para todos. 7. ed. Rio de Janeiro: WVA, 2007.

SANTOS, P. B. B. **Enfermeiro na implantação e desenvolvimento do Programa de Saúde da Família na cidade de Campina Grande- PB - A luz da história oral temática**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). UFPB. João Pessoa, 2004.

SAMPAIO, J. J. C; BARROSO. C. M. C. Centros de Atenção Psicossocial e Equipes de Saúde da Família: diretrizes e experiências no Ceará. In: LANCETTI A. **Saúde Loucura**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2001.

SAMPAIO, J. J. C; SANTOS, A. W. G. A experiência do Centro de Atenção Psicossocial e o Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica. In: PITTA, A. **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2001. p. 127-134.

SANTANA, G. M. S; BRASILEIRO, J. A; ARAÚJO, L. R. Estratégia Saúde da Família e a Reforma Psiquiátrica: Uma Dança de Pares. In: BRASIL, M. S. **III Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família – Trabalhos aprovados no III Concurso Nacional de Experiência na Saúde da Família**. Brasília: M. S, 2008.

SCARCELLI, I. R.; ALENCAR, S. L. S. Saúde Mental e Saúde Coletiva: Intersetorialidade e Participação em Debate. **Cad. Bras. Saúde Mental**, Vol. 1, n.1, jan-abr. 2009 (CD-ROM). Disponível em: <http://www.abrasme.org.br/cbsm/artigos/artigos/07_IanniScarcelli_SandraAlencar.pdf>. Acesso em dez. 2010.

SPADINI, L. S.; SOUZA, M. C. B. M. A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. **Rev Esc Enferm USP**. 2006; 40(1):123-7. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n1/a17v40n1.pdf>>. Acesso em out. 2010.

SECRETARIA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE. **Regionalização do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Campina Grande**. Campina Grande, maio de 2003.

SILVEIRA, S.A. **Exclusão Digital** – A miséria na era da informação. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2001.

SILVA, P. M. C. **A Reforma Psiquiátrica no Município de Campina Grande – PB à Luz da História Oral Temática**. Monografia (Graduação). Universidade Estadual da Paraíba Campina Grande, 2007.

SINGER, P. I. A palavra é Intersetorialidade. 2010. In: **Revista Radis: Comunicação em saúde**, n. 97, set. 2010.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, 2002.

TARGINO, T. H. S. J. **Cuidando de Quem Cuida: Uma Análise dos Profissionais de Enfermagem acerca o Auto Cuidado.** 2009. Monografia (Graduação). Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande – PB.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano: o resgate necessário.** 3. ed. Porto Alegre: Saga Luzato; 2001.

VALLADARES, A. C. A, CARVALHO, A. M. P. A arteterapia no contexto da hospitalização pediátrica. O desenvolvimento da construção com sucata hospitalar. **Revista Acta Paulista de Enfermagem.** 2005; 18(1):64-71.

VALENTINI JR, W. A. H. VICENTE, C. M. A Reabilitação Psicossocial em Campinas. In: PITTA, A. **Reabilitação Psicossocial no Brasil.** 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

VELOSO, T.M.G; FILHO, P. O; PINTO, R. B.; NOBREGA, P. A.; NASCIMENTO, E. D. **Residências Terapêuticas em Campina Grande:** refletindo sobre os caminhos da reforma psiquiátrica. 2010. Disponível em: http://paginas.ufrgs.br/encresidenciais2010/programacao/arquivos_artigos/RESIDENCIAS_TERAPEUTICOS_EM_CAMPINA_GRANDE.pdf. Acesso em nov. 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A

ROTEIRO DA ENTREVISTA

Dados de Identificação:

1. Iniciais do Colaborador:
2. Sexo:
3. Profissão/ Formação:
4. Área de atuação:
5. Instituição que trabalha:
6. Vínculo Empregatício:
7. Tempo de atuação nos CAPS:
8. Para você o que é inclusão social?
9. Você e/ou sua equipe desenvolvem alguma prática de inclusão social?
Se não, responda a pergunta seguinte. Se sim, pule a pergunta 10.
10. Quais as possibilidades de sua equipe vir a desenvolver práticas da inclusão social?
11. Quais as dificuldades que sua equipe tem enfrentado para realizar práticas de inclusão social?
12. Quais as facilidades que sua equipe tem enfrentado para realizar práticas de inclusão social?
13. Porque você considera essa(s) prática (s) como inclusiva (s)?
14. Você identifica alguma estratégia política que os gestores municipais estão fazendo visando à integração dos CAPS / a rede de atenção básica?
15. Você identifica alguma prática intersetorial que esteja promovendo a inclusão social dos usuários desse serviço?
16. Descreva a prática de inclusão social desenvolvida por você e/ou sua equipe neste serviço?

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, residente e domiciliado na _____, portador da Cédula de identidade, RG _____, e inscrito no CPF/MF _____, nascido (a) em ____ / ____ / _____, abaixo assinado me disponho de livre e espontânea vontade a participar da pesquisa: **“CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: TECENDO PRÁTICAS DE INCLUSÃO SOCIAL NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE- PB”**, sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) Profa Dra Maria de Oliveira Ferreira Filha do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e, tendo como pesquisadora participante: Elisângela Braga de Azevedo.

O meu consentimento em participar da pesquisa dar-se-á após ser informado pelo pesquisador de que:

- Seu objetivo será conhecer as práticas de inclusão social desenvolvidas por profissionais da rede de cuidado em saúde mental extra-hospitalar, para pessoas em situação de sofrimentos psíquicos; Conhecer as concepções dos profissionais dos serviços de saúde mental sobre inclusão social; Compreender as dificuldades e facilidades para o desenvolvimento das práticas de inclusão social na rede de cuidado de saúde mental.
- Os dados serão coletados através de informações fornecidas pela sua pessoa através de entrevista semiestruturada e observação e de um diário ou notas de campo com utilização de aparelho de gravação sonora nas quais as falas serão gravadas, transcritas e arquivadas em CDs sob a guarda da pesquisadora participante.
- Será garantido quaisquer esclarecimentos antes e durante o curso da pesquisa.
- Será garantido sigilo quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa, assegurando-o de absoluta privacidade.
- Sua participação é voluntária, tendo a liberdade de desistir durante o processo de coleta de dados, caso venha a desejar, sem o risco de qualquer prejuízo ou penalidade.

- Caso sinta necessidade de contatar o pesquisador durante e/ou após a coleta de dados, poderá fazê-lo pelo endereço ou telefone.
- Ao final da pesquisa o sujeito da pesquisa, terá livre acesso ao conteúdo do relatório final da mesma, podendo discutir os resultados com o pesquisador.

Os aspectos éticos desta pesquisa estão orientados pelas Resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS), especificamente pela Resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos, e pela Resolução 240/97 que define o termo de usuários para efeitos de participação nos comitês de Ética em pesquisa nas instituições na qual o trata em sua dignidade, respeitando-o em sua autonomia, defendendo-lhe em sua vulnerabilidade, comprometendo-me com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos (beneficência), garantindo que danos previsíveis serão evitados (não maleficência) e que haja igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio-humanitária (justiça e equidade).

Em caso de dúvida pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de João Pessoa (UFPB).

Após ter sido devidamente informado e esclarecido, eu, abaixo assinado em documento de duas vias, sendo que uma destas ficará sob minha guarda, concordo em participar do estudo sobre: **CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: TECENDO PRÁTICAS DE INCLUSÃO SOCIAL NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE-PB**, como colaborador.

Campina Grande, ___ de _____ de 2010

Assinatura do Participante.

Assinatura da testemunha

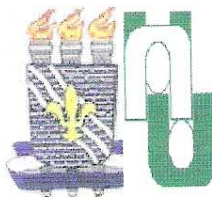
Dra Profa Maria de Oliveira Ferreira Filha
Pesquisador responsável

Endereço: Maria Elizabete, 309 – Cabo Branco. João Pessoa - PB
Telefone: (83) 3216-7109
E-mail: marfilha@yahoo.com.br

Elisângela Braga de Azevedo
Pesquisador Participante

Endereço: Pedro Soares da Silva, 55, Catolé. Campina Grande- PB
Telefone: (83) 3315-5161.
E-mail: elisaaz@terra.com.br

ANEXOS

ANEXO A

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA - UFPB
 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY - HULW
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES
 HUMANOS - CEP**

CERTIDÃO

Com base na Resolução nº 196/96 do CNS/MS que regulamenta a ética da pesquisa em seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley - CEP/HULW, da Universidade Federal da Paraíba, em sua sessão realizada no dia 13/04/2010, após análise do parecer do relator, resolveu considerar **APROVADO** o projeto de pesquisa intitulado **CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: tecendo práticas de inclusão social no município de Campina Grande-PB.** Protocolo CEP/HULW nº. 264/10, da pesquisadora ELISANGELA BRAGA DE AZEVEDO.

Solicitamos enviar ao CEP/HULW um resumo sucinto dos resultados, em CD, no final da pesquisa.

João Pessoa, 01 de julho de 2010.

Profª Drª Iaponira Cortez Costa de Oliveira
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa-HULW

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley-HULW - 4º andar. Campus I - Cidade Universitária.
 Bairro: Castelo Branco - João Pessoa - PB. CEP: 58051-900 CNPJ: 24098477/007-05
 Fone: (83) 32167302 - Fone/fax: (083)32167522 E-mail - cepulw@hotmail.com