

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS**  
**CENTRO DE EDUCAÇÃO**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**  
**MESTRADO EM EDUCAÇÃO**

**RAFAEL ANDRÉ DE BARROS**

**SAÚDE MENTAL E *WEB* RÁDIO:**  
**CRIANDO LAÇOS VIA RECURSOS INFORMATIZADOS NO CAPS JATIÚCA**

Maceió – AL

2012

RAFAEL ANDRÉ DE BARROS

**SAÚDE MENTAL E *WEB* RÁDIO:  
CRIANDO LAÇOS VIA RECURSOS INFORMATIZADOS NO CAPS JATIÚCA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação no Centro de Educação da Universidade Federal de Alagoas, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Educação.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Deise Juliana Francisco

Maceió – AL

2012

**Catálogo na Fonte**  
**Universidade Federal de Alagoas**  
**Biblioteca Central**  
**Divisão de Tratamento Técnico**  
**Bibliotecária Responsável: Fabiana Camargo dos Santos**

B277s      Barros, Rafael André de.  
Saúde mental e web rádio : criando laços via recursos informáticos / Rafael André de Barros. – 2012.  
118 f. : il.

Orientadora: Deise Juliana Francisco.  
Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal de Alagoas. Centro de Educação. Programa de Pós-Graduação em Educação Brasileira. Maceió, 2012.

Bibliografia: f. 104-115.  
Apêndice: f. 116-118.

1. Saúde mental. 2. Web rádio – Inclusão digital. 3. Web radiofônica – Oficinas. 4. Protagonismo social. I. Título.

CDU: 376.56:371.333

RAFAEL ANDRÉ DE BARROS

**SAÚDE MENTAL E *WEB* RÁDIO:**

**CRIANDO LAÇOS VIA RECURSOS INFORMATIZADOS NO CAPS JATIÚCA**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APRESENTADA AO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO NO CENTRO DE EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS, COMO REQUISITO PARCIAL PARA A OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM EDUCAÇÃO.

**COMISSÃO EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Antonio Francisco Ribeiro de Freitas  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS, COMUNICAÇÃO E ARTES – ICHCA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS

---

Prof. Dr. Elton Casado Fireman  
CENTRO DE EDUCAÇÃO – CEDU  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Mara Cristina Ribeiro  
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE ALAGOAS

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Deise Juliana Francisco  
CENTRO DE EDUCAÇÃO – CEDU  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS

Maceió, 25 de outubro de 2012

Dedico a conclusão desta etapa da minha vida especialmente ao meu filho Artur SP Barros, à minha mãe Leide Barros e a todos aqueles que intervieram, de forma direta ou indireta, positiva ou negativa, em minha formação acadêmica, social, espiritual, psicoafetiva, cultural, pessoal e profissional.

Francisco André, *in memoriam*.

Maria André, *in memoriam*.

Antônio Barros, *in memoriam*.

Luiza Barros, *in memoriam*.

Bengle, *in memoriam*.

## AGRADECIMENTOS

Últimas linhas escritas de um trabalho louco, árduo e prazeroso. Os agradecimentos, mais do que praxe numa tese, são o momento de reconhecimento público de que o percurso efetivado por mim nas redes acadêmicas e de vida é híbrido, perpassado por sujeitos e estabelecimentos, e que a vida parece obra de recortes e colas absurdos, nem sempre coerentes, mas, creio, sempre produtores de algo (FRANCISCO, 2007, p. 4).

Não por serem as últimas linhas são as mais fáceis de ser escritas. De tantas pessoas pelas quais passei na estrada de tijolos amarelos, alguns bem me receberam, outras não tão bem, e outras nem me notaram, porém todos tiveram sua importância neste percurso.

Desde a solidão, companheira inseparável dos momentos de reflexão, aos árdulos caminhos no coletivo urbano Eustáquio Gomes Ponta – Verde ou Ufal – Ipioca do *Campus* Universitário ao bairro do Jacintinho. Das caronas, do caminho feito a pé, quando não mais restava dinheiro ou carona. Dos jambos apanhados para saciar a fome ao meio-dia, ou dos amigos que partilharam almoço no RU. Desde a tia no jardim de infância à minha orientadora no mestrado. Desde os estágios na Coordenação de Administração a Distância, Academia CENA, HU e CEDU. Desde as festas regadas a vinho aos momentos de reflexão na pracinha do CEDU. Desde os conselhos e incentivos de amigos e professores aos desencontros na vida pessoal e acadêmica. Desde as paqueras no *Campus* ao desabrochar do amor com Aline Paz no CEDU. São tantos momentos e nomes que se intercalam neste espaço que, possivelmente, alguns por descuido poderão não ser mencionados.

Portanto, de forma simplista, gostaria de agradecer, por ordem cronológica dos acontecimentos, a Jeová, Deus e criador de todas as coisas e digno de receber toda a honra (Rev. 4:11).

À minha mãe, Rosileide Maria André\* (aquela que era mendiga, estudou e virou uma excelente profissional da beleza capilar), por ter sido pai e mãe, vilã e heroína, amiga, educadora, conselheira... Por ter me ensinado a lutar pelos meus ideais e a não desistir ante as adversidades, por maiores que pareçam ser. Mesmo não tendo estudo no ensino superior, ela foi tudo de que eu precisei para chegar até aqui. Ao meu pai Amaro Carneiro de Barros, por ter me ensinado o valor do trabalho e por ter ajudado minha mãe a cuidar das minhas necessidades básicas. Aos meus avós maternos, Sr. Francisco Correia André (*in memoriam*) e a Sra. Maria Correia André (*in memoriam*), e avós paternos, Sr. Antônio Barros (*in memoriam*) e Sra. Luiza Barros (*in memoriam*) que, por terem gerado e educado seus respectivos filhos, meus pais, proporcionaram que estes repassassem a mim também seus princípios e valores. Aos meus irmãos Robson André de Barros, Rubens André de Barros e

Renata André de Barros, por dividirem as brincadeiras, brigas e nossas “ironias” pelas vidas desde a tenra infância. À minha sobrinha Giovanna Nicole, por ter sido o presente gracioso que Jeová nos deu nos dias em que estávamos tristes, e que até hoje tem sido a alegria de nosso lar. Ao meu sobrinho Vagner Jr. Que ainda está por nascer. Ao meu cunhado Plínio Feitosa, pela ajuda material e presença em nosso lar que, ombro a ombro, ajudou minha mãe nas horas de dificuldade financeira. Aos amigos e irmãos na fé, Maurício Silva de Lima (exemplo que procurei seguir na vida acadêmica), Allan Cesar Silva de Lima (amigo que um dia me ensinou as operações básicas e me incentivou a seguir os estudos na academia), Eric Silva de Lima (pela amizade em momentos de alegria e descontração e companheirismo nas horas de tristeza), Denny Lima (pela amizade em momentos de alegria e descontração e companheirismo nas horas de tristeza), Nelson Gomes (pela amizade em momentos de alegria e descontração e companheirismo nas horas de tristeza), Jaqueline Borba (pela amizade em momentos de alegria e descontração e companheirismo nas horas de tristeza), João Paulo Pereira (pela amizade em momentos de alegria e descontração e companheirismo nas horas de tristeza), Danielle Ferreira (pela amizade e por ser a pessoa que me orientou a entrar na universidade, indicando até o curso que eu poderia fazer), Geovani Almeida (pela amizade e por ser a pessoa que me orientou a entrar na universidade, indicando até o curso que eu poderia fazer), Selene Ferreira (pela amizade e pelos conselhos e palavras doces e sábias), Rubens Junior (pela amizade em momentos de alegria e descontração e companheirismo nas horas de tristeza), Everaldo Pereira Junior (pela amizade em momentos de alegria e descontração e companheirismo nas horas de tristeza), Aline da Silva Ferreira, Amanda da Silva Ferreira, Alexandre Aguiar, André Aguiar, Tiago de Torres, pelos incentivos para ingressar no ensino superior, por me fazerem ver o potencial que poderia ser utilizado nos estudos e pelo apoio constante antes e durante este caminhar.

Aos amigos e colegas de carreira acadêmica: Geraldo Rego e família (fiel irmão no curso de Administração e companheiro de trabalhos acadêmicos e TCC), Cynthia Vanessa (comadre e aluna brilhante no curso de Administração e companheira de trabalhos acadêmicos e TCC), Ednei Peres (companheiro de curso de atividades acadêmicas), Mayara Teles (pelas vivências iniciais no PIBIC), Ivanise Bittencourt (pelo companheirismo no projeto e amizade), Marcos Eduardo (pelo companheirismo no projeto), Jéssica Nascimento (pelo companheirismo no projeto e nas horas de desabafo e descontração), Emerson Cefetiano (pelo companheirismo no projeto), Valeska Costa (pelo companheirismo no projeto), Eliz Patrício (pelas longas horas de conversas e amizade sincera), Suelle Regina (pelas experiências trocadas no âmbito da análise do discurso), Ana Paula Araújo (pelas experiências

trocadas no âmbito da análise do discurso) e Pollyana Nicole (amiga e companheira do curso de sistemas de informação na FAL e que compartilhou as primeiras experiências de PIBIC), James Willian (companheiro de curso de atividades acadêmicas), Joyse Carvalho (companheiro de curso de atividades acadêmicas), Thiago Gomes (companheiro de curso de atividades acadêmicas), Mariana Lessa (companheiro de curso de atividades acadêmicas), que sempre me acompanharam nas alegrias, nos embaraços das atividades acadêmicas, nas discussões que algumas vezes nos levaram a lugar nenhum, e noutras a incríveis produções.

Aos técnicos/bolsistas amigos da universidade: Jadilza Silva, Pedro Cosmo, Isabela Lira, Noemia Bito, Edilma Mendes, Diva, Souza, Rosana Sarita, Emerson Silva, Nadja Nascimento, e aos que no momento não recordo dos nomes, pelos constantes apoios nas diversas esferas dentro da universidade, pelo carinho e pelas ajudas emergenciais.

Aos professores Ana Paula Lima Marques (primeira orientadora PIBIC/FAL), Márcio Robério (segundo orientador PIBIC/FAL), Wladia Bessa (orientadora PIBIC/ FAL), Viviani Acioli (que me ensinou os caminhos da metodologia científica/FAL, Luis Paulo Mercado (que me possibilitou grandes publicações e conhecimentos no grupo de pesquisa das TIC na UFAL), Cleide Jane Sá (pelas vivências na disciplina de produção de material didático para EAD), Fábio Paraguaçu (pelas vivências na disciplina de produção de material didático para EAD), Alexandre Lima (pelos incentivos no curso de Administração), Anamelea Pinto (por todo o apoio, torcida e oportunidades), Fernando Pimentel (pelas orientações científicas, amizades e companheirismo na UFAL), Aparecida Viana (por me possibilitar conhecer minha atual orientadora e pelas orientações científicas), Aparecida Silva (primeira orientadora PIBIC na UFAL), Elza Maria (pelas oportunidades docentes no curso de Pedagogia a Distância da UFAL), Joabson Santos (pelo apoio na PROEXT), Marinaide Freitas (pela oportunidade de amadurecer profissionalmente e academicamente em projeto fora do Estado de Alagoas), Antonio Freitas (pelas discussões e exame da dissertação), Mara Ribeiro (pelo material produzido em sua tese e artigos que subsidiaram este trabalho, pelos apontamentos e exame da dissertação), Nadja Naira (pela oportunidade de amadurecer profissionalmente e academicamente em projeto fora do Estado de Alagoas), Anderson Barros (pelos conselhos e orientações nos momentos de tristezas acadêmicas), Luciana Santa Rita (pela força e torcida no curso de Administração), Ana Gama (pelas discussões na análise do discurso), Socorro Aguiar (pelas discussões na análise do discurso), Elton Fireman (pelas oportunidades de publicação, de estudar *web* rádio e pelo exame da dissertação), Nanci Rebouças (pelas orientações metodológicas e conversas francas e alegres), Mary Scofield (pela oportunidade de conhecer a tecnologia *web* rádio, pelas oportunidades profissionais e, por ter feito o papel

de pai e mãe na carreira acadêmica), Áurea Souto (pelas doces palavras de carinho, amizade e incentivo, pelas oportunidades profissionais e exemplo de amadurecimento espiritual), Walter Matias (pelas elucubrações insensatas, porém construtivas, que pertencem aos loucos pensadores), Inalda Santos (pela aprendizagem na disciplina Educação Brasileira), Adriana Alvarenga (pelo exemplo de professora e tutora no curso de Administração a Distância), Henrique Calixto (pelo acompanhamento na tutoria do curso de Administração a Distância), Lauremília Rocha (pelo acompanhamento na tutoria do curso de Administração a distância), João Aureliano (amigo, professor, exemplo de perseverança, irmão e principal responsável pelo início de minha carreira científica), Thalita Tavares (pelo companheirismo no PIBIC/UFAL).

Ao ilustre Professor Eraldo Souza Ferraz que, desde o ano de 2009 tem sido uma mãe, cuidando do meu amadurecimento como indivíduo, cidadão, homem e profissional. Ao professor Eraldo, meus eternos agradecimentos pelas oportunidades e experiências que conseguiu me proporcionar na Universidade Federal de Alagoas.

À minha orientadora, Tia Deise\* (Carinhosamente chamada), pelo empenho, motivação, crença no meu potencial, pela companhia nos momentos de tristeza e alegria e pelas orientações mui valiosas. A Tia Deise sou muito grato pelos conselhos, reclames e momentos de descontração e aprendizado.

À minha fiel companheira e amiga querida para todas as horas Aline Paz\* que, desde o dia 15 de outubro de 2009, esteve ao meu lado nas conquistas e derrotas, alegrias e tristezas, nos momentos oportunos e inoportunos, enfim, que dividiu de perto este caminho, sendo uma das principais protagonistas pelo traçar dos passos nesta jornada. Foi ela que me deu de presente o livro O Mágico de Oz no qual uso a fábula para desenvolver o paralelo desta dissertação.

Amo você com todo meu coração, com todo meu amor e espero tão logo me orgulhar mais ainda de ti acompanhando seu progresso.

Ao meu pequeno filho Artur SP Barros, o maior presente que me foi concedido. Embora no momento da construção ele estivera escondidinho no útero da mãe sem ter ainda anunciada sua existência, mas hoje me dá a força suficiente pra prosseguir diante das intempestividades da existência hoje me dá esperanças alegrias, realizações e de uma amizade verdadeira pra o resto da minha vida. Obrigado filho por existir na vida do papai. Este

---

\*Ao lado de um homem em ascensão, existe sempre uma mulher inteligente e companheira que contribui para a sustentação dos seus e dos sonhos de quem está ao seu lado.

trabalho é dedicado a ti. Que os princípios desta mesma inspiração que acometeu seu pai na produção desta dissertação te acompanhe no trilhar do seu caminho independente de suas escolhas futuras.



Tia Em estava saindo de casa para regar as couves, quando deu com Dorothy correndo na sua direção. – Minha queridinha! – exclamou, apertando a menina entre os braços e cobrindo-lhe o rosto de beijos. – Onde você esteve esse tempo todo? Dorothy respondeu muito séria: – No Reino de Oz! (BAUM, 2011, p. 128).

## RESUMO

Este trabalho tem como premissa a constituição de espaços para vivência e trocas dos usuários em sofrimento psíquico com as tecnologias da informação e comunicação, em especial, *blog* e *web rádio*. Figura como questão central a pergunta: como os usuários do CAPS desenvolvem seu protagonismo no uso de recursos da informática, sobretudo na produção de *web rádio*? O trabalho conta como objetivos a cumprir a análise da produção *web* radiofônica quanto à inclusão digital e o exame da relação dos usuários de saúde mental com os artefatos de *web rádio*. Busca contribuir, através do relato desta intervenção e de suas reflexões, com algumas possibilidades de inserção da produção *web* radiofônica para o campo da saúde mental. No espaço de um ano, foram realizados grupos-oficina de produção em *web rádio* com quatro usuários do CAPS em sofrimento psíquico. As oficinas de *blog* foram desenvolvidas também com quatro usuários em acompanhamento no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Dr. Rostan Silvestre, no município de Maceió – AL, no primeiro semestre de 2012. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, na modalidade de pesquisa-intervenção. Como instrumento de coleta de dados foi utilizado o registro em diários de campo, entrevistas semiestruturadas com a equipe multiprofissional do CAPS e observação direta dos usuários, fotografias e prontuários dos usuários. O referencial teórico que balizou esta dissertação gira em torno das políticas públicas em saúde mental no Brasil e das Tecnologias da Informação e Comunicação em saúde mental. Dentre os resultados, apresenta-se de maneira positiva o processo de habilitação social e inclusão digital no coletivo com a produção *web* radiofônica. O produto final não foram os programas em áudio, mas a redescoberta da autonomia, o processo de construção da subjetividade, a redescoberta da funcionalidade do computador, a descoberta de uma nova posição como interagente e protagonista do seu próprio *status* social de cidadão que atua ativamente para o exercício de sua cidadania. O processo de ensino e aprendizagem para utilização dos recursos informatizados é algo a ser destacado, a partir do processo de inclusão digital. A tecnologia *web rádio* contribui de forma significativa para a promoção da saúde mental, destacando-se como um recurso valioso no processo de habilitação social de sujeitos em sofrimento psíquico.

**Palavras-Chave:** Saúde Mental. *Web rádio*. Oficinas. Protagonismo.

## ABSTRACT

This work is premised on the creation of spaces for exchange of experiences and psychological distress to users in information technology and communication, in particular, blog and web radio. Figure as a central issue the question: how users CAPS develop their role in the use of computer resources, especially in the production of web radio? The work has as objective to fulfill the analysis of production web radio as digital inclusion and examination of the relationship of users of mental health with the artifacts of web radio. Seeks to contribute through the report of this intervention and its reflections, with some possible insertion of web radio production for the field of mental health. Within a year, groups were conducted workshop production web radio with four users CAPS in psychological distress. The workshops were developed blog also with four users in monitoring the Center for Psychosocial Care (CAPS) Dr. Rostan Silvestre, in the city of Maceio - AL, in the first half of 2012. This is a qualitative research in the form of intervention research. As data collection instrument was used to record field diaries, semi-structured interviews with a multidisciplinary team of CAPS and direct observation of users, photographs and records of users. The theoretical balizou that this dissertation revolves around public policy on mental health in Brazil and Information Technology and Communication in Mental Health. Among the results, is presented in a positive manner the process of enabling social and digital inclusion in the collective production with web radio. The final product were not programs in audio, but the rediscovery of autonomy, the process of construction of subjectivity, the rediscovery of computer functionality, the discovery of a new position as interactor and protagonist of his own social status of citizens who actively participates for the exercise of their citizenship. The process of teaching and learning to use computer resources is something to be noted from the digital inclusion process. The web radio technology contributes significantly to the promotion of mental health, especially as a valuable resource in the process of social empowerment of individuals in psychological distress.

**Keywords:** Mental Health. Web radio. Workshops. Protagonism.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Num.</b>	<b>Título</b>	<b>Pág.</b>
Figura 01:	Rede de atenção à saúde mental.....	41
Figura 02:	Mapa político do Estado de Alagoas.....	44
Figura 03:	Asilo Santa Leopoldina em 1891.....	46
Figura 04:	Interface do software Audacity.....	76
Figura 05:	Interface do software ZaraRadio.....	77
Figura 06:	Interface do software Edcast.....	78
Figura 07:	Página do Servidor da rádio – Projeto Dissonante.....	78
Figura 08:	Layout do blog oficial do projeto Criando Laços.....	79
Figura 09:	Oficina com usuários no CAPS.....	83
Figura 10:	Oficina de Audacity.....	88
Figura 11:	Processo de gravação e edição da radionovela.....	90

## LISTA DE QUADROS

<b>Num.</b>	<b>Título</b>	<b>Pág.</b>
Quadro 01:	Horários de funcionamento do CAPS.....	45
Quadro 02:	Ampliação da rede CAPS no Estado de Alagoas.....	48
Quadro 03:	Indicador de cobertura CAPS por ano em Alagoas.....	50
Quadro 04:	Perfil da usuária Maria.....	79
Quadro 05:	Perfil do usuário Adele.....	79
Quadro 06:	Perfil da usuária Sofia.....	80
Quadro 07:	Perfil do usuário Hades.....	81
Quadro 08:	Comentário da mãe de Adele.....	81
Quadro 09:	Interpretação de poema de Maria.....	85
Quadro 10:	Reportagem de Hades.....	90
Quadro 11:	Reportagem de Maria.....	92

## LISTA DE TABELAS

<b>Num.</b>	<b>Título</b>	<b>Pág.</b>
Tabela 01:	Oficinas terapêuticas e suas respectivas tipologias.....	72

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Num.</b>	<b>Título</b>	<b>Pág.</b>
Gráfico 01:	Série histórica da expansão dos CAPS (1998 a 2010).....	41

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO: ONDE TUDO COMEÇOU .....	19
1.1 Em busca do preâmbulo da gênese da dissertação.....	19
1.2 Desde a fábula do Mágico de OZ... ..	20
1.3 À realidade no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).....	23
2 POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE MENTAL NA AQUARELA DO BRASIL E PRIMEIROS REFERENCIAIS TEÓRICOS: DESAFIOS E ENTRAVES NA ESTRADA QUE LEVA A OZ.....	29
2.1 Desde os primórdios .....	29
2.2 Até hoje em dia .....	34
2.3 A saúde mental em Alagoas: a Cidade das Esmeraldas.....	48
3.1 Tecnologias da Informação e educação em saúde mental... Atalhos na estrada de tijolos amarelos .....	57
3.2 Rádio: uma caixa mágica, um museu de grandes novidades .....	60
3.3 Experimentos e referências na integração do rádio ao processo de reabilitação social em saúde mental .....	63
4 TRAJETO METODOLÓGICO DA DISSERTAÇÃO: A ESTRADA DE TIJOLOS AMARELOS .....	69
4.1 A Pesquisa-Intervenção em saúde mental.....	69
4.2 Oficinas em saúde mental: espaço de autonomia e protagonismo.....	71
4.3 Procedimentos éticos e os sujeitos da pesquisa .....	76
4.4 Coleta, produção e procedimentos para análise dos dados .....	77
4.5 A construção da rádio Criando Laços .....	78
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO: CHEGADA À TERRA DE OZ.....	83
5.1 Enfim, as oficinas e suas respectivas produções: de frente com o grande mágico.....	83
6 REFLEXÕES E APONTAMENTOS CONCLUSIVOS DO CAMINHAR DA DISSERTAÇÃO.....	101
REFERÊNCIAS .....	106

## 1 INTRODUÇÃO: ONDE TUDO COMEÇOU

Dorothy morava num longínquo recanto duma das grandes planícies de Kansas, no meio dos Estados Unidos, com o Tio Henry, fazendeiro, e a Tia Em, sua mulher. A casa era pequena, porque a madeira empregada para construí-la teve de vir de muito longe. Eram só quatro paredes, o assoalho e o teto, isto é, um único aposento, contendo um fogão velho, um guarda-louça, a mesa, três ou quatro cadeiras e as camas (BAUM, 2011, p. 7).

### 1. 1 Em busca do preâmbulo da gênese da dissertação...

Segundo Gaarder, na Introdução da obra *O mundo de Sofia*, “algo teria de surgir a certa altura do nada” (1992, p. 13). Certamente, a ideia de algo começar do nada nos parece pouco plausível. Entretanto, em contrapartida, coisas finitas têm um começo. Porém, onde começa o início? Em algumas situações, é concebido a partir da existência material ou imaterial de um objeto, ser ou fenômeno, ou simplesmente de algo, muitas das vezes sem levar em consideração seu período pré-embrionário.

E uma dissertação, onde começa? Como identificar e sintetizar o início de um projeto quando tudo que se tem muitas vezes são perguntas, problemáticas, hipóteses, e/ou impressões em uma linha tênue e aparentemente pouco indutiva?

Segundo Sacconi (2010), a palavra gênese remete à formação de alguma coisa desde a origem de sua constituição, seja material ou imaterial. A gênese envolve o princípio ou a causa primária na origem de determinado objeto, ser ou fenômeno material ou imaterial. Entretanto, não necessariamente significa que envolve apenas o período de existência, mas também as condições embrionárias que impulsionaram a gênese deste “algo”.

Por outro lado, o preâmbulo remete à ideia do antes, do preceder às coisas definitivas, do preliminar ao princípio (SACCONI, 2010). Neste sentido, o preâmbulo busca remeter à ideia do que precedeu a gênese desta dissertação, o prefácio da percepção intelectual e criativa que melhor introduz o escopo de um projeto.

De fato, uma dissertação também tem um início, um preâmbulo intelectual e criativo e temporal que, em situações distintas, inicia-se antes mesmo de o pesquisador definir o limite do crivo temporal e espacial do projeto.

O pensar e o escrever representam a gênese da dissertação, e um preâmbulo – o momento existencial – crítico, reflexivo e sócio-histórico faz-se necessário ao projeto. Lyotard (1988) discute que, para se pensar ou escrever, faz-se necessário atirar-se em um

gueto temporal, evitando cursos que provocam um achatamento temporal, proporcionando um “presente eterno, sem história para trás nem para frente, sem passado nem futuro” (p. 34).

Nesse ínterim, a dissertação é pensada como uma "obra de arte que deve apresentar uma boa congruência de forma e do fundo” (HESS, 2005, p. 100-101). Atentar para estes aspectos pode torná-la mais atrativa, abrindo uma entrada que envolve o autor e o leitor em sua aventura e explicita a relação do sujeito, do pesquisador e do objeto de pesquisa.

Uma proposta interessante, do ponto de vista desta busca artística, e certamente plausível, ao buscar investigar determinado fenômeno, efeito, organização, ou qualquer que seja o objeto, é identificar as raízes históricas de sua constituição. Além disso, ir à busca dos elementos e contextos embrionários que propiciaram sua gênese, o momento mais próximo do ponto inicial e que remonte à historicidade dos meios, tentando encontrar fundamentalmente momentos fundadores, o momento em que tudo começa.

Desta feita, a gênese que se busca possui, em sua materialização nesta dissertação, uma hibridez ora pessoal, ora metodológica. Assim, trata-se da busca do preâmbulo numa imersão nesse gueto temporal, de quando, onde e como se originaram, sem desmerecer o mérito e/ou percurso teórico, metodológico e científico.

De fato, inicia-se esta dissertação de uma maneira leve e despreziosa, porém intencionando a correlação dos fatos metodologicamente, a partir de uma fábula do século XIX, promovendo, no decorrer desta dissertação, algumas correlações, apontando traços de quando, onde e como se originou esta pesquisa.

Em seguida, subitamente, como que acometido por um furacão e arremessado a outro período de espaço e tempo, será apresentada a maneira como este projeto – personificado na pessoa do mestrando – adentrou a realidade de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Portanto, iniciemos nossa aventura, do imaginário à realidade.

## **1.2 Desde a fábula do Mágico de OZ...**

Oz é um país utópico, onde não existe doença nem pobreza, nem dissensões políticas, exceto nas regiões fronteiriças (BAUM, 2012, p. 6).

As fábulas são famosas por sua capacidade de encantar a imaginação e a criatividade humanas, espontaneamente. Não apenas crianças, mas também alguns adultos conseguem se impressionar com a capacidade que as fábulas têm de potencializar o imaginário humano. Não por acaso, muitas dessas fábulas atravessaram épocas, gerações e ganharam novas roupagens,

porém continuam atuais e apaixonantes, mesmo décadas/séculos depois de serem pensadas e escritas.

Estórias a incorporar o fascínio que as sociedades primitivas exercem sobre a sociedade contemporânea estão relacionadas com a compreensão de que essa época é o berço de lendas, mitos e epopeias que hoje fazem parte do imaginário da cultura ocidental (BALDISSERA, 2006).

Uma fábula moderna, digamos assim, com elementos ora simbólicos, ora realistas, que representa, de forma direta ou indireta, o reflexo e o transparente significado de uma época, sua sociedade e seus costumes, está registrada no fantástico mundo do Mágico de OZ (*The Wonderful Wizard of Oz*, 1900), um dos clássicos infantis mais populares do mundo, produzido pelo escritor norte-americano Lyman Frank Baum (1856-1919).

Recorre a “temas míticos e propriamente imaginários” (MACEDO, 2006, p. 22) para a construção de metáforas e a apropriação de elementos que representam os desejos, esperanças e temores relacionados a uma época. É localizada em um espaço mítico, e sua ambientação é se dá em uma essência temporal exótica, com eventos singulares e fantásticos, como seres com poderes mágicos (bruxas, magos, feiticeiras), criaturas fantásticas (dragões, fadas) e lugares encantados (reinos, cavernas, florestas) (ROSSINI, 2006).

O Mágico de Oz traz no papel de protagonista da história a menina Dorothy. Com ela, seu cão e outros três companheiros aparecem despreziosamente no decorrer da narrativa. Dorothy é uma menina órfã que vive com os tios, tio *Henry* e tia *Em*, habitando uma região isolada dos centros urbanos, cercada apenas pelo horizonte e com algum capim mirrado e cinzento. Dorothy não tem contato com amigos, exceto seus tios, possivelmente pela ausência de pessoas na vizinhança. Seu melhor amigo é um cão de estimação, de nome Totó.

Durante a passagem de um ciclone, a menina e seu pequeno cão são transportados para um mundo desconhecido e desprovido da realidade habitual vivenciada pela garota. A este outro mundo dá-se o nome de Mundo de Oz, e é repleto de criaturas místicas e exóticas (anões, bruxas, mágicos).

Em busca de respostas que possibilitem seu retorno à companhia dos tios, na velha planície devastada pelo ciclone, Dorothy viaja pela Estrada dos Tijolos Amarelos em busca de um mágico que possa ajudá-la a realizar seu desejo de regressar ao seu mundo habitual. Durante sua odisseia ao encontro do mágico de Oz, Dorothy se alia a outros três companheiros: o Espantalho, o Leão e o Homem de Lata. Estes, juntos e orientados pelos habitantes do estranho mundo, viajam pela estrada de tijolos amarelos rumo à Cidade das Esmeraldas. Buscam encontrar na figura do Mágico de Oz a realização dos seus desejos

personais para que possam sentir-se aceitos como pessoas comuns, dotadas de potencialidades sociais pertinentes a cada um deles. Ou seja, o desejo de todos os personagens seria alcançar uma condição natural em comparação com os outros seres de sua espécie.

Enquanto Dorothy aspira a retornar para casa, o Espantalho desejava ser uma criatura e acreditava que, para isso acontecer, precisava ter um cérebro. Para ele, a inteligência era o maior bem de uma criatura, entretanto, julgava não ser capaz de raciocinar e de usar a inteligência, sentindo-se assim sem cérebro, apenas como um objeto, um boneco com o objetivo único de servir como espantalho (BAUM, 2011).

O Homem de Lata torna-se o segundo companheiro encontrado no caminho à terra de Oz. Outrora, este era um homem de carne e osso, como qualquer outro, até que, por conta de um feitiço lançado por uma bruxa, teve decepados os seus membros, substituídos então por peças de lata. Por não possuir tronco de carne e osso, não tinha um coração. Assim, desejava intensamente ter de volta um coração para que pudesse novamente sentir amor.

Sendo de lata e exposto ao sol e à chuva, em determinado momento de sua existência enferrujou e ficou-se imóvel e a pedir ajuda, sem obter retorno. Até que, um ano depois, Dorothy e o Espantalho ouviram seus clamores e inseriram óleo em suas juntas, fazendo com que o Homem de Lata pudesse recuperar seus movimentos. A partir de então, sabendo da intenção de seus novos companheiros, decidiu seguir para a Terra de Oz, à cata da saciedade de seu desejo.

O terceiro e último companheiro, o Leão, era um animal com *status* social de Rei dos Animais. Todos esperavam que a coragem fosse a marca principal de um leão. Entretanto, a realidade não era exatamente esta. Residia numa floresta espessa e sombria, e sua coragem era apenas superficial, resumindo-se a rugidos que ele utilizava como proteção contra qualquer um que dele se aproximasse. Pois, por ser covarde, tinha medo de tudo e de todos. Era um animal infeliz, já que sempre que havia perigo a sua frente, e sempre fugia covardemente, com o coração em disparada.

Ao saber que Dorothy buscava voltar à sua terra, que o Espantalho buscava um cérebro e que o Homem de Lata buscava um coração, decidiu acompanhá-los à Terra de Oz e pedir ao Mágico a coragem dos grandes felinos, que lhes confere firmeza ante o perigo. Juntos seguiram viagem, a enfrentar os desafios pessoais e de relacionamento, os perigos na estrada e a incerteza do que estava por vir.

De fato, os resultados foram os esperados, porém de uma forma inusitada. Na verdade, os viajantes esperançosos buscavam na figura do mágico a realização de seus desejos. Ocorre que o Mágico era apenas um homem comum, um velho ilusionista largado na Terra de Oz e

que fingia ser um poderoso feiticeiro. Utilizava-se de técnicas ilusionistas (alto-falante para ampliar o som de sua voz, uma cabeça fictícia gigante, muita fumaça colorida e o som de trovões) para impressionar as pessoas e, ao mesmo tempo, infundir nelas o temor (BAUM, 2011).

Ao fim da estória percebe-se a realização dos desejos/pedidos: o retorno de Dorothy, bem como as habilidades perseguidas por seus companheiros não eram algo externo que lhes seria concedido, mas sim algo que já lhes era próprio, carecendo de outras ambiências e socializações para que pudesse aflorar. Os conflitos situacionais provocaram desafios e interações que influenciaram no amadurecimento individual e grupal.

Coletivamente, foram amadurecendo cada vez mais na vivência, nas interações entre si e com os desafios que o mundo externo e o meio social externo lhes impunham ao longo da jornada. Desafios que foram construtivos ao grupo e individualmente, ao ponto de, mesmo sem se darem conta, ser capazes de se reconstruir ao despertar de habilidades sociais e emocionais que, cada vez mais, os identificavam com os possíveis pares de suas respectivas espécies.

### **1.3 À realidade no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)**

Dorothy, com Totó nos braços, preparava-se para entrar no alçapão, quando uma violenta rajada de vento abalou a casa toda e fez a menina cair sentada no chão. Então, um fato muito esquisito aconteceu. A casa rodopiou duas ou três vezes e subiu devagarinho no ar, como se fosse um balão. O ciclone depositara a casa, com muita delicadeza – para um ciclone, é claro – no centro dum cenário deslumbrante. Daí a pouco, notou ela que caminhavam em sua direção as mais estranhas criaturinhas que já vira em toda a vida (BAUM, 2011, p. 12).

Vivendo os próprios desafios e jornadas pessoais que nos levam a ambientes desconhecidos e que aguçam habilidades sociais, comunicacionais e de adaptação, de repente, saímos de uma realidade comum e, portanto, conhecida, para um mundo desconhecido, repleto de estigmas.

Em 2010, após um ano no Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC), a pesquisar sobre a atuação docente para uso das Tecnologias da Informação e Comunicação em um pequeno município do Estado de Alagoas, faltando apenas meio semestre para o término de minha formação na graduação, de uma maneira um pouco inusitada, fui apresentado à minha orientadora, Profa. Deise Juliana Francisco, sendo por ela instigado a pisar neste terreno desconhecido até então.

O que é o CAPS? O que é a loucura? Eles me farão mal? Como proceder se algo não sair “nos conformes”? Será que vai dar certo? Questionamentos simples como esses foram os pilares iniciais e motivacionais para adentrar no campo da saúde mental.

Assim, juntos, iniciamos nossa jornada pela “estrada de tijolos amarelos”, curiosos pelo que viria e temerosos com a loucura, até então pré-conceituada como um mal que deve ser mantido alienado do cotidiano social. Fizemos buscas simples na Wikipédia, em repositórios científicos e em publicações impressas, disponíveis nas bibliotecas e nos espaços públicos, para responder a questões pessoais simples e que pudessem nos deixar mais seguros e ambientados, pelo menos teoricamente, naquele terreno por nós desconhecido vivencialmente e repleto de lendas urbanas. Mas, possivelmente, o ponto crucial foi a primeira visita ao CAPS. As mãos frias, as pernas trêmulas, os olhos irrequietos, fruto de minhas próprias vicissitudes... Talvez essas fossem, naquele momento, as reações mais presentes, marcantes e visíveis. Assim teve início o estágio embrionário deste trabalho.

No segundo semestre de 2010, começamos a desenvolver o projeto Saúde Mental e Tecnologias: Produções Bibliográficas e Dispositivos, financiado pelo Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC/UFAL 2010-11).

Semelhantemente à Dorothy, estávamos em um mundo desconhecido e que não admitíamos como nosso espaço, nosso mundo natural, até aquele momento. Tudo ao redor era estranho, e não existiam decisões programadas de como agir em qualquer situação. Aos poucos, ao longo da jornada, foram-se agregando companheiros, ou seja, outros integrantes ao grupo.

Pessoas desconhecidas, com suas próprias histórias, culturas, crenças e singularidades. Éramos pessoas estranhas umas às outras. Atuávamos num ambiente estranho à nossa formação cultural, social e acadêmica, distante das realidades até então experienciadas. Eles, embora em seus próprios mundos, estavam prestes a dividi-lo com estranhos, numa jornada jamais ousada por ambas as partes.

Tratava-se de uma revisão de literatura acerca de rádio e saúde mental que intencionou realizar o levantamento bibliográfico sobre o uso de rádio na saúde mental; analisar as potencialidades do uso de rádio na intervenção em saúde mental e viabilizar tecnicamente o uso de rádio para ser efetivado no CAPS. Ao mesmo tempo, o projeto incluía em seus objetivos promover ações conjuntas entre os saberes da Educação, Informática e Saúde Mental, descrevendo o possível uso de recursos digitais e suas potencialidades no campo da saúde mental para ulteriores aplicações.

Esta pesquisa deixou alguns legados que foram fundamentais para trabalhos posteriores. Na revisão bibliográfica em bibliotecas digitais de teses e dissertações, banco de dados digitais, repositórios de pesquisa e no próprio CAPS/Jatiúca, encontramos alguns achados de experiências já realizadas na região Sul do país. Estes experimentos fortaleceram este projeto, fornecendo para este um referencial básico e estrutural. Também proporcionou a procura, a análise e a adaptação de *softwares* de captura, edição e veiculação de áudio na internet, dando início ao protótipo de rádio para ser disponibilizado nesta intervenção (BARROS; FRANCISCO, 2011).

No mesmo período, em parceria com a Dra. Deise Juliana Francisco e com a equipe de pesquisa (Jessica Silva, Marcos Costa e Ivanise Bittencourt), simultaneamente atuávamos como colaborador extensionista no projeto de extensão Criando Laços Via Recursos Informatizados, no CAPS/Jatiúca, financiado pelo Programa Institucional de Bolsas de Iniciação à Pesquisa Ação (PIBIP-AÇÃO 2010-11). Ambos os projetos foram desenvolvidos no Centro de Educação (CEDU) da Universidade Federal de Alagoas (UFAL).

Este projeto, por sua vez, viabilizou, a partir dos resultados da pesquisa anterior, oficinas-piloto de aplicativos de informática nas oficinas. Foram propostos os primeiros módulos de oficinas utilizando aplicativos como o *Audacity*<sup>2</sup> e *Zararádio*<sup>3</sup>, que deram impulso à rádio Criando Laços em Saúde Mental (SILVA et al., 2011). Apresentando uma produção pequena e consistente, percebemos algumas dificuldades de acesso e disponibilização de recursos. Os membros da equipe de pesquisa doaram os recursos para a realização das oficinas (máquina fotográfica, filmadora, *notebooks*, *data show*, entre outros). Pudemos, assim, construir um espaço de discussão coletiva e de produção com equipamentos disponíveis efetivamente, por que tanto a equipe de profissionais do CAPS e os próprios usuários ansiavam.

A partir de então, de forma efetiva e utilizando componentes de *hardware* e *software* conjugados ao computador, foram promovidas formas de inclusão que favoreciam a reinserção social, pois pessoas que antes não tinham acesso aos recursos tecnológicos, agora passariam a ser incluídas em tal processo. E foram disponibilizados espaços de criação para os usuários do CAPS, uma vez que as oficinas aconteceram de forma conjunta entre a equipe e os usuários.

---

<sup>2</sup> *Software* livre com função de editor e gravador de conteúdos em áudio. Disponível em: <http://www.baixaki.com.br/download/audacity.htm>. Acesso em abril de 2012.

<sup>3</sup> Aplicativo virtual livre para reprodução e automatização de conteúdos em áudio. Disponível em: <http://www.baixaki.com.br/download/zararadio.htm>. Acesso em abril de 2012.

Desta feita, ambos os projetos apresentaram resultados satisfatórios, revelando as potencialidades de reinserção social e inclusão digital derivadas das oficinas com a produção radiofônica, e ainda apontando onde e como esta poderia ser aprimorada para futuros projetos.

As experiências e inquietudes surgidas no período dos projetos de Iniciação Científica e a vontade de poder contribuir um pouco mais com a inserção social dos usuários com quem atuávamos lado a lado semanalmente levaram-nos a desenvolver atividades de pesquisa nesse campo no Mestrado em Educação (PPGE/UFAL), como integrante do grupo de pesquisa Tecnologias da Informação e Comunicação na Formação de Professores Presencial e a Distância *Online* – UFAL, inserido na linha de pesquisa Tecnologias da Informação e Comunicação na Formação de Professores.

Enfim, é chegado o momento de sintetizar o experienciado. Esta dissertação inicia-se de uma maneira leve e despretensiosa, mas sem perder seu critério científico. Teve como pergunta mobilizadora: como os usuários do CAPS desenvolvem seu protagonismo no uso de recursos da informática, em especial na produção de rádio?

O trabalho traz como objetivos a cumprir, analisar a produção radiofônica quanto à inclusão digital e verificar a relação dos usuários de saúde mental com os artefatos de rádio. Para alcançar esses objetivos, esta dissertação insere-se no referencial metodológico da pesquisa-intervenção com abordagem da pesquisa qualitativa, baseando-se na produção de acontecimentos, invenção e experimentação na diversidade qualitativa, bem como na pesquisa-intervenção (PAULON, 2005).

Para que fosse desenvolvida a pesquisa em consonância com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, como condição essencial para a execução de projetos de pesquisas envolvendo seres humanos, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Alagoas e aprovado no primeiro semestre de 2011. A intervenção ocorreu em meados do segundo semestre de 2011, quando foram desenvolvidas oficinas com quatro usuários nas dependências do CAPS Dr. Rostan Silvestre, Maceió – AL.

Este trabalho se justifica na medida em que está se construindo uma política de saúde mental no país e no Estado de Alagoas. Apesar de a lei de saúde mental estar ancorada nos pressupostos da Reforma Psiquiátrica e já ter sido promulgada há mais de uma década (2001), sendo proposta no início da década de 1990, ainda assim encontram-se muitas dificuldades para implementá-la de forma satisfatória, incluindo de forma mais abrangente as várias modalidades de oficinas de intervenção, profissionais, usuários, familiares e a sociedade de uma maneira geral. Dentre as dificuldades sobressaem a compreensão do sofrimento psíquico,

a construção de intervenção em equipe, o trabalho em equipamentos públicos, a criação de alternativas de oficinas.

Em todo o Estado de Alagoas existem 46 CAPS, distribuídos entre a capital e municípios menores (GENSAM, 2011). Em seu arcabouço limita-se a prestar serviços de consultas em psiquiatria, psicologia e assistência para pessoas com transtornos mentais menores (RIBEIRO, 2012). O serviço de atenção à saúde mental no Estado de Alagoas ancora-se no Programa de Inclusão Social pelo Trabalho, que estimula ativamente iniciativas de geração de trabalho e renda no campo de saúde mental. Conforme Ribeiro (2012), existem 14 iniciativas distribuídas pelo Estado de Alagoas, de empreendimentos solidários financiados pelo Ministério da Saúde, em parceria com a Secretaria Nacional de Economia Solidária (SENAES), do Ministério do Trabalho (BRASIL, 2011b).

Em Alagoas está sendo desenvolvido, desde abril de 2011, pela Secretaria de Estado da Saúde (SESAU), o Projeto denominado INFOCAPS – Informática nos CAPS, com o objetivo de promover a inclusão digital dos sujeitos em sofrimento psíquico em atendimento nos CAPS do Estado. Este ainda é incipiente e precisa de algum tempo para se concretizar (BITTENCOURT, 2012).

No tocante a esta pesquisa, especificamente, houve a aposta na tríade da habilitação social, educação e TIC como uma forma viável e construtiva de intervenção e investigação. Uma pergunta pode ser fundamental para o entendimento da importância dessa tríade neste processo: qual a relação do trabalho com as TIC em saúde mental que atuam sob o viés da educação na habilitação social? E qual sua importância nesse processo?

Muitos dos usuários do sistema de atenção à saúde mental despertam o interesse para o aprendizado da informática e a busca por novos conhecimentos. Estes necessitam integrar-se ao uso das TIC, bem como desenvolver habilidades para o uso e a apropriação destas em suas vidas pessoais. Na equipe multiprofissional do CAPS, geralmente encontram-se pedagogos com o objetivo de trabalhar a questão da aprendizagem. O pedagogo é um dos responsáveis por esta relação entre a aprendizagem, a inclusão digital e a habilitação social. No CAPS, essas atividades não estão sendo desenvolvidas por diversas questões, dentre elas, a falta de equipamentos apropriados.

Além disso, em algumas situações a falta de orientação pedagógica nestes espaços acaba por dificultar a aprendizagem dos usuários, inviabilizando algumas tentativas de intervenção, produzindo, muitas vezes, a falta de vontade dos usuários em continuar nas oficinas e uma não orientação didático-pedagógica direcionada à inclusão digital.

Associada aos elementos da habilitação social e da inclusão digital, a reconquista da cidadania do usuário em sofrimento psíquico também perpassa pelo direito à educação, desenvolvida nos processos de intervenção nos diversos moldes de oficinas terapêuticas.

Em saúde mental pode-se construir um processo de habilitação social embasado no exercício da cidadania, através da democratização do acesso às TIC, buscando-se a integração entre educação, saúde e a tecnologia, com vistas à transformação social (BITTENCOURT, 2012).

O processo de ensino e aprendizagem nas oficinas pretende atuar sobre o conhecimento dos usuários, para que estes desenvolvam juízo, crítica e capacidade de intervenção sobre suas vidas e sobre o ambiente com o qual interagem, e assim sejam criadas condições para que se apropriem de suas próprias existências (RUIZ, LIMA e MACHADO, 2003).

Portanto, este trabalho se justifica na busca pela habilitação social, utilizando as TIC, sob o viés do processo de ensino e aprendizagem pela educação. Quanto ao processo de análise dos resultados, do ponto de vista desta dissertação, não nos interessa trabalhar/analisar o diagnóstico de cada usuário. Neste caso, o que nos interessa não é a evolução quanto à doença, mas sim trabalhar e verificar os avanços na capacidade de autonomia, socialização e protagonismo dos usuários. Ou seja, trata-se de propor condições para o desenvolvimento humano não com a doença, mas sim com o sujeito.

A dissertação está estruturada em quatro capítulos. Sua introdução consiste numa síntese teórica da busca pelo início da escrita de uma dissertação. Aponta o pensamento do autor sobre como o processo criativo dessa construção foi concebido e acerca do processo de imersão do campo de pesquisa, utilizando-se de uma fábula, O Mágico de Oz, como pano de fundo para a narrativa do trajeto da dissertação. O capítulo 1 aborda a historicidade de evolução e o amadurecimento das políticas públicas e dos tratamentos em saúde mental no Brasil e no Estado de Alagoas. O capítulo 2, por sua vez, enfoca a integração das TIC, especificamente do rádio e rádio em saúde mental, explicitando a discussão teórica e algumas experiências da inserção do rádio em saúde mental. Já o capítulo 3 retrata o percurso metodológico da dissertação, incluindo a pesquisa-intervenção e oficinas em saúde mental, procedimentos éticos da pesquisa, procedimentos de coleta, produção e análise dos dados e construção da rádio da pesquisa. O capítulo 4 apresenta os resultados e reflexões da pesquisa e finaliza com as considerações pessoais do autor, enfocando pontos positivos e fortes, ou negativos que ainda precisam ser investigados.

## **2 POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE MENTAL NA AQUARELA DO BRASIL E PRIMEIROS REFERENCIAIS TEÓRICOS: DESAFIOS E ENTRAVES NA ESTRADA QUE LEVA A OZ**

– Benvinda sejas ao País dos Anões, ilustre feiticeira. Imensa é a nossa gratidão por teres eliminado a malvada Bruxa do Leste, libertando o nosso povo (BAUM, 2012, p. 12).

As primeiras ações em saúde mental no Brasil iniciam-se na aurora do século XIX, quando ainda nem eram imaginadas pelas demandas civis da sociedade brasileira. Para compreender as condições atuais dos pressupostos da saúde mental brasileira na discussão dos achados desta pesquisa, cabe retomar uma fase do contexto embrionário, destacando algumas situações, seus atores e correntes teóricas que contribuíram decididamente para o desenvolvimento das políticas públicas hodiernas em saúde mental. Entretanto, para entender a história da psiquiatria no Brasil é preciso destacar o cenário brasileiro que, por sua vez, constituiu o estágio embrionário das políticas e programas em saúde mental.

### **2.1 Desde os primórdios**

– Quem era ela? – perguntou Dorothy. – A malvada Bruxa do Leste, como já te disse (BAUM, 2012, p. 13).

Na “Aquarela do Brasil”<sup>4</sup>, este período foi compreendido desde o império (1822 – 1889) até a República (1889), mais precisamente até meados de 1841, quando da tumultuada transição do Primeiro para o Segundo Reinado (RAMOS e GEREMIAS, 2003).

Mas, e quanto ao período colonial? Na verdade, neste período, na Colônia brasileira, a loucura não representava uma ameaça à sociedade. Como será apresentada mais adiante nos moldes do ideal eugenista, a loucura era inimiga do progresso e do desenvolvimento social brasileiro. Retomando a linha de raciocínio, nesta época, tal ameaça não era sentida devido a um fator primordial apontado por Silva, Barros e Oliveira (2002, p. 6): “porque o país experimentava o regime escravocrata, no qual a força de trabalho escrava era reconhecidamente uma mercadoria, com valor de uso e de troca aceitos pelos códigos sociais da época”. Isto significa que não existia pessoa em sofrimento psíquico no território brasileiro? Não, de fato até ocorre citação na literatura da época, conforme observado por

---

<sup>4</sup> Uma das canções brasileiras mais populares de todos os tempos, de autoria do compositor mineiro Ary Barroso (1939), famosa por suas características ufanistas e por exaltar as qualidades e a grandiosidade do Brasil (KERBE, 2008).

Silva, Barros e Oliveira (2002) e Tundis (1987), tomando como exemplo Guimarães Rosa, que denomina esses indivíduos de "esquisitões", pessoas sem nenhum reconhecimento social.

O que acontecia? Quando o sujeito era afetado por sofrimento psíquico, sua família o enviava para ser tratado no continente europeu. Quanto aos indivíduos em sofrimento psíquico de origem humilde, estes ficavam sem cuidados, vagando pelo vasto território nacional.

Retornando ao período imperial, no ano de 1831, o primeiro Imperador do Brasil, D. Pedro I, vê-se forçado a retornar para Portugal a fim de defender interesses familiares. No entanto, como representante legítimo de seu governo deixa seu filho, único herdeiro varão, Pedro de Alcântara, à época uma criança de apenas seis anos de idade, que posteriormente, com apenas 15 anos de idade e maioridade reconhecida, seria sagrado e coroado Imperador do Brasil. É nesse contexto politicamente conturbado que começa a se esboçar a criação de um novo dispositivo médico, legal e social para amparar os loucos.

Até então, os sujeitos em sofrimento psíquico, quer queiram quer não – e é relevante observar este detalhe –, conforme atestam Francischetto e Oliveira (2008), desfrutavam de certo grau de tolerância social e de relativa liberdade, por não serem reprimidos ou serem apenas controlados socialmente, embora não desfrutassem de cuidados específicos. Ramos e Geremias (2003) indicam que até este período não existia interesse nem investimento do Governo em questões relativas à alienação mental.

Com relação a este último aspecto, providenciar um serviço de atenção à saúde mental, médicos higienistas que se batiam em prol de medidas de higiene pública desenvolveram o movimento de opinião pública conhecido por Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, que advogava a construção de hospícios (asilos) “higiênicos e arejados, onde os loucos pudessem ser tratados segundo os princípios do tratamento moral”, pois que eram até então marginalizados da comunidade socialmente produtiva (COSTA, 2007, p. 39-40). Assim, na aurora do século XIX, a figura do doente mental, no Brasil, fez sua aparição (FRANCISCETTO e OLIVEIRA, 2008).

Comumente “os loucos eram abandonados a si mesmos e perambulavam pela cidade... Quando não eram colocados nas prisões por vagabundagem ou perturbações, eram encarcerados nas celas especiais dos hospitais gerais da Santa Casa de Misericórdia” (COSTA, 2007, p. 39). Juliano Moreira (1907) assim descreveu as condições dos alienados mentais nesse período histórico:

através de todo o período colonial, os alienados, os idiotas, os imbecis foram tratados de acordo com as suas posses. Os abastados, se relativamente tranquilos, eram tratados em domicílio e às vezes enviados à Europa, quando

as condições físicas do doente o permitiam, e aos parentes por si mesmos ou por conselho médico se afigurava eficaz a viagem. Se agitados, punham-nos em algum cômodo separado, soltos ou amarrados, conforme a intensidade da agitação. Os mentecaptos pobres, tranquilos, vagueavam pelas cidades, aldeias ou pelos campos, entregues às chufas da garotada, mal nutridos pela caridade pública. Os agitados eram recolhidos às cadeias, onde barbaramente amarrados e precariamente alimentados, muitos faleceram mais ou menos rapidamente. A terapêutica de então era a de sangrias e sedenhos, quando não de exorcismos católicos ou fetichistas. Escusado é dizer que os curandeiros e ervanários tinham também suas beberagens mais ou menos desagradáveis com que prometiam sarar os enfermos (s/p).

Em 1841, o então imperador Pedro II assina o decreto de fundação do primeiro hospital psiquiátrico brasileiro, o Hospício D. Pedro II, posteriormente chamado de Hospital Nacional dos Alienados. Deve-se o primeiro hospital psiquiátrico do Brasil à figura do político, advogado e filantropo José Clemente Pereira, que com seu projeto de reformar o velho Hospital da Santa Casa de Misericórdia, preconizou a construção de um espaço de tratamento específico para os alienados.

A inauguração do Hospício Pedro II ocorreu em 5 de dezembro de 1852, tendo sido criado através do Decreto nº 82, de 18 de julho de 1841. Afastado do centro urbano da cidade do Rio de Janeiro, na verdade, o Hospital foi construído com base no princípio do afastamento do louco do meio urbano e social, fosse pelo distanciamento ou pela reclusão. Com isso, o hospital tornou-se apenas um instrumento de detenção de loucos, e a principal prática era a exclusão, tão presente nas diversas maneiras de lidar com as formas de loucura (JORGE, 1997).

Em 1903 é promulgado o Decreto nº 1.132, de 22 de dezembro de 1903, Lei Federal de Assistência aos Alienados, considerada, no Brasil, a primeira lei geral de jurisprudência sobre alienados (PAULA, 2009). Posteriormente, em 1927, conforme crescia a preocupação em atender a esta demanda e com o aumento da visibilidade das ações em benefício dos asilados, a Lei de Assistência aos Alienados materializou-se com a criação do Serviço de Assistência aos Doentes Mentais do Distrito Federal. A esta o serviço estava subordinado à época ao Ministério da Educação e Saúde Pública, tendo como função básica administrar as ações dos estabelecimentos psiquiátricos brasileiros (WANDERBROOCK JUNIOR, 2007).

Em 1934, no governo de Getúlio Vargas, foi promulgada a segunda Lei Federal de Assistência aos Doentes Mentais, por meio do Decreto nº 24.559, de 3 de julho de 1934. Este decreto continha normatizações que dispunham sobre profilaxia mental, assistência, proteção à pessoa dos psicopatas e fiscalização dos serviços psiquiátricos (ROSA, 2006).

Todo esse panorama psiquiátrico deu origem à Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM). Fundada em 1923, contava como principal representante o psiquiatra Gustavo Riedel. A LBHM tinha como um de seus preceitos “melhorar a assistência aos doentes mentais através da renovação dos quadros profissionais e dos estabelecimentos psiquiátricos” (COSTA, 2007, p. 45).

Conforme destaca Costa (2007), a Liga era uma entidade civil, reconhecida de utilidade pública, que funcionava com uma subvenção federal, com a ajuda benévola de filantropos e, posteriormente, em 1925, com a renda dos anúncios publicados na sua revista, “Arquivos Brasileiros de Hygiene Mental”, surgida nesse mesmo ano. Seixas, Mota e Zilbreman (2009, p. 1) acrescentam que a LBHM “era composta pelos mais importantes psiquiatras brasileiros” da época.

Entretanto, em algum momento no ano de 1926 as aspirações da LBHM ultrapassavam o simples aperfeiçoamento na assistência aos doentes. Iniciaram-se, aos poucos, projetos institucionais que visavam à prevenção, à educação dos indivíduos e, principalmente, à eugenia. A LBHM apoiou-se nos ideais de eugenia<sup>5</sup> para justificar suas práticas, de tal modo que os programas de higiene mental em 1936 tinham como seu principal objetivo o ideal de eugenia, reelaborado de uma maneira corrente nos meios intelectuais da época (COSTA, 2007).

Ademais, acerca das origens do ideal eugenista, Mai e Angerami (2006, p. 252) acrescentam que:

a busca incansável do homem pela melhor compleição física e mental dele próprio e de sua descendência culminou com a tentativa de sistematização da eugenia com base em argumentos científicos e a esperança de melhorar e aperfeiçoar a espécie humana através do controle reprodutivo dos indivíduos. /

A esta época uma medida de caráter eugenista consistia em impedir que casais com qualquer suspeita de sofrimento psíquico procriassem, para evitar o nascimento de filhos com distúrbios. Propunha-se a esterilização, o aborto e/ou a segregação de doentes mentais (MAI E

---

<sup>5</sup> A eugenia é um conceito de autoria do médico fisiologista inglês Francis Galton, criado em 1883 para representar o “estudo dos fatores socialmente controláveis que podem elevar ou rebaixar as qualidades raciais das gerações futuras, tanto física quanto mentalmente”. Em termos mais simples, corresponde ao estudo de meios e conhecimentos científicos para propor melhores condições à reprodução e melhora das futuras gerações, em sentido físico, mental e cultural. Práticas eugênicas estão presentes no costume social mesmo antes da existência do Estado, a exemplo das medidas tomadas em Esparta, na Grécia antiga, em prol do controle rigoroso dos nascimentos, como o estímulo às mulheres robustas para gerarem filhos vigorosos e sadios, enquanto crianças nascidas com imperfeições ou fragilidades eram atiradas do alto do Monte Taigeto (PEQUIGNOT, 1970, apud COSTA, 2007, p. 49).

ANGERAMI, 2006). Buscava-se conquistar a opinião pública através de discursos que justificavam toda a aversão econômica no Brasil da época à responsabilidade por pessoas em sofrimento psíquico, conforme comentado a seguir por Costa:

para esses intelectuais, uma das principais razões da crise atravessada pelo regime republicano encontrava-se nas condições *naturais* constitutivas do Estado brasileiro. O Brasil estava sacudido por revoltas sociais e crises econômicas, não por questões históricas ou políticas, mas – segundo eles – por causa do clima tropical e da constituição étnica do povo. O brasileiro não tinha podido promover o desenvolvimento harmônico do país porque o calor e a mistura com raças inferiores tinham-no tornado preguiçoso, ocioso, indisciplinado e pouco inteligente. Infelizmente, nada podia ser feito contra o clima. Em contrapartida, o problema racial ainda podia ser resolvido [...] A ordem republicana não podia mais, sob o pretexto de respeitar o contrato social democrático, aceitar a intrusão de negros e mestiços na sociedade dos homens livres. Estes indivíduos eram biologicamente inferiores e, em consequência, incapazes de se adaptar à sociedade democrática. Eles é quem foram responsáveis pelas perturbações sociais que impediam o bom andamento do regime (2007, p. 50-51).

Sob esse discurso, portanto, a LBHM tornou-se um dos principais canais de expressão da eugenia, *a priori*, no Rio de Janeiro, exercendo uma profunda influência sob muitos dos geneticistas, psiquiatras, médicos, políticos e intelectuais mais reconhecidos da época, em prol da construção de uma nação brasileira forte e saudável (MAI e ANGERAMI, 2006). Praticamente na metade do século XX, em pleno auge do movimento eugenista mundial, esta contestável corrente ideológica alcançou a “intelectualidade” brasileira por meio de uma linha tênue, porém com conteúdos francamente racistas e que perduraram nas décadas seguintes.

O que marca esta fase nos serviços de atenção à saúde mental no Brasil? Justamente o fato de que a psiquiatria se coloca em defesa da manutenção do controle social pelo Estado. Alguns avanços também foram notados neste período, como as investidas de Juliano Moreira, que adicionou ao dispositivo de atenção à saúde mental um novo ímpeto, com fundamentos teóricos, práticos e institucionais que constituíram um sistema psiquiátrico um pouco mais coerente com as necessidades dos usuários (FRANCISCHETTO e OLIVEIRA, 2008).

Entretanto, o que prevaleceu por um longo tempo foi uma linha tênue que se seguiu ao desenvolvimento dos serviços de atenção à saúde mental no Brasil: os loucos vistos como ameaça eram encarcerados, e o Estado, como protetor do social, lançava mão da medicina e da psiquiatria para encarcerar os loucos, justificando-se como instrumento eugenista em prol do social, da economia e da nação. Mas, “que estranha instituição seria essa que sequestrava e aprisionava aqueles aos quais queria libertar?” (AMARANTE, 2007, p. 37).

Ainda analisando o sistema de atenção à saúde mental dessa época, outros entraves são identificados, conforme comentado por Amarante (2007), a exemplo da dificuldade para estabelecer os limites entre a loucura e a sanidade; as evidentes funções sociais cumpridas pelos hospícios na segregação de segmentos marginalizados da população; as constantes denúncias de violência contra os pacientes internados.

Portanto, analisando o contexto embrionário dos serviços de atenção à saúde mental no Brasil, constata-se que este dispositivo já nasceu preconceituoso, uma vez que o objetivo era a prática eugenista de limpeza social, ou seja, pessoas em sofrimento psíquico representavam a escória social e por isso deveriam ser afastados para o progresso da nação. Também nasceu ancorado na burocracia do Estado brasileiro, principalmente nos entraves políticos, ao ser proposto como prática política que se justificava também nos ideais eugenistas e de exclusão de pessoas que ameaçavam a ordem pública e política do país. Além do que, as práticas utilizadas nestes serviços estavam aquém das utilizadas em instituições privadas na Europa, onde os ricos recebiam tratamento, enquanto no Brasil a doença ficava restrita única e exclusivamente aos manicômios, sendo o encarceramento e os tratamentos desumanos práticas comuns.

## **2.2 Até hoje em dia**

Durante anos e anos obrigou os anões a trabalhar para ela como escravos. Agora estão todos livres e muito gratos pelo grande favor (BAUM, 2012, p. 13).

Embora a loucura tenha sido reconhecida como doença mental ainda no século XVII na Europa (FOUCAULT, 1972), apenas no século XX é que houve modificações significativas no cenário de tratamento destes sujeitos. Os acontecimentos dos últimos séculos trouxeram grandes mudanças para a sociedade e na mentalidade das pessoas. As duas grandes guerras mundiais, inúmeras guerras menores e vários genocídios fizeram com que muitos questionassem os valores tradicionais. Nesse ínterim, a sociedade passou a refletir melhor sobre a natureza humana, tanto sobre a crueldade quanto sobre a solidariedade existentes entre as pessoas. Com este cenário como pano de fundo, foram criadas as condições que modificaram profundamente a psiquiatria mundial e brasileira, resultando em um período de transformações.

A sociedade lançou seu olhar para dentro dos muros dos hospícios, o que implicou, logicamente, a deflagração das condições de vida oferecidas aos pacientes psiquiátricos enclausurados nos hospícios. Na verdade, conforme evidenciado por Amarante (2007, p. 40),

ao direcionar seus olhares para dentro dos hospícios, a sociedade “descobriu que as condições de vida oferecidas aos pacientes psiquiátricos ali internados em nada se diferenciavam daquelas dos campos de concentração”.

Jamais me esqueço da história de uma mulher que foi presa em uma cela em um hospício e lá foi esquecida, a tal ponto que faleceu, de fome e frio! Tamanho era o descaso que, somente muitos anos depois, seu corpo foi encontrado, já petrificado. A silhueta mumificada indicava o tanto de sofrimento naquela mulher em posição fetal, em completo abandono. Seu crime era ser louca! Curiosamente a marca da silhueta não saiu com nenhum produto de limpeza, nem mesmo com ácidos. Ficou ali como denuncia e grito de dor. Quando a direção soube que a notícia estava correndo para fora do hospício, mandou arrancar o piso (AMARANTE, 2007, p. 62).

O caso acima é um caso curioso que em muito se parece com algumas narrativas de situações em campos de concentração nazistas. Embasados em situações como estas, surgiram diversos olhares críticos que denunciavam o caos no sistema de saúde psiquiátrica brasileiro. Até então, poderiam ser adotadas as palavras de Miranda (1994, p.60) para definir os modos de tratamento da loucura:

transformam o asilo numa espécie de instância perpétua de julgamento: o louco tinha que ser vigiado nos seus gestos, rebaixados nas suas pretensões, contradito no seu delírio e ridicularizado nos seus erros, sob a batuta do médico, que está mais interessado em um controle ético que em uma intervenção terapêutica.

Sob este novo olhar ocorreram as primeiras experiências de “reforma psiquiátricas”, sobretudo no século seguinte, especificamente entre meados da década de 1970 e início da década de 1990, quando se firmou a crítica ao modelo hospitalocêntrico, resultando nas principais formulações das políticas de saúde mental no Brasil. Estas foram se incorporando às propostas que se inserem no Movimento Nacional de Luta Antimanicomial<sup>6</sup> e no Movimento da Reforma Psiquiátrica<sup>7</sup>.

---

<sup>6</sup> Fruto de movimentos sociais desencadeado nos anos 80 em todo o país, formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas, tendo como bandeira a substituição do modelo asilar por uma rede de serviços territoriais (GRUNPETER et al., 2007).

<sup>7</sup> Processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e seus familiares, nos movimentos sociais e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (BRASIL, 2005, p. 6).

Rompendo com esses paradigmas, o Movimento Nacional de Luta Antimanicomial e o Movimento da Reforma Psiquiátrica trouxeram consigo, ao longo dos anos de prática da violência asilar, própria do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, um bojo de discussões e esforços coletivos de movimentos sociais e governamentais acerca dos métodos (anti) terapêuticos de intervenção em saúde mental empregados em pacientes psiquiátricos.

Essas práticas saíam do escopo medicamentoso preponderante, reconhecendo o usuário como participante principal no tratamento, envolvendo a família e, eventualmente, esferas comunitárias. Ampliar-se-ia, portanto, a visão terapêutica da remoção de sintomas para a adaptação à realidade e à supressão de carências socioeconômicas e culturais. O cuidado buscava envolver o diálogo e o acompanhamento longitudinal da pessoa, reconhecendo o território como novo cenário das ações em saúde mental (CASTRO e MAXTA, 2012, p. 2-3).

Porém, antes desses movimentos, mais exatamente nos anos 60, durante o regime militar, existia uma política referente à saúde mental direcionada para a privatização da assistência de saúde, implicando a expansão de leitos psiquiátricos em hospitais privados (PAULIN e TURATO, 2004). Este foi o ponto de partida das ações que articularam as propostas do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. O referido Movimento foi contemporâneo dos anos 1970, e teve, e ainda tem como ideal, a conversão do antigo modelo no modelo de atenção e gestão nas práticas em saúde mental, defendendo a “equidade na oferta dos serviços e o protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado” (BRASIL, 2005, p. 6).

Como se encontrava o cenário brasileiro nessa época? Como já descrito, o país atravessava a fase política do militarismo, isto é, a nação estava sob a ideologia dominante de que o país seria mais bem guiado pelos conceitos e diretrizes militares, o que logicamente se tornou motivo para contestação numa república sedenta por democracia. Vários setores da sociedade se engajaram na luta pela redemocratização do país.

Na área da saúde não era diferente; “surgiam denúncias de maus-tratos em vários hospícios do país, além das condições precárias de trabalho nesses locais e denúncias de fraudes no sistema de financiamento dos leitos conveniados” (RIBEIRO, 2011, p. 52). Destaca-se também a adoção das ideias de Basaglia, Foucault, Goffman e Castel no Brasil (AMARANTE, 1995; HIRDES, 2009), passando a influenciar fortemente a constituição de “um pensamento crítico sobre a natureza e a função social das práticas médicas e psiquiátrico-psicológicas” (AMARANTE, 1995, p. 90). Este quadro de precariedade, aliado aos novos

ideais estrangeiros, estimulava cada vez mais mobilizações por parte da classe profissional e da sociedade civil.

Neste período destacam-se as mobilizações realizadas pelos trabalhadores da saúde, movimentos sindicais e diversos atores políticos importantes, que ficaram conhecidas como Reforma Sanitária. Em 1978 surgiu o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), com reivindicações trabalhistas e propostas para a transformação da assistência psiquiátrica (RIBEIRO, 2012). Este foi o primeiro movimento dos profissionais da saúde que tinha como objetivo constituir-se num mecanismo de luta não institucional, reunindo informações, organizando eventos, estimulando debates, formulando e encaminhando propostas nesta área (AMARANTE, 1995).

Neste momento já se articulavam algumas iniciativas que rompiam as barreiras tradicionais no serviço de atenção à saúde mental. Como exemplo, há o surgimento do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil, na cidade de São Paulo, em 1987, e do Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) no município de Santos. Ambos visavam à substituição dos hospitais psiquiátricos, hospícios ou manicômios<sup>8</sup>. “Por uma sociedade sem manicômios” era o lema dos trabalhadores dessas instituições, e seus pacientes agradeciam dizendo: “você vieram nos libertar” (LANCETTI, 1991, p. 140-141).

Estes serviços conseguiram realizar experiências inovadoras na história de estruturação de novas propostas de atenção no processo da Reforma Psiquiátrica e basicamente serviram como modelo para os demais CAPS e NAPS que se sucederam no Brasil (AMARANTE, TORRES, 2001).

Porém ainda não era o suficiente, pois a materialização destes movimentos ainda não estava ancorada em lei, afinal de contas, não existiam garantias bem definidas que pudessem bem orientar usuários, profissionais e a sociedade em geral. Entretanto, no ano de 1989, foi lançado no Congresso Nacional o Projeto de Lei de autoria do deputado Paulo Delgado (PT/MG). Este projeto propôs a regulamentação dos direitos de pessoas em sofrimento psíquico e a extinção progressiva dos manicômios no Brasil.

Ainda se carecia de mais constância na estruturação do serviço, já que não existia no país uma rede de serviço de saúde pública estruturada que pudesse garantir este direito. Assim, junto com a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988,

---

<sup>8</sup> Os NAPS/CAPS foram criados oficialmente a partir da Portaria GM 224/92 e eram definidos como “unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional” (BRASIL, 2004, p. 12).

foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pelas Leis Federais 8.080/1990 e 8.142/1990, formado pela articulação entre as gestões federal, estadual e municipal, sob o poder de controle social, exercido pelos “Conselhos Comunitários de Saúde”.

O SUS nasceu alicerçado nos princípios de acesso universal, público e gratuito, tendo nas figuras do Estado democrático e da cidadania a garantia plena e determinante de uma “saúde como direito de todos e dever de Estado”, conforme consta da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988).

Remontemos, entretanto, ao seu período embrionário, o da Reforma Sanitária Brasileira, para que possamos compreender sua criação, funcionamento e adequação às novas demandas em saúde mental.

Denominou-se esse processo de movimento, não só por representar a aglutinação organizada de entidades e pessoas com objetivos e formas de manifestações articuladas no cenário social e político, como por ser espécie de ato contínuo do chamado movimento sanitário, que deu corpo e forma à Reforma Sanitária Brasileira (BRASIL, 2006, p. 17).

Este movimento firmou-se como um conjunto de práticas ideológicas, políticas e culturais que avançam tendo como referencial a saúde. Enquanto processo, representou um conjunto de atos, em distintos momentos e espaços, a expressar práticas sociais, econômicas e simbólicas.

O Movimento da Reforma Sanitária foi uma proposta resultante de um longo movimento da sociedade civil brasileira em defesa da democracia, dos direitos sociais e de um novo sistema de saúde que se materializou em projeto a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde. O SUS não surgiu por um acaso ou por boa ação política, mas por pressão social devido às muitas contribuições que representou o processo participativo de entidades sociais e profissionais da área da saúde.

À época, o sistema de saúde brasileiro tinha boa parte de seus serviços demandados por instituições privadas, os leitos pagos. Para se ter uma ideia, Amarante (1994, p. 79) observa que a Previdência injetava aproximadamente “97% do total dos recursos destinados à saúde mental para internações em hospitais psiquiátricos”. Naturalmente, com a privatização da assistência psiquiátrica, logo a assistência psiquiátrica foi vista como um negócio de grande rentabilidade e os hospícios transformaram-se em verdadeiras indústrias. O Movimento Sanitário Brasileiro, que buscava se materializar com a criação de um sistema de saúde único e universal, já tentara intervir na sua “desconstrução e invenção” (JORGE et al., 200, p. 28).

Entre o início da década de 1990 e 2000, a implantação da rede extra-hospitalar ganha espaço. Essa abertura é impulsionada pela participação do Brasil na Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde – Declaração de Caracas, 1990, que apontava para a necessidade da reestruturação dos modelos de atenção psiquiátrica, a fim de potencializar a promoção de modelos alternativos centrados na comunidade e em suas redes sociais.

Por outro lado, vale destacar a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que expressou a reivindicação de garantia dos direitos conquistados e adquiridos na Constituição de 1988, como o fortalecimento da rede de atenção em saúde mental e o direito à cidadania, dispostos nesta Constituição. Nesse período o país tinha em funcionamento 208 CAPS, no entanto, aproximadamente 93% dos recursos destinados pelo Ministério da Saúde para a Saúde Mental ainda eram empregados em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005).

Ainda por meio da Portaria nº 189, de 19 de novembro de 1991, que aprovou a inclusão de Grupos e Procedimentos no SUS, na área de Saúde Mental (Hospitais Psiquiátricos), houve a tentativa da criação de dispositivos legais para atenção à saúde no âmbito do “bem-estar físico, mental e social” (BRASIL, 2004). Apenas uma década depois, apoiada nas diretrizes do SUS, da Constituição e das sucessivas portarias<sup>9</sup>, dá-se a massificação das intervenções propostas anteriormente. Enfim, após longos 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, a lei de Paulo Delgado foi sancionada.

O texto da lei aprovada não assegurou algumas das aspirações mais fundamentais do projeto original, tais como a extinção progressiva dos manicômios. Mesmo assim, revogou a arcaica legislação de 1934, que ainda estava em vigor, e significou um avanço considerável no modelo assistencial (AMARANTE, 2008, p. 70).

A partir da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, o Modelo Assistencial em Saúde Mental é redirecionado, “privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, a proteção e os direitos das pessoas em sofrimento psíquico, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios” (BRASIL, 2005a, p. 8).

<sup>9</sup> PRT/SNAS/MS nº 189, 19/11/1991; PRT/SNAS/MS nº 224, 29/1/1992; PRT/SNAS/MS nº 224, 29/1/1992; PRT/SNAS/MS nº 407, 30/12/1992; PRT/SAS/M S nº 408, 30/12/1992; PRT/SAS/MS nº 407, 30/12/1992; PRT/SAS/MS nº 408, 30/12/1992; PRT/SAS/MS nº 88, 22/7/1993; PRT/SAS/MS nº 180, 28/12/1993; PRT/SAS/MS nº 22, 10/02/1994; RES/CFM nº 1.408, 8/6/1994; RES/CFM nº 1.407, 8/6/1994; PRT/SAS/MS nº 145, 25/8/1994; PRT/SAS/MS nº 147, 25/8/1994; RES/CNS/MS nº 134, 1/9/1994; PRT/SAS/MS nº 66, 17/7/1995; PRT/SAS/MS nº 94, 24/8/1995; PRT/SAS/MS nº 149, 7/12/1995; PRT/SAS/MS nº 15, 17/1/1996; PRT/SAS/MS nº 119, 12/7/1996; PRT/GM/MS nº 3.902, 30/10/1998; RES/CSS nº 11, 3/11/1998; RES/CSS nº 15, 23/3/1999; RES/ANVS/MS nº 147, 28/5/1999; PRT/GM/MS nº 1.077, 24/8/1999; PRT/GM/MS nº 971, 3/7/2001; PRT/GM/MS nº 799, 19/7/2000; PRT Conjunta SPS/GM/MS nº 106, 13/2/2000; PRT/GM/MS nº 799, 19/7/2000; PRT/GM/MS nº 1.220, 11/11/2000.

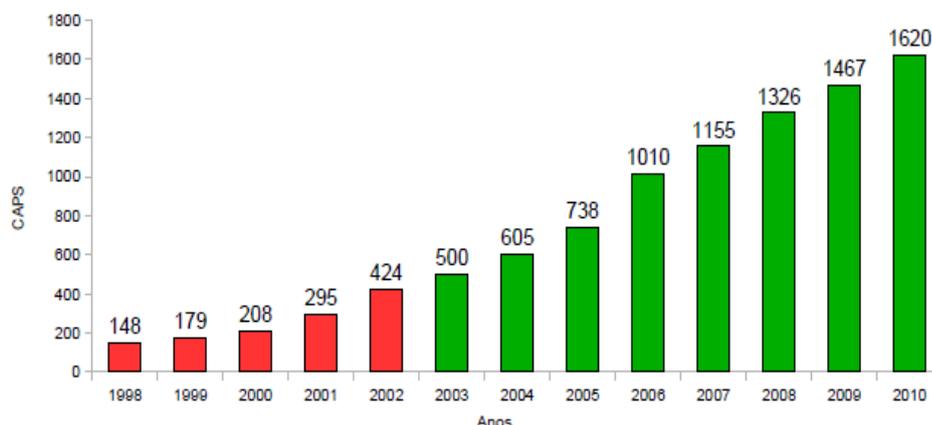
Esses mecanismos surgem mediante a Portaria PRT/GM/MS nº 336/GM, de 19 de março de 2002, que estabelece e regulamenta os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS I, II e III, CAPS ad, CAPSi) e outros tipos de serviços substitutivos (Núcleos de Atenção Psicossocial – NAPS; Centros de Referência em Saúde Mental – CERSAM) que integram a rede do Sistema Único de Saúde, o SUS. A portaria em questão também reconheceu e ampliou o funcionamento dos CAPS já existentes desde a década de 1980, dando a estes autonomia para

oferecer atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias (BRASIL, 2004a, p. 12-13).

Estes Centros oferecem serviço de saúde aberto e comunitário e compõem a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), atuando no processo de “acompanhamento clínico e na inserção social de usuários em sofrimento psíquico pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários” (BRASIL, 2004a, p. 13).

Ao longo dos anos, especificamente a partir da Portaria PRT/GM/MS nº 336/2002, que regulamenta o CAPS, esta rede se expandiu rapidamente. Sete anos após a Portaria, o número de CAPS em todo o Brasil saltou de 500 para 1.620 (GRÁFICO 1), apresentando um crescimento exponencial mais acentuado do serviço uma cobertura de 0,66 CAPS por 100.000 habitantes (BRASIL, 2011).

**GRÁFICO 1 - SÉRIE HISTÓRICA DA EXPANSÃO DOS CAPS (1998 A 2010)**



**Fonte:** Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS, 2011.

O CAPS constitui um dispositivo público de base municipal e tem como controle social fiscalizador os Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde. Os direcionamentos atuais da Política de Saúde Mental brasileira para desenvolvimento de programas em saúde mental no CAPS são

o desenvolvimento de projetos terapêuticos e comunitários, dispensando medicamentos, encaminhando e acompanhando usuários que moram em residências terapêuticas, assessorando e sendo retaguarda para o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e Equipes de Saúde da Família no cuidado domiciliar (BRASIL, 2004a, p. 12).

O CAPS está apto a atender em ambiente aberto e acolhedor pessoas que apresentem quaisquer sofrimentos psíquicos intensos, que “lhes impossibilitam viver e realizar seus projetos de vida” (BRASIL, 2004a, p. 15). Saraceno (1999) complementa que, para se efetivar, o processo de habilitação social precisa contemplar uma tríade – casa, trabalho e lazer – comum a qualquer cidadão.

Trata-se, sobretudo de agir, de inserir socialmente indivíduos encarcerados, segregados, ociosos – recuperá-los enquanto cidadãos por meio de ações que passam fundamentalmente pela inserção do paciente psiquiátrico no trabalho e/ou em atividades artísticas, artesanais, ou em dar-lhes acesso aos meios de comunicação, etc. (RAUTER, 2000, p. 268).

Partindo dessa perspectiva, quando o sujeito chega ao CAPS, geralmente encaminhado pelo Programa de Saúde da Família ou por qualquer serviço de saúde, recebe a acolhida<sup>10</sup> e seu sofrimento é escutado pelo profissional lotado no CAPS, no intuito de compreender a situação do cidadão que procura o serviço.

A partir de então, trabalha-se no estabelecimento do diagnóstico do usuário, em conjunto com os demais profissionais envolvidos no processo terapêutico (pedagogos, assistentes sociais, educadores físicos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, psicólogo, psiquiatra, nutricionista...). O objetivo é definir o Terapeuta de Referência (TR)<sup>11</sup> do usuário,

<sup>10</sup> “Acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/populações. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva” (PORTAL DA SAÚDE SUS, 2012, s/p.).

<sup>11</sup> “O Terapeuta de Referência (TR) é o profissional (Pedagogos, Assistentes Sociais, Educadores Físicos, Terapeutas Ocupacionais, Enfermeiros, Psicólogo, Nutricionista...) lotado no CAPS, responsável por monitorar o projeto terapêutico junto com o usuário, (re)definindo as atividades e a frequência de participação do usuário nas atividades e até mesmo no serviço do CAPS. Além disso, o TR também é responsável pelo contato com a família

discutir e construir estratégias – projeto terapêutico individual – de acordo com o perfil e as necessidades de cada usuário. Isso desde “que se respeite a sua particularidade, que personalize o atendimento de cada pessoa na unidade e fora dela e proponha atividades durante a permanência diária no serviço, segundo suas necessidades” (BRASIL, 2004b, p. 16), para que sejam executadas pelos profissionais do CAPS<sup>12</sup> em conjunto com os familiares do usuário em tratamento.

De acordo com a Portaria GM 336/02, dependendo das necessidades apontadas pela equipe multiprofissional do serviço no projeto terapêutico do usuário, o CAPS poderá oferecer Atendimento Intensivo<sup>13</sup>, Atendimento Semi-Intensivo<sup>14</sup>, Atendimento Não Intensivo<sup>15</sup>. Os CAPS funcionam, pelo menos, durante os cinco dias úteis da semana (2ª a 6ª feira). Seu horário e funcionamento nos fins de semana dependem do tipo de CAPS:

#### QUADRO I – HORÁRIOS DE FUNCIONAMENTO DOS CAPS

<b>CAPS I</b>	Municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes; Funciona das 8 às 18 horas; De segunda a sexta-feira; Atendimento diário de adultos com transtornos mentais severos e persistentes.
<b>CAPS II</b>	Municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes; Funciona das 8 às 18 horas; De segunda a sexta-feira; Pode ter um terceiro período, funcionando até 21 horas; Atendimento diário de adultos com transtornos mentais severos e persistentes.
<b>CAPS III</b>	Municípios com população acima de 200.000 habitantes; Funciona 24

e pela avaliação periódica das metas traçadas no projeto terapêutico, dialogando com o usuário e com a equipe técnica dos CAPS” (BRASIL, 2004a, p. 16).

<sup>12</sup> Se uma pessoa está isolada, sem condições de acesso ao serviço, ela poderá ser atendida por um profissional da equipe do CAPS em casa, de forma articulada com as equipes de saúde da família do local, quando um familiar ou vizinho solicitar ao CAPS (BRASIL, 2004c, p. 15).

<sup>13</sup> Trata-se de atendimento diário, oferecido quando a pessoa se encontra com grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua. Esse atendimento pode ser domiciliar, se necessário (BRASIL, 2004a, p. 16).

<sup>14</sup> Nessa modalidade de atendimento, o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês. Essa modalidade é oferecida quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia. Esse atendimento pode ser domiciliar, se necessário (BRASIL, 2004a, p. 16).

<sup>15</sup> Oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho, podendo ser atendido até três dias no mês. Esse atendimento também pode ser domiciliar (BRASIL, 2004a, p. 16).

	horas, diariamente, também nos feriados e fins de semana; Atendimento diário e noturno de adultos com transtornos mentais severos e persistentes, durante sete dias da semana.
<b>CAPSi</b>	Municípios com população acima de 200.000 habitantes; Funciona das 8 às 18 horas; De segunda a sexta-feira; Pode ter um terceiro período, funcionando até 21 horas; Atendimento diário a crianças e adolescentes com transtornos mentais.
<b>CAPSad</b>	Municípios com população acima de 100.000 habitantes; Funciona das 8 às 18 horas; De segunda a sexta-feira; Pode ter um terceiro período, funcionando até 21 horas; Atendimento diário à população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas. Esse tipo de CAPS possui leitos de repouso com a finalidade exclusiva de tratamento de desintoxicação.

**Fonte:** Brasil, 2004a.

Os usuários que permanecem um turno de quatro horas nos CAPS devem receber uma refeição diária; já os assistidos em dois períodos (oito horas) devem receber duas refeições diárias. Os usuários que além do acolhimento diurno também estão em acolhimento noturno nos CAPS III e permanecem durante 24 horas contínuas, devem receber quatro refeições diárias. A frequência dos usuários depende do projeto terapêutico individual orientado pela equipe multiprofissional do CAPS (BRASIL, 2004).

As atividades desenvolvidas no CAPS não se prendem exclusivamente à estrutura física, territorial e espacial do estabelecimento e podem acontecer em espaços que ultrapassam seus muros e buscam nos demais espaços sociais a constituição de uma rede de suporte e inserção social a seus usuários.

Em seu campo de abrangência de atuação, introduz-se o conceito de territorialidade. Este princípio busca o estabelecimento de um processo de regionalização dos serviços, hierarquizando-os e buscando equidade nos serviços. Este processo deverá contemplar uma lógica de planejamento que compreenda não simplesmente as noções de territorialidade, mas que atue na identificação de prioridades de intervenção de forma que possa garantir o acesso às ações e serviços necessários aos usuários do sistema (SUS, 2009). Neste sentido,

O território é a designação não apenas de uma área geográfica, mas das pessoas, das instituições, das redes e dos cenários nos quais se dão a vida

comunitária. Assim, trabalhar no território não equivale a trabalhar na comunidade, mas a trabalhar com os componentes, saberes e forças concretas da comunidade que propõem soluções, apresentam demandas e que podem construir objetivos comuns. Trabalhar no território significa assim resgatar todos os saberes e potencialidades dos recursos da comunidade, construindo coletivamente as soluções, a multiplicidade de trocas entre as pessoas e os cuidados em saúde mental. É a idéia do território, como organizador da rede de atenção à saúde mental, que deve orientar as ações de todos os seus equipamentos (BRASIL, 2005, p. 26).

Uma territorialidade que considera os recortes sociais constituídos fundamentalmente pelas pessoas, seus conflitos, interesses, amigos, vizinhos, família, instituições e seus cenários (BRASIL, 2004a). Estes territórios estruturam-se por meio de horizontalidades constituídas a partir de uma rede com serviços ofertados pelo Estado a qualquer cidadão no exercício de sua cidadania. A rede está organizada para ser operacionalizada num espaço geográfico nacional em comunhão com união das federações, por meio de instrumentos normativos, para que os princípios e as diretrizes do Sistema de Saúde, definidos pela Constituição Federal (1988), sejam assegurados (GONDIM e MONKEN, 2009).

Nesse desenho territorial de atenção à saúde mental, os CAPS figuram como peças importantes, adentrando nos espaços de vida dos usuários. Suas práticas constituem-se de maneira interdisciplinar e comunitária, oferecendo serviços alternativos na atenção aos usuários em sofrimento psíquico. No que se refere ao serviço alternativo, vale destacar que é focado na inserção do indivíduo em suas esferas sociais. Ou seja, não consiste em retirar o indivíduo de seu contexto social, mas em ajudá-lo a desenvolver aptidões para que seja reconhecido e aos poucos reinserido neste determinado contexto. Assim, neste modelo territorial as equipes multiprofissionais do CAPS têm a oportunidade de atuar mais próximo da realidade de vida dos usuários, com o desafio de reconhecer os condicionantes territoriais do processo saúde e doença, e outras formas de trabalhar em equipe de maneira integral, além de poderem manejar a herança da prática clínica pelo envolvimento familiar do cuidado nos espaços de produção de vida (CASTRO e MAXTA, 2010, p. 2).

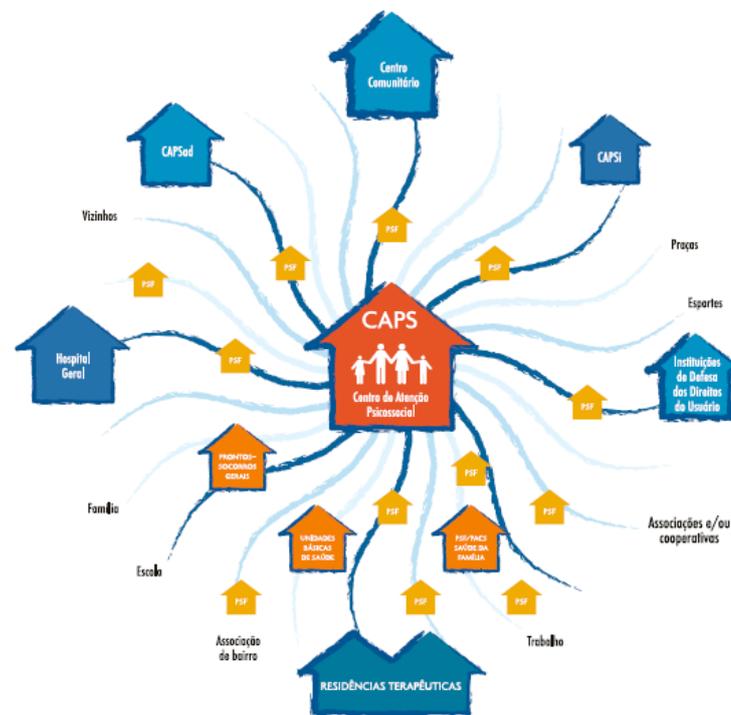
Surge também o conceito de serviços em rede (Figura 1), articulados às redes sociais. A rede de atenção à saúde mental é composta por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência, Ambulatórios de Saúde Mental e Hospitais Gerais (BRASIL, 2004a).

A construção de uma rede comunitária de cuidados é fundamental para a consolidação da Reforma Psiquiátrica. A articulação em rede dos variados serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico é crucial para a constituição de um conjunto vivo e concreto de referências capazes de acolher a pessoa em sofrimento mental. Esta rede é maior, no entanto, do que o conjunto dos

serviços de saúde mental do município. Uma rede se conforma na medida em que são permanentemente articuladas outras instituições, associações, cooperativas e variados espaços das cidades. A rede de atenção à saúde mental do SUS define-se assim como de base comunitária. É, portanto, fundamento para a construção desta rede a presença de um movimento permanente, direcionado para os outros espaços da cidade, em busca da emancipação das pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005, p. 56).

Desta forma, os CAPS assumem um papel estratégico como articuladores dessas redes, concedendo assistência e promovendo a vida comunitária e a autonomia dos usuários e seus familiares.

**FIGURA 1 - REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL**



Fonte: BRASIL, 2004a/Print Screen

A partir do serviço em rede, ao usuário do sistema é oferecido não apenas e exclusivamente o tratamento medicamentoso. Afinal de contas,

de um modo geral, quando se pensa em clínica, imagina-se um médico prescrevendo um remédio ou solicitando um exame para comprovar ou não a hipótese do paciente ter uma determinada doença. No entanto, a clínica precisa ser muito mais do que isso, pois todos sabemos que as pessoas não se limitam às expressões das doenças de que são portadoras (BRASIL, 2004b, p. 5).

A clínica médica tradicional tem uma tendência a se responsabilizar somente pela enfermidade e não pelo sujeito doente (CUNHA, 2004). Entretanto, a rede de atenção à saúde mental atua na perspectiva e sob os preceitos da Clínica Ampliada, ancorada na Política Nacional de Humanização do SUS<sup>16</sup>, que visa humanizar o tratamento por meio do despertar da autonomia e do protagonismo desses sujeitos.

Podemos dizer então que a clínica ampliada é um compromisso radical com o sujeito doente visto de modo singular; Assumir a responsabilidade sobre os usuários dos serviços de saúde; buscar ajuda em outros setores, ao que se dá nome de intersetorialidade; Reconhecer os limites do conhecimento dos profissionais de saúde e das tecnologias por eles empregadas – tarefa muito difícil para esses profissionais –, e buscar outros conhecimentos em diferentes setores, como no exemplo mencionado anteriormente onde o serviço de saúde incorporou o conhecimento acerca da situação de exclusão em que viviam seus usuários; assumir um compromisso ético profundo (BRASIL, 2004c, p. 8-9).

A clínica ampliada abre "inúmeras possibilidades de intervenção onde é possível propor tratamentos com a participação das pessoas envolvidas" (BRASIL, 2004c, p. 6). Outro aspecto fundamental da Clínica Ampliada é a capacidade de equilibrar o combate à doença com a produção de vida.

A Clínica Ampliada propõe que o profissional de saúde desenvolva a capacidade de ajudar as pessoas, não só a combater as doenças, mas a transformar-se, de forma que a doença, mesmo sendo um limite, não a impeça de viver outras coisas na sua vida (BRASIL, 2004c, p. 9).

Desta forma, é possível propor uma infinidade de instrumentos de intervenção ao usuário, desenvolvendo sua criatividade, sua autonomia e o protagonismo pessoal e interpessoal, “trabalhando com a rede de subjetividade que o envolve em todas as formas de estímulos que, no campo da alteridade, apresentam-se para o sujeito” (BEZERRA JÚNIOR, 2001, p. 141).

A intenção primária é preparar os usuários da rede, isto é, despertar suas habilidades sociais como protagonismo e autonomia, para depois, aos poucos, viabilizar sua inserção no seio da sociedade constituída do lado de fora dos muros do CAPS. Sendo a rede composta de

---

<sup>16</sup> Lançada em 2003 e vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, no Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (DAPES), e articulada às secretarias estaduais e municipais de saúde, a Política Nacional de Humanização (PNH) busca colocar em prática os princípios do SUS (transversalidade, indissociabilidade entre atenção e gestão, protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos) no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar. Também busca estimular a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si (BRASIL, 2004a).

territórios e cenários, adentraremos num microcenário específico em que a pesquisa apresentada se situa.

Por que protagonista e autônomo? Na verdade, protagonizar integra a vida de todo ser humano, não apenas em saúde mental. Por ser algo muitas vezes comum no exercício da cidadania, esta pequena palavra passa despercebida no cotidiano social. Protagonizar está intimamente relacionado com o termo autonomia, outra expressão de muita importância no cenário contemporâneo.

A palavra **protagonista** deriva do verbo grego (*Protagonistes*), que significa aquele que “combate na primeira fila; que ocupa o primeiro lugar; personagem principal” (MACHADO, 1990, p. 447). A forma utilizada na língua portuguesa é composta dos vocábulos gregos *protos* (primeiro, principal) e *agonistes* (lutador, competidor). Originalmente, a palavra **protagonista** designava, portanto, o principal competidor dos jogos públicos, de uma assembleia, reunião, luta judiciária ou processo. Isto é, “a ideia de luta e a ideia de um espaço público – onde se travam as lutas corporais ou verbais – encontram-se na formação inicial do vocábulo” (HOUAISS e VILLAR, 2001, p. 2.316).

Levando-se em consideração a origem etimológica, o sentido do vocábulo remete à ideia de atuação em espaço público/político transformado em cenário, onde as lutas corporais ou verbais e seus lutadores são substituídos pelos atores e suas interações sociais (SOUZA, 2006, p. 9/10). Portanto, **protagonizar** representa o sujeito que atua como agente principal em determinado cenário ou acontecimento social, em interação com outros atores sociais, no exercício de sua cidadania. A partir desse entendimento que incorpora a rede de atenção à saúde mental,

É necessário adotar um modelo de saúde humanizado que considere o cuidado integral e a ativa participação de todos, principalmente a dos próprios usuários, na elaboração e condução dos seus projetos terapêuticos, fortalecendo o ‘protagonismo social’, no sentido de desenvolver autonomia e autodeterminação (BRASIL, 2010b, p. 63).

Outro termo comumente associado ao protagonismo em saúde mental é **autonomia**. Conforme apontado por Costa (2007, p. 14-15), pode-se recorrer novamente à etimologia da palavra **autonomia** (*auto* significa próprio, si mesmo, e *nomos*, norma, regra, lei). Percebe-se que o conceito de autonomia “encontra-se ligado à noção de indivíduo capaz de se autodeterminar, aquele que produz e vive de acordo com normas próprias”. Ou seja, autônomo é o sujeito que possui “liberdade e capacidade de exercício ativo de si, da livre decisão sobre suas próprias ações e às possibilidades e capacidades para construir sua

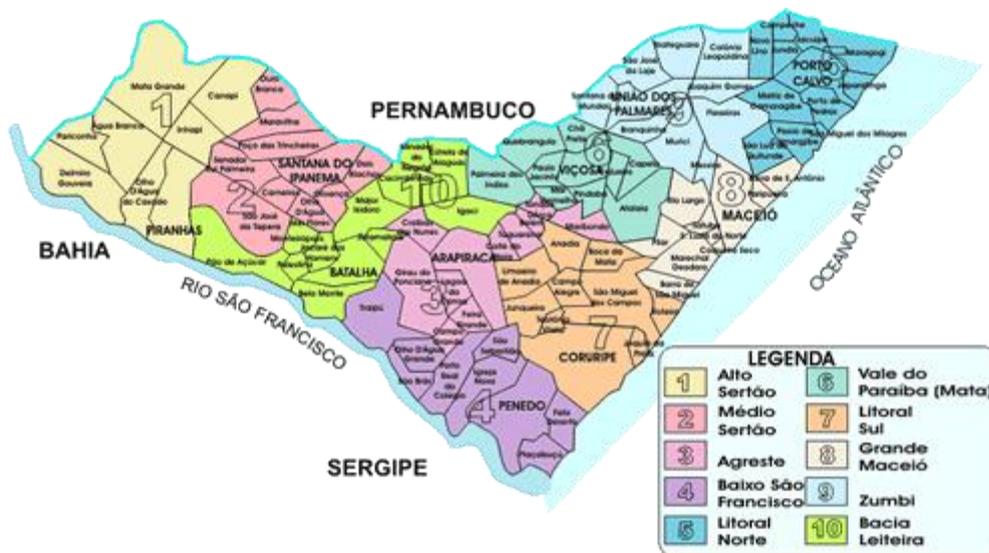
trajetória de vida” (FLEURY-TEIXEIRA et al., 2008, p. 118). Santos et al. (2000) complementam que autonomia remete à ideia de possibilidade de se governar por si mesmo, implicando uma autoconstrução, um autogoverno.

### 2.3 A saúde mental em Alagoas: a Cidade das Esmeraldas

– Antes de tudo, Oz! Ele próprio é o Grande Mágico. – A voz da velhinha virou um sussurro. – É mais poderoso que todos nós juntos. Mora na Cidade das Esmeraldas. – Então, é preciso que vás até a Cidade das Esmeraldas. Talvez o Grande Oz possa ajudar-te (BAUM, 2012, p. 16).

Entoado pelos poetas, descrito em versos e canções, Alagoas é um estado do Nordeste brasileiro localizado entre Pernambuco, Bahia, Sergipe e o oceano Atlântico. Sua área é de 27.767,661 km<sup>2</sup> (FIGURA 2) e, de acordo com o censo do IBGE de 2010, sua população é estimada em 3.093.994 habitantes. O estado conta com 102 municípios, sendo Maceió sua capital. Por abrigar um litoral rico em belezas naturais, cheio de áreas de mangue e lagoas, é comumente conhecido como o Paraíso das Águas (WIKIALAGOAS, 2012).

**FIGURA 2 - MAPA POLÍTICO DO ESTADO DE ALAGOAS**



Fonte: TCE/AL, 2009.

Em meados dos séculos XVI e XVII, piratas estrangeiros (holandeses e franceses, principalmente) conduziram navegações à costa, atraídos pelo pau-brasil, então uma das mais

cobiçadas fontes de renda da nova terra, forçando os portugueses, “detentores” das terras, a adotar a estratégia de colonização do novo território, que era povoado por índios caetés.

Alagoas pertencia à capitania de Pernambuco. Entretanto, no ano de 1711 tornou-se comarca e, em 1817, tornou-se capitania autônoma. Após a independência do Brasil, em 1822, Alagoas foi convertida em província. Em 1839, Maceió passou a ser a nova capital, em substituição à cidade de Alagoas, hoje denominada de Marechal Deodoro (TCE, 2009).

Em Alagoas, a história da assistência psiquiátrica hospitalocêntrica é recente, tendo seu curso iniciado em meados do século XIX. Até então, pessoas em sofrimento psíquico eram “recolhidas à Cadeia Pública, presas por correntes e gargalheiras, amontoadas em cubículos escuros e infectos, em número de 5 e até 7 pessoas por cubículos, em condições subumanas” (O FAROL, 2004, p. 5).

Conforme recentes pesquisas históricas (CAVALCANTI, 2006; RIBEIRO, 2012), a primeira instituição no Estado de Alagoas direcionada ao abrigo de pessoas em sofrimento psíquico, então denominada Asilo de Alienados, remete ao ano de 1887, no município de Maceió.

Entretanto, conforme relata Ribeiro (2012, p. 63), “do primeiro asilo não se tem registros de intervenção médica psiquiátrica, parecendo apenas ser um local em que os doentes eram cuidados de forma diferenciada, separados dos criminosos”. Sabe-se apenas que “seguia os pressupostos humanistas difundidos pela Europa anos antes” (RIBEIRO, 2012, p. 61), e que dois anos após sua inauguração, já estava com capacidade de acomodação esgotada, tendo de ser transferido para outro prédio, construído especificamente para tal fim (CAVALCANTI, 2006).

Inaugurado em 1891, o Asilo Santa Leopoldina (na atual Praça Dr. Afrânio Jorge – Praça da Faculdade) foi a primeira instituição para tratamento de pessoas em sofrimento psíquico de que se tem registro no Estado de Alagoas (TUNDIS e COSTA, 2001; MEDEIROS, 1999).

**FIGURA 3 - ASILO SANTA LEOPOLDINA EM 1891**

**Fonte:** O Farol, 2009.

Foi construído em parte com recursos públicos e em parte através de doações<sup>17</sup> de diversos atores sociais. Com pouco tempo de uso, o local perdeu-se em sua missão, tornando-se um espaço para alojar pessoas com diversas enfermidades, não tendo infraestrutura própria para atender às demandas existentes naquele momento, e até mesmo como um hospital psiquiátrico, tendo sido fechado não muito tempo depois (CAVALCANTI, 2006).

Posteriormente, no bairro de Bebedouro, desta feita seguindo o modelo praticado na Argentina – de escolha de locais onde existiam famílias ricas dispostas a vender suas amplas casas –, alguns imóveis foram transformados em clínicas psiquiátricas. Conforme apresentado por Trindade et al. (2007) *apud* Ribeiro (2012), primeiro surgiu a Casa de Saúde Miguel Couto, em 1947/48, em seguida a Casa de Repouso Dr. José Lopes Mendonça, em 1961, e a Clínica de Repouso Ulysses Pernambucano, em 1968.

Em fins de 1956, como iniciativa do poder público, foi inaugurado o Hospital Colônia Portugal Ramalho<sup>18</sup>. Projetado para receber aproximadamente quarenta usuários, por ser

<sup>17</sup> Francisco de Paula Leite e Oiticica, bacharel em Direito formado em Ciências Jurídicas pela Faculdade de Direito do Recife em 1872, enviou carta ao jornal “O Alagoas”, em 27 de março de 1887, solicitando abertura de subscrição popular visando arrecadação de fundos para as despesas concernentes à instalação do asilo. O jornal passou a publicar periodicamente a campanha, que contou com doações anônimas e da Sociedade Dramática “Thalia de Jaraguá”, a qual promoveu espetáculo em benefício do Asilo em 18 de maio de 1887. Também recorreu ao Tesouro para angariar recursos através da Loteria da Província (O FAROL, 2009, p. 5).

<sup>18</sup> Atualmente, Hospital Escola Dr. Portugal Ramalho (HEPR), unidade integrante da Fundação Universitária de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL).

remanescente do antigo Asilo Colônia Santa Leopoldina, recebeu 140 internos em suas dependências, o que superlotou o ambiente, deixando o serviço deficiente no tocante a recursos materiais e humanos (CAVALCANTI, 2006).

Essa situação só piorou ao longo dos anos seguintes, segundo depoimento de profissionais que conheceram o hospital nas décadas de 1970 e 1980 ‘a sua estrutura física era terrível, parecia uma masmorra; a cozinha parecia um subterrâneo e os funcionários forneciam a comida passando-a por debaixo das portas de ferro’ (TRINDADE et al., 2007 apud RIBEIRO, 2012, p. 62).

Até então, as instituições públicas, ou privadas, com assistência psiquiátrica no Estado de Alagoas se concentravam na capital, Maceió. Anos depois, em meados de 1989, surgiu o primeiro serviço de assistência psiquiátrica, de cunho privado, que também atendia em convênio com o recém-criado SUS, fora de Maceió, o Instituto Psiquiátrico Teodora Albuquerque (ITA)<sup>19</sup>, situado no município de Arapiraca, na região Agreste de Alagoas (RIBEIRO, 2012).

Quebrando com a hegemonia anterior da oferta de assistência psiquiátrica em Maceió, o ITA descentralizou a atenção prestando assistência aos usuários do Agreste e Zona da Mata alagoana. O histórico de ambas as instituições permite inferir que, ao longo dos anos, os serviços prestados estiveram longe dos serviços propostos ou dos ideais iniciais dos seus fundamentos.

Entretanto, outrora, apesar de a maior parte dessas instituições, públicas ou privadas, não oferecerem um serviço de referência, estas ganharam espaço ao longo do tempo. Isso pode ser comprovado a partir dos apontamentos de Rosa (2002), que registrou em seus estudos que desde ano de 2000 o Estado de Alagoas era o 2º Estado brasileiro com o maior número de internações em hospitais psiquiátricos (ROSA, 2006).

Hodiernamente, o Estado de Alagoas possui 880 leitos psiquiátricos disponibilizados pela rede do SUS. Estes leitos encontram-se distribuídos entre os municípios de Maceió e Arapiraca (RIBEIRO, 2012).

Embora políticas nacionais em saúde mental, principalmente a partir da Portaria GM 52 (BRASIL, 2004a), rumem para a diminuição programada e pactuada de leitos psiquiátricos, isto é, transitem de um modelo asilar para um modelo comunitário territorial, ocorre um fenômeno crescente de expansão desta rede de atendimento do SUS direcionada à atenção à saúde mental em Alagoas. A fiscalização fica a cargo da Gerência de Núcleo de Saúde Mental (GENSAM) da Secretaria de Estado da Saúde.

---

<sup>19</sup> Atual Hospital Psiquiátrico Santa Juliana.

Entretanto, esta transição baseada nos preceitos da reforma psiquiátrica começou a ganhar forma no estado de Alagoas, devido ao empenho de alguns profissionais. Estes “discordavam do poder hegemônico do tratamento hospitalar e, direta ou indiretamente, contribuíram para a modificação e a criação de instituições que pudessem dar uma forma alternativa de tratamento” (RIBEIRO, 2012, p. 65). Seguindo este norte, no ano de 1987, alguns destes profissionais já se mobilizavam para refletir acerca da situação nos hospitais psiquiátricos em Maceió, propondo um modelo que apresentasse melhoras no modelo físico, terapêutico e humano.

Concomitantemente ao surgimento do primeiro CAPS no Brasil, na cidade de São Paulo, e do Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) no município de Santos, em fins da década de 1980 foram fundados dois NAPS no Sertão do Estado de Alagoas. Um, localizado no município de Santana do Ipanema, foi pioneiro em desenvolver atividades preventivas através do esporte, cultura e folclore; e outro, no município de Água Branca (TRINDADE et al., 2007, *apud* RIBEIRO, 2012).

Eventos ocorridos em Maceió, a exemplo da 1ª Semana Alagoana para a Saúde Mental no ano de 1995, do I Fórum de Debates sobre a Reforma Psiquiátrica: cidadania e exclusão em questão, no ano de 1995; do II Encontro Nordestino da Luta Antimanicomial, no ano de 1996, culminaram com a criação do Núcleo Estadual de Saúde Mental (NESMAL), que atuou como mediador e propagador de novas proposições ao serviço de atenção à saúde mental no estado (RIBEIRO, 2012).

Entre estas novas proposições, que se caracterizaram pela criatividade na formulação de serviços alternativos de atendimento e cuidado, destaca-se a proposta de criação do primeiro CAPS em Maceió, no ano de 1996, o CAPS Casa Verde, anexo ao Hospital Escola Portugal Ramalho (HEPR). Entretanto, embora se apresente como serviço substitutivo, O CAPS Casa Verde não é habilitado como CAPS pelo Ministério da Saúde. Conforme reza a Portaria 336/2002, especificamente no artigo 3º, fica estabelecido que é requisito indispensável para o estabelecimento de um CAPS que ele funcione em área específica e independente da estrutura física e hospitalar.

No ano seguinte, em 1997, foi implantado o primeiro CAPS oficial no Estado de Alagoas, o CAPS Enfermeira Noraci Pedrosa, no bairro do Jacintinho, em Maceió. Um ano mais tarde, em 1998, foi a vez do CAPS Sadi de Carvalho, no bairro da Chã de Bebedouro, também em Maceió. Fora do contexto da capital alagoana surgiram o CAPS infantil Luiz da Rocha Cerqueira, no município de Atalaia, o CAPS Dr. Oswaldo Silva, no município de

Palmeira dos Índios e o CAPS Nise da Silveira, no município de Arapiraca. No ano de 1999 foi implantado o CAPS Esperança, no município de Anadia (RIBEIRO, 2012).

Neste período, ganharam destaque as ações sociais efetivadas por meio da realização das Conferências Municipais e Estaduais de Saúde Mental, o Encontro de Usuários, Familiares e Amigos da Saúde Mental de Alagoas e o IV Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, no município de Paripueira, em 1999 (RIBEIRO, 2012).

Essas ações culminaram com a aprovação da Lei Municipal nº 4.768, de dezembro de 1998, de autoria do vereador por Maceió Paulão (Partido dos Trabalhadores – PT). Em suma, tratavam do processo de substituição gradativa dos hospitais psiquiátricos em Maceió por uma rede comunitária de atenção à saúde mental, além de regulamentar o processo de internação hospitalar. No ano seguinte, em 1999, foi revogada a Lei 4768/98 e passa a valer seu substitutivo (projeto de Lei 143/99, apresentado pelo vereador por Maceió pelo PT, médico Aliomar Lins).

Conforme comenta Ribeiro (2012, p. 70), a Lei 4.768/98 “foi um golpe estratégico das lideranças políticas ligadas aos hospitais psiquiátricos contrários às mudanças, forçando a Câmara Municipal a defender a manutenção da assistência psiquiátrica nos hospitais”, em contraposição aos defensores do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial. Estes, naturalmente, defendiam a manutenção da Lei 4.876/98, pois viam nela um progresso decorrente da tendência das discussões que por anos ocorreram nos eventos da classe no Brasil.

Em 2001 existiam seis CAPS no Estado de Alagoas, sendo três na capital Maceió e três no interior. Entretanto, apenas a partir do novo ordenamento legal político-administrativo, é que se reconheceu a importância da substituição do velho modelo assistencialista e hospitalocêntrico, sendo criados mecanismos de gestão e financiamento para os novos dispositivos de atenção em saúde mental (RIBEIRO, 2012).

É possível constatar-se que os primeiros CAPS de Alagoas padeceram com improvisos e falta de apoio, o que só pôde ser reordenado a partir 2002. Entre os anos de 1997 e 2002 detecta-se muita luta para estruturar a Coordenação Estadual de Saúde Mental e os serviços a ela ligados. A realidade desse período está presente no Plano Estadual de Saúde Mental, assinado pelo Projeto de Assistência à Saúde Mental da Secretaria Estadual de Saúde. O documento refere-se a um levantamento sobre a situação de prestação de serviços de saúde mental, por meio do qual se constatou a ‘precariedade da rede física de assistência à saúde mental no Estado, da qualidade e da quantidade dos serviços oferecidos’, assim como o caráter assistemático do sistema de atenção à saúde mental (TRINDADE et al., 2007 apud RIBEIRO, 2012, p. 71).

O fortalecimento da rede em Alagoas se dá com a publicação da portaria GM/1.935, de 2004, e de sua substituta GM/245, de 2005, que confere o suporte referencial para a reordenação da Gerência de Núcleo em Saúde Mental (GENSAM). Esta, por sua vez, tem reformulada sua equipe administrativa e sua equipe técnica ampliada. Ribeiro (2012) afirma que, a partir de então, em todo o Estado de Alagoas aconteceram mudanças significativas no contexto geral nos serviços de atenção à saúde mental.

#### QUADRO 2 – AMPLIAÇÃO DA REDE CAPS NO ESTADO DE ALAGOAS

Ano de referência	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Número de CAPS	6	6	7	7	13	35	41	42	45	46

Fonte: Gerência de Núcleo de Saúde Mental – GENSAM – 2011, Secretaria Estadual de Saúde – AL.

Partindo do parâmetro de um CAPS para cada 100.000 habitantes, utilizado pela Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas nos documentos oficiais (BRASIL, 2011), o Estado de Alagoas, em 2002, apresentava cobertura insuficiente de CAPS por 100.000 habitantes. Entretanto, percebe-se um aumento numérico significativo do número de CAPS em Alagoas, pois no ano de 2010 apresentou uma percentagem de Cobertura CAPS/100.000 de 0,88, com uma boa cobertura, conforme visto no quadro a seguir:

#### QUADRO 3 – INDICADOR DE COBERTURA CAPS/100.000 HAB. POR ANO EM ALAGOAS (2002:2010)

Ano de referência	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
CAPS/100.000	0,17	0,21	0,20	0,31	0,69	0,77	0,82	0,81	0,88

Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2011.

Hodiernamente, a rede de atenção à saúde mental no Estado de Alagoas não possui em sua estrutura o CAPS III, de Residência Terapêutica, habilitado pelo Ministério da Saúde. Além do mais, o número de usuários beneficiados pelo Programa de Volta para Casa é

incipiente, com apenas 22 usuários atendidos. Existem apenas oito ambulatórios em saúde mental, que são pouco articulados à rede de atenção à saúde e se limitam a prestar serviços de consultas em psiquiatria, psicologia e assistência tão só para pessoas com transtornos mentais menores (RIBEIRO, 2012).

Além desses serviços, com base no Programa de Inclusão Social pelo Trabalho, que estimula ativamente a implantação de iniciativas de geração de trabalho e renda no campo de saúde mental, conforme mapeado por Ribeiro (2012) existem 14 iniciativas distribuídas pelo Estado de Alagoas, mediante empreendimentos solidários, financiados pelo Ministério da Saúde, em parceria com a Secretaria Nacional de Economia Solidária (SENAES), do Ministério do Trabalho (BRASIL, 2011b).

Dessa forma, corroborando Ribeiro (2012), a existência e a integração destes serviços substitutivos podem favorecer a reorientação de um modelo mais aproximado dos ideais da reforma psiquiátrica, humanizando os serviços oferecidos aos usuários e seus familiares. Embora a evolução numérica destes serviços substitutivos, principalmente o CAPS, tenha sido vertiginosa na última década, vale ressaltar a ênfase concedida à qualificação de recursos humanos, com significativos investimentos na formação continuada das equipes profissionais, em atenção às demandas da sociedade alagoana.

### **3 TECNOLOGIAS DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE MENTAL... EXPERIMENTOS E REFERENCIAIS RUMO À TERRA DE OZ**

– Mas como vou chegar lá? – Terás que andar muito. A viagem é longa. Tens de passar por um país que às vezes é bonito, outras escuro de dar medo. Mas vou usar as minhas artes mágicas para evitar-te contratempos. (BAUM, 2012, p. 16)

Em anos recentes, a integração das diversas TIC tem se apresentado como alternativa no processo de reabilitação social de sujeitos em sofrimento psíquico, tornando-se parte de um processo dinâmico, interativo e inclusivo utilizado, principalmente, no serviço substitutivo CAPS.

Computadores em rede, conectados com a internet, tornaram-se instrumentos que facilitam, agilizam e aperfeiçoam a ação humana, oferecendo subsídios de extensão ao homem a fim de facilitar suas atividades de intervenção sobre o mundo.

Desse modo, diversas interfaces de comunicação e informação têm sido experienciadas e sugeridas em pesquisas científicas na área de intervenção em saúde mental (BAVARESCO e PUMPMACHER, 2005; COSTA e CARVALHO, 2003; FRANCISCO, 2004, 2007; BARROS e FRANCISCO, 2011, entre outros), apontando novos caminhos que visam agregar valor social e inclusivo, e um aspecto dinâmico e interativo na prática terapêutica em oficinas com pessoas em processo de inserção social nos serviços de atendimento em saúde mental.

Essas propostas se baseiam nos pressupostos do Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira e na luta antimanicomial e trazem consigo discussões e experiências acerca dos métodos terapêuticos institucionais empregados com usuários em sofrimento psíquico. Este debate também viabiliza a inserção de práticas terapêuticas alternativas de socialização do sujeito, acompanhando a tendência de reinserção social, a partir de novas aplicações que acompanham o desenvolvimento social, inclusive aquelas provenientes das TIC.

Este capítulo traz uma discussão e uma reflexão no tocante à integração das TIC nas estruturas sociais e às transformações sociais ocorridas naturalmente. Também será apresentada a interface rádio como fonte indutora e integradora do processo de inserção em saúde mental. Por fim e não menos importante, discutem-se algumas experiências de pesquisadores que transpuseram a lógica hospitalocêntrica e alienadora.

### 3.1 Tecnologias da Informação e educação em saúde mental... Atalhos na estrada de tijolos amarelos

– A estrada para a Cidade das Esmeraldas está calçada de pedras amarelas – disse a bruxa. – Não há possibilidade de erro. Quando encontrares Oz, não banques a boba. Conta tua história e pede-lhe auxílio. Adeus, minha querida (BAUM, 2011, p. 57).

A época contemporânea, entendida como Idade Mídia (RUBIN, 2000), Modernidade Líquida (BAUMAN, 2001), Era da Informação/Sociedade Rede (CASTELLS, 1992), Cibercultura (LÉVY, 1999), é caracterizada por cenários dinâmicos, em rede, flexíveis, de autoria e globalizados, e tem-se apresentado como parte de uma evolução contínua da sociedade industrial (CASTELLS, 1999).

Neste tempo, os sistemas de informação baseados nas redes de transmissão *online* disponíveis através da *World Wide* (WWW) configuram decisivamente uma nova ambiência fundamentada na economia informacional (CASTELLS, 1999), onde as diversas estruturas sociais têm suas principais atividades convergidas ao ciberespaço.

Essa convergência surge como um dos acontecimentos mais dinâmicos e notórios da Modernidade Líquida (BAUMAN, 2001), e essa nova forma de comunicação mediatizada incide decisivamente sobre a sociedade, apontando novos padrões de vida (CASTELLS, 1992). A Modernidade Líquida é uma designação proposta por Bauman (2001) para o mundo Pós-Moderno. A “fluidez” é uma das principais características desta modernidade, visto que ao líquido se associa a ideia de leveza, mobilidade, flexibilidade, estando sempre receptivo a mudanças, assumindo formas diferentes e não se fixando ou se prendendo a uma única forma, tempo ou espaço. Essa “fluidez” como uma das principais características sociais da Modernidade Líquida está refletida no Ciberespaço (GIBSON, 1984), isto é:

O espaço aberto de informação e comunicação através da interconexão mundial de computadores e de memórias dos computadores e das memórias dos computadores, o que inclui o conjunto dos sistemas de computação eletrônicos, na medida em que transmitem informações provenientes de fontes digitais ou destinadas à digitalização (LÉVY, 1999, p. 92).

Este espaço é inconsistente e volúvel na disposição de seus diversos conteúdos e conglomerados de informações, assumindo diversos formatos e diferentes mídias, possibilitando interfaces de informação e comunicação. Entre os benefícios desta nova junção apontados por Rubim (2000) destacam-se:

Expansão quantitativa da comunicação midiaticizada; Diversidade das novas modalidades de mídias presentes no espectro societário; Papel desempenhado pela comunicação midiaticizada como modo de experienciar e conhecer a vida, a realidade e o mundo; Presença e abrangência das culturas midiáticas como circuito cultural, que organiza e difunde socialmente comportamentos, percepções, sentimentos, ideários e valores; Prevalência das mídias como esfera de publicização na sociabilidade; Mutações espaciais e temporais provocadas pelas redes midiáticas; Crescimento vertiginoso dos setores voltados para a produção, circulação, difusão e consumo de bens simbólicos (p. 30).

A procura por novas possibilidades midiáticas de comunicação é uma demanda por parte da atual conjuntura política, social e econômica. Fato decorrente das necessidades da sociedade atual, que se caracteriza pelo dinamismo da informação e do conhecimento, sugerindo às tecnologias digitais várias ações e possibilidades para sua aplicabilidade no cotidiano social. De acordo com Castells (1999), “cria novas formas e canais de comunicação, moldando a vida e, ao mesmo tempo, sendo moldada por ela” (p. 40).

Neste cenário, o sujeito já não figura apenas como um mero usuário, senão como interagente, pressupondo um traço participativo-interventor que não restringe sua ação à simples recepção no processo de interação (PRIMO, 2007). Além de buscar informações nas diversas mídias digitais, principalmente as dispostas na Internet (na sua evolução para a 2.0), este sujeito atua sempre numa posição interativa com o meio, criando, recriando, cocriando, significando e ressignificando, proporcionando a si o papel de produtor (HINE, 2000) e protagonista dos ambientes digitais.

Conhecimentos acerca de tecnologias que, até ontem, pareciam satisfazer os requisitos daquela demanda, hoje já não satisfazem os anseios consumistas de uma sociedade líquida que se encontra em constante mutação (BAUMAN, 2001), transformando a técnica e reformulando constantemente as tecnologias de acordo com a demanda social de cada época. Constantemente percebem-se modificações e atualizações nos serviços, aplicativos e programas disponíveis, com novas propostas de uso, propostas criativas e de adaptação a novas demandas. A sociedade também aprende e desaprende a cada reinvenção e nova aplicação que supera o modelo anteriormente proposto.

Mas como as tecnologias e o processo de ensino e aprendizagem incidem favoravelmente no processo de reabilitação social de sujeitos em sofrimento psíquico? Na intervenção em saúde mental, que acompanha o sujeito em sua reinserção nos ambientes sociais, também não é diferente. Esse sujeito também sente necessidade de acompanhar as transformações sociais como qualquer outro, necessidade de acesso às TIC contemporâneas e imersão no convívio social, tendo suas habilidades de interagente e protagonista reconhecidas

em seus cenários de atuação. E, em casos mais específicos, os conhecimentos oriundos das TIC são aguardados por esse indivíduo como complemento ou ponto motriz na formação para a sua inserção no mercado de trabalho.

Assim, para utilizar determinada tecnologia deve haver a apropriação, não de forma instrumental, mas de forma que o indivíduo saiba utilizá-la para intervir em sua própria vida, em sua realidade e nos cenários em que atua. Em situações habituais, indivíduos usam escolas de informática ou aprendem por experimentar num processo de tentativa e erro que conduz ao descobrimento das funcionalidades dos dispositivos, bem como por meio de trocas de experiências com outros usuários em rede. Entretanto, quando se trata de indivíduos em sofrimento psíquico, existe um quadro de exclusão. Neste sentido, estes indivíduos possuem espaços muito limitados, já não bastasse a pouca autonomia para vivenciar determinadas situações do cotidiano social.

Algumas pesquisas (STREPPPEL, 2010; BITTENCOURT, 2012) já apontam para a necessidade dessa apropriação. Daí trabalharem por meio de experimentos com aplicativos digitais que proporcionam a esses usuários se apropriarem significativamente destes dispositivos nos serviços substitutivos da rede de atenção à saúde mental, como no caso do CAPS. Não é à toa que na equipe multiprofissional do CAPS existe a figura do pedagogo, no intuito de estudar e sugerir maneiras de mediação pedagógica entre as oficinas de intervenção e os usuários.

De fato, o processo de reabilitação social não apenas perpassa a questão da inclusão digital, mas também o processo de aprender a conviver em coletividade, aprender a lidar com os próprios anseios e vicissitudes, o desenvolvimento da autonomia e o protagonismo social. Porém, devido ao entendimento da emergência de uma transformação social onde uma nova sociedade está se construindo e reconstruindo, para acompanhar esta sociedade existe a necessidade de que estes indivíduos estejam a par do uso e aplicação das TIC. É que a reabilitação social se constrói no aprender e no ato de participar ativamente (VENTURINI et al., 2003).

Ainda apoiando esta linha de ação, Bittencourt (2012) afirma que o processo de habilitação social pode e deve ser construído a partir do viés da democratização da imersão nas TIC. Para tanto, deve-se utilizar a rede de serviços de atenção à saúde mental por intermédio do processo de ensino e aprendizagem, visando à transformação social do próprio sujeito e da sociedade que o recebe (BITTENCOURT, 2012).

O importante nos processos que conduzem à habilitação social é o produto final, reconhecido aqui como a habilitação social do sujeito, com seu protagonismo e autonomia,

achando-se ele apto a interagir nos mais diversos cenários. Reconhecida esta necessidade, escolhemos trabalhar neste projeto com uma tecnologia que, no cenário brasileiro, nasceu no meio educacional e que pode oferecer várias possibilidades de uso em oficinas de intervenção em saúde mental.

### **3.2 Rádio: uma caixa mágica, um museu de grandes novidades**

– Os sapatos de prata agora são teus. Pegou os sapatos, soprou a poeira e os entregou a Dorothy. – A Bruxa do Leste – disse um dos anões – tinha muito orgulho desses sapatos. Possuem um encantamento, mas não sabemos qual (BAUM, 2011, p. 15).

O rádio é um veículo de comunicação que se utiliza da mídia auditiva, combinando voz, música, efeitos e silêncio. A fim de que ocorra a transmissão e recepção, o rádio lança mão da tecnologia de emissões de ondas eletromagnéticas para transmitir mensagens sonoras a distância em diversas frequências, a um grande número de pessoas, em diferentes espaços geográficos (OSÓRIO, PINTO e BARROS, 2009).

A tecnologia é a mesma da radiotelefonia e se baseia na transmissão de voz sem fios. Este mecanismo, primeiramente desenvolvido para fins militares, passou a ser utilizado na forma que se convencionou chamar de rádio a partir de 1916, nos Estados Unidos (OSÓRIO, 2010).

No Brasil, nasceu o rádio como instrumento de informação e comunicação educativo em 1923, tendo como pioneiro, entusiasta e principal promotor em território nacional o educador brasileiro Roquette-Pinto, que neste ano fundou a Rádio Sociedade do Rio de Janeiro (atual Rádio MEC) (Rádio MEC, 2006). Inicialmente, foi instalada em um centro destinado à produção e à transmissão dos conhecimentos científicos, tecnológicos e culturais, confirmando tal mídia como um recurso privilegiado no processo educativo. Dentre os propósitos iniciais, o rádio foi utilizado para educar e informar, transmitindo programas de educação popular, na perspectiva de formação e qualificação (OSÓRIO, 2010).

Muito desse sucesso no cotidiano social, que ocorre há mais de um século, deve-se principalmente ao fato de que o rádio atingiu todas as classes sociais, inclusive as classes populares, onde mais se disseminou (OSÓRIO, 2010). Por ter se tornado uma mídia democrática, o rádio pôde ser facilmente comparado a uma “caixa mágica”, pois

inclui a todos: o letrado e o analfabeto, o pobre e o rico, o jovem e o idoso, a mulher e a criança... Na programação, por mais segmentada que seja, a rádio inclui a música, a publicidade, os vários formatos de jornalismo, a educação, o esporte, a cultura, a prestação de serviços... A rádio inclui tudo, o local e o global. Tudo cabe no rádio! (PIOVESAN, 2004, p. 36).

O pesquisador brasileiro Meditsch (2001) enfatiza que o rádio é invisível, em plena era da imagem; oral, numa cultura em que se dá muito mais valor ao que está escrito; fugaz, numa civilização que privilegia a posteridade, seguindo em direção contrária ao sistema econômico e político, que se baseia no acúmulo.

Conforme Blois (2008), no Brasil o rádio já nasceu educativo e cultural, constituindo a primeira manifestação de como recursos das TIC poderiam ser utilizados nas práticas socioeducacionais. Tendo seu reconhecimento logo de imediato, a partir de então, com iniciativas públicas, privadas e sociais do terceiro setor, o rádio passou a ser um dos meios de comunicação e informação em massa mais popular e o de maior alcance de público (OSÓRIO, 2010).

Entretanto, o rádio analógico dependia de pontos de difusão com grandes antenas expansoras de sinais eletromagnéticos. As estações de rádios não conseguiam extrapolar geograficamente os territórios regionais. Além do mais, a transmissão via rádio analógico convencional representava pouco ou nenhum grau de interação e/ou dialogicidade, por ser um meio de comunicação de via única, sendo o ouvinte tão só um receptor.

Embora a transmissão via rádio seja uma tecnologia que remonte ao período correspondente ao início do século passado, ao se iniciar como uma mídia analógica, após o amadurecimento das tecnologias da informação e comunicação do final do século XX, ganhou novas versões na extensão *online*.

Ocorreu que, com o passar das décadas, pesquisas científicas experimentais aliadas à ousadia empreendedora de cientistas e simpatizantes da informática promoveram algumas revoluções no campo das TIC.

A microeletrônica lançou suas bases na figura do microchip, o que, conseqüentemente, acarretou a miniaturização dos dispositivos eletrônicos. Muitos meios de comunicação e canais de informação foram reinventados e/ou integrados a outros novos ou antigos dispositivos (Telemática).

O computador moderno deu um salto de rapidez nos processamentos, e a possibilidade de interação entre computadores criou grandes expectativas até o início da década de 1990, sendo a recém-chegada Internet (na sua versão 1.0) e seu potencial vastamente explorados nas décadas subsequentes.

Diferentemente da época da fundação do rádio e de seu limite de alcance, a Internet hipermídia conta com bem maior possibilidade de abrangência territorial, por intermédio de um constructo de redes de computadores interligadas que têm em comum protocolos e serviços. Isso propiciou uma ambiência informacional jamais prevista no cenário

comunicacional, onde receptores se tornaram interagentes (PRIMO, 2007), autores e produtores tornaram-se autores/produtores da/na internet (HINE, 2000), construindo e desconstruindo a informação, inventando e reinventando novos hábitos de comunicação. Seguindo esta tendência, em meados da década de 1990 ocorreu uma reinvenção da transmissão radiofônica. Surgiu a aplicação *online* do rádio.

A esta nova versão deu-se a nomenclatura de rádio. Esta, por sua vez, possui alcance praticamente global e está se popularizando devido às grandes potencialidades de interação. A rádio oferece condições para uma transmissão interativa acompanhada de imagens, textos, *links* e *chat online*. Assim, cada vez mais se acrescenta ao ato de ouvir, o ver, o pensar e o interagir, resultando numa via dialógica de comunicação.

Exemplos de rádios bem-sucedidas no cenário brasileiro com alcance internacional são a rádio Saúde, mantida pelo Ministério da Educação, Globo FM, Rádio Bandeirantes, Jovem Pan, Rádio Educativa FM e a própria Rádio MEC, entre outras.

A tecnologia rádio utiliza-se da tecnologia de transmissão a partir de programas *streaming* para enviar e receber pacotes de informações convertidos em faixas de áudio e reproduzidos em um *player* de áudio. Uma tecnologia que torna mais leve e rápida a transferência e execução de áudio e vídeo pela internet, com custos relativamente muito baixos e com alcance muito mais abrangente que a transmissão via rádio analógico. Mesmo numa era marcada por constantes inovações nas áreas da informação e comunicação, o advento das tecnologias modernas e o amadurecimento das antigas tecnologias não conseguiram tornar o rádio obsoleto (CONSANI, 2007).

Voltando ao Mundo de Oz, os sapatos de prata que Dorothy ganhou, na verdade eram mágicos e muito serviriam durante o percurso que estava a se iniciar. Os sapatos de Dorothy a identificavam, sobretudo, como alguém dotado de poderes; eram um sinal de poder, e quem o estivesse usando deveria ser reconhecido e respeitado como alguém importante. O rádio, na verdade é apenas um instrumento, tal qual o sapato. Pode tornar-se mágico, quando dotado de intencionalidade pedagógica ou de reabilitação psicossocial. Pode tornar-se uma ferramenta poderosa, porém é apenas um instrumento como qualquer outro que pode ser utilizado num processo de intervenção em saúde mental. O que se acrescenta a este instrumento é justamente o encantamento de possibilidades, ou seja, não existe uma receita do que se pode fazer com o rádio. Existe o encantamento, mas este encantamento é definido por seus interagentes, seus protagonistas. Neste projeto, o rádio, ou rádio, também é apenas um instrumento. A produção radiofônica é um produto da interação dos usuários com a rádio. E, em cada interação, um

produto diferente, resultados semelhantes: o resgate da autonomia e da posição de protagonista de indivíduos em sofrimento psíquico.

### **3.3 Experimentos e referências na integração do rádio ao processo de reabilitação social em saúde mental**

A menina lembrou-se então dos sapatinhos de prata. – Será que me servem, Totó? Para longas viagens, não deve existir nada melhor do que sapatos de bruxa: devem durar para sempre. Descalçou os sapatos de couro e calçou os de prata, que pareciam feitos sob encomenda. – Vamos, Totó. Vamos pedir ao Grande Oz que nos ensine o caminho de volta para Kansas (BAUM, 2012, p. 19).

Conforme apresentado, a transmissão via rádio tem um percurso razoavelmente curto na história da humanidade e figura em vários campos com vários objetivos, de acordo com o campo onde será inserida. Assume assim papéis importantes em várias áreas da atuação humana, conforme as necessidades existentes e o grau de interação que possa ter no preenchimento de determinadas lacunas de atuação.

Entretanto, a partir da última década, a transmissão radiofônica foi incorporada ao âmbito da saúde mental como parte do processo terapêutico, por intermédio de oficinas, na reinserção social de sujeitos com sofrimento psíquico. Como parte do processo da construção de um referencial sólido para esta dissertação, buscamos identificar estes projetos pioneiros no uso do rádio em saúde mental através de recentes publicações científicas.

Identificamos, no Brasil, espaços que promovem ações para habilitação social de pessoas em sofrimento psíquico, utilizando as TIC nas práticas terapêuticas expressivas de inclusão como mediadoras no processo de reinserção desses sujeitos no cotidiano da vida em sociedade. Alguns projetos destacam-se como precursores na proposta de fazer rádio em saúde mental, com notórias experiências na integração desta interface como recurso terapêutico no processo de habilitação social de sujeitos em sofrimento psíquico. Nelas, usuários e profissionais da saúde mental permitiram-se experienciar novas práticas e posturas como protagonistas e criadores de sua própria produção.

A proposta do uso do rádio em saúde mental, por esse ponto de vista, é recente e foi estruturada por meio de oficinas, como uma forma organizada de intervenção nos serviços substitutivos amparados pela legislação em saúde mental (FRANCISCO, 2007). É o caso da Portaria 189, de 19 de novembro de 1991, DOU de 11 de dezembro de 1991, que descreve os objetivos das oficinas terapêuticas como atividades de socialização, expressão e inserção social; Portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, que aponta a realização de oficinas

como uma forma organizada de intervenção nos serviços substitutivos (BRASIL, 2004a); além das diretrizes para o funcionamento do sistema CAPS onde está prevista (na alínea "c") a realização de atividades em oficinas terapêuticas como parte do atendimento aos usuários (BRASIL, 2004b).

Outro fator importante a ser mencionado, constante da legislação brasileira de saúde mental, acha-se mencionado na Lei 10.216, de 6 de abril de 2001, e dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. Mais especificamente no artigo 2º, apresenta os direitos fundamentais de pessoas em sofrimento psíquico, e especificamente no item VI, o livre acesso aos meios de comunicação disponíveis como um destes direitos assegurados.

O rádio é um meio de comunicação e já tem história como um importante parceiro no processo de intervenção em saúde mental nos primeiros CAPS, no movimento de desinstitucionalização no Brasil. A primeira experiência do uso do rádio no processo de habilitação psicossocial remonta ao ano de 1989, bem antes da lei 10.216/01, e ocorreu quando a administração pública municipal de Santos, São Paulo, decretou intervenção na Casa de Saúde Anchieta (STREPELL, 2010). Segundo relata Lancetti (1990, p. 141), a intervenção se justificou “após denúncia de mortes, superlotação (1,7 usuários por leito) e outras irregularidades”. Como resultado desta intervenção, a direção da Casa foi transferida a uma nova equipe, tendo como objetivo desarticulá-la como hospício, atribuindo-lhes atividades diferenciadas que priorizassem os usuários com um tratamento mais humano.

Dentre essas ações instaurou-se a proposta de criação de atividades de cunho artístico-cultural. Para gerir essas atividades foi contratado o educador em artes plásticas Renato Di Renzo. Desta feita, criou-se a Rádio Tam Tam para veiculação do projeto que era feito pelos próprios usuários. Despretensiosamente, a Rádio Tam Tam iniciou seus experimentos com transmissões a partir da própria Casa e tendo seus conteúdos veiculados pela Rádio Universal AM em 1990 (ASSOCIAÇÃO PROJETO TAM TAM, 2009). As atividades da Rádio Tam Tam duraram apenas sete anos (STREPELL, 2010). Posteriormente o Projeto Tam Tam foi convertido em ONG com iniciativas culturais e continuou ativo até hoje (ASSOCIAÇÃO PROJETO TAM TAM, 2009). Strepell (2010) discute acerca do fato de que o projeto da Rádio Tam Tam tinha como proposta a produção da arte “pela potencialidade do encontro de diferentes” (p. 24) e que um dos seus produtores, Di Renzo, foi contrário à analogia à inclusão da diferença, defendendo que

a diferença é inerente ao humano, dizendo: “o nosso trabalho passa de ‘rolo compressor’ sobre todos esses (pré) conceitos; o que queremos é o homem

vivo, desejante, feliz. Cada qual a seu tempo, a seu ritmo, construindo uma sociedade com qualidade de vida relacional e pulsante” (STREPELL, 2010, p. 24, apud DI RENZO, 2009).

Outra experiência pioneira no trabalho de rádio em saúde mental no Brasil diz respeito ao programa de rádio Maluco Beleza. Reconhecido desde 1993 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), no que se refere ao tratamento em saúde mental no Brasil, e pelo Ministério da Cultura como Ponto de Cultura desde o ano de 2008 (SERVIÇO DE SAÚDE DR. CÂNDIDO FERREIRA, 2010). Conforme relatam Roldão e Moreira (2007), sua história remonta ao ano de 1924, quando foi fundado o Hospício Dr. Candido Ferreira. No ano de 1990, houve uma reestruturação do serviço, seguindo as tendências do Movimento da Reforma Psiquiátrica, quando se procurou estabelecer uma cogestão filantrópica com a prefeitura municipal de Campinas/SP. As atividades radiofônicas se iniciaram no ano de 1995, quando da contratação de um jornalista para a realização de uma campanha institucional. Entretanto, a atividade radiofônica foi aos poucos se remodelando, sendo criada a Rádio 12, que passou a ser utilizada como instrumento mediador da habilitação psicossocial dos usuários do serviço e atua no caminho da desospitalização, da participação social dos usuários e do respeito ao direito à convivência dos diferentes. A produção, gravação, edição e veiculação do programa transmitido pela emissora pública municipal Rádio Educativa de Campinas FM aconteciam no dia 10 de cada mês, no horário das 10h, com uma hora de duração, sendo reprisado no mesmo dia, às 22h. A Rádio tem caráter jornalístico e possui em sua grade de programação diversos quadros nas mais variadas modalidades, com debates, entrevistas, músicas, enquetes, novos talentos, com temas sempre voltados às transversalidades e aos direitos de pessoas em sofrimento psíquico (ROLDÃO e MOREIRA, 2007).

Outras experiências que valem ser destacadas como referências são as atividades desenvolvidas no programa de rádio De Perto Ninguém é Normal, na cidade de Santa Maria, Rio Grande do Sul, e que tem entre seus objetivos a busca pela recuperação terapêutica e o estabelecimento das redes sociais (STREPELL, 2010). O programa é produzido exclusivamente por usuários do CAPS II Prado Veppo, que revezam entre si as atividades de produção, gravação, edição dos programas. É veiculado pela Rádio Universidade, da Universidade Federal de Santa Maria (MELO e MAGNAGO, 2008). O projeto teve início no ano de 1999, no seio do curso de Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), através do Serviço de Atenção Integral à Saúde Mental (SAISM), mas a partir do ano de 2002 sua gestão ficou a cargo da coordenação do CAPS II Prado Vepo (STREPELL, 2010). Sua programação é quinzenal e vai ao ar às segundas-feiras, com uma hora de duração, sendo

reprise na semana seguinte (MELLO e MAGNAGO, 2008). Sua grade de programação inclui diversos quadros nas mais variadas modalidades, com entrevistas, quadros musicais, humor, radionovela, poesia e variedades (PORTAL RÁDIO UNIVERSIDADE, 2010).

Outra experiência que merece destaque foi realizada no município de Santa Cruz do Sul, no Estado do Rio Grande do Sul. Em consonância com a Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), especificamente com o Departamento de Comunicação Social e o CAPS Santa Cruz do Sul, que realizaram oficinas de rádio em parceria com os usuários do CAPS, através do “Projeto de Extensão Rádio Universitária: uma experiência de programação” (MELLO, 2001). A programação está no ar desde o ano de 1999 e, conforme nos relata Mello (2001), sustenta-se na tríade democratização dos meios de comunicação, comunicação comunitária como possibilidade de socialização e luta contra a discriminação e a possibilidade terapêutica desse trabalho. Strepell (2010, p. 34) acrescenta que a proposta do programa Papo Cabeça situa-se nos “moldes que rompem com o modelo asilar de atenção à saúde mental, fornecendo uma espécie de treino de habilidades sociais, além da possibilidade de se ocupar novos papéis na comunidade”. O programa é produzido, gravado e transmitido semanalmente aos domingos, com duração de uma hora e meia, pela Rádio Gazeta, das 19h30 às 20h (UNISC, 2010). Sua grade de programação inclui diversos quadros, constituídos de entrevistas, culinária, mensagens e poemas, que são roteirizados pela equipe de estudantes de jornalismo e apresentados pelos usuários do CAPS (MELLO, 2001).

Ainda na região Sul do Brasil, na cidade de São Lourenço do Sul, Rio Grande do Sul, no CAPS I Nossa Casa, é produzido pelos usuários do CAPS, desde o ano de 2005, o programa de rádio Cuca Legal. O projeto tem por alvo a promoção da habilitação social por meio de novos espaços sociais, e sua grade de programação é transmitida semanalmente através da Rádio Comunitária Vida FM, contando com quadros informativos sobre saúde, música e cultura (HAMMES, 2008).

Por fim, apresenta-se a experiência do Coletivo de Rádio Potência Mental. O Coletivo teve seu início em 2006, inspirado na experiência realizada pela Rádio Nikosia, de Barcelona, através de um grupo de médicos da Residência em Saúde Mental Coletiva vinculado ao Ministério da Saúde, em Porto Alegre, Rio Grande do Sul (GORCZEWSKI, PALOMBINI e STREPPPEL, 2009). O projeto tem caráter interdisciplinar e acolhe tanto estudantes como profissionais da área da Comunicação, que atuam em diálogo com as comunidades locais sobre a saúde mental e as formas de encarar a vida e seus transbordamentos (CECCHIN, 2008).

Estas foram e/ou são rádios “precursoras” da experiência de fazer rádio em saúde

mental no Brasil, criando e potencializando espaços de intersecção entre a academia e a rede de atenção à saúde mental, priorizando o habilitar de pessoas em sofrimento psíquico ao ato criativo e protagonista que está envolvido na criação, edição e transmissão radiofônica. Estas experiências nos fizeram conhecer outras perspectivas de aplicabilidade do rádio na habilitação social de muitos usuários do CAPS, assim como outras maneiras de tornar os espaços de habilitação social mais atrativos e em congruência com o mundo exterior ao CAPS.

Ainda, estes relatos trouxeram a emergência de novos saberes e práticas interdisciplinares que atuam na reinvenção significativa e constante na produção de novos sentidos de convivência, que respeitem as diferenças e efetivem uma intersecção entre a realidade dos usuários no CAPS e a comunidade. Ações como estas podem configurar propostas de intervenção realmente significativas em saúde mental e comunicação, quebrando paradigmas de perspectivas históricas homogêneas. De igual modo, poderão fornecer “subsídios para a inclusão de tecnologias de informação e comunicação na formulação e implementação de políticas de saúde e comunicação, tendo como perspectiva um alargamento das potências de vida na cidade” (GORCZEVSKI, PALOMBINI e STREPPPEL, 2009, p. 6).

As expectativas decorrentes de experimentos com o rádio em processos de intervenção em saúde mental também giram em torno do princípio da intersetorialidade. Segundo este princípio, deve existir o “desenvolvimento de ações integradas entre os serviços de saúde e outros órgãos públicos, com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2003, p. 158).

O que representam estas “áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde?”. Na verdade, envolvem outros setores da sociedade. No caso da Rádio TAM TAM, os programas eram gerados a partir dos muros do CAPS, porém ganhavam outros espaços. A veiculação dos programas era feita desde uma rádio FM com boa audiência local, tendo a comunidade acesso aos programas desenvolvidos no processo. Outro fator importante foi a participação da academia, alicerçada em projetos acadêmicos de extensão. Universidade, comunidade e o serviço de saúde atuaram em conjunto neste projeto, firmando o princípio da intersetorialidade.

A Rádio Maluco Beleza também nasceu e se fortaleceu na corroboração deste princípio, unindo esforços governamentais da esfera municipal em conjunto com a rede de atenção à saúde e entusiastas da reforma psiquiátrica. Este projeto também teve destaque

devido às ações dos próprios usuários que se envolveram diretamente em sua manutenção, sendo eles um dos principais elementos responsáveis pela manutenção do projeto.

Ainda outra experiência, do programa de rádio De Perto Ninguém é Normal, evidencia o cumprimento deste princípio, ao ser produzido exclusivamente pelos usuários do serviço e por alguns estudantes de psicologia. Este projeto envolve os usuários na comunidade ao requerer reportagens, entrevistas e acontecimentos fora do âmbito do CAPS, fortalecendo as relações entre o serviço de atenção à saúde mental e a comunidade, além de aos poucos inserir estes usuários nas oficinas de criação.

Já o projeto de Extensão Rádio Universitária constitui uma experiência de programação baseada na tríade democratização dos meios de comunicação, comunicação comunitária como possibilidade de socialização e luta contra a discriminação e a possibilidade terapêutica desse trabalho. Importante ressaltar sua importância no processo de habilitação social dos usuários do CAPS, ao ser produzido como uma ruptura com o modelo asilar de atenção à saúde mental, fornecendo uma espécie de treino de habilidades sociais, bem como a possibilidade de se ocupar novos papéis na comunidade: a rede de saúde, a universidade e a comunidade trabalhando em conjunto para reforçar o princípio da intersetorialidade.

O programa de rádio Cuca Legal e o Coletivo de Rádio Potência Mental atuam a partir da interdisciplinaridade, inserindo vários campos do saber: a comunidade no serviço de atenção à saúde mental, o serviço na comunidade de um modo geral, tornando bidirecional a interação entre a rede e a comunidade.

Ambos os projetos fortalecem o pressuposto de que a produção radiofônica pode ser um interventor em saúde mental no processo de habilitação psicossocial. A partir do princípio da intersetorialidade, a rede de atenção à saúde mental, os usuários, a universidade e o governo podem trabalhar em conjunto, inserindo gradativa e naturalmente os usuários no processo de reinserção. Com base nesses pressupostos este projeto busca alicerçar em seu próprio percurso um processo de intervenção que utilize o rádio como meio na busca pela autonomia e protagonismo de indivíduos sedentos por uma posição de interagente no cenário contemporâneo.

## **4 TRAJETO METODOLÓGICO DA DISSERTAÇÃO: A ESTRADA DE TIJOLOS AMARELOS**

Trancou a porta da casa, guardou a chave e, com Totó todo importante ao seu lado, começou a caminhada. Não foi difícil achar a estrada de pedras amarelas, onde os sapatinhos de prata começaram a ressoar com alegria (BAUM, 2012, p. 19).

### **4.1 A Pesquisa-Intervenção em saúde mental**

Reparando nos sapatinhos de prata, Boq observou: – Você deve ser uma grande feiticeira. – Por quê? – indagou a menina. – Por dois motivos: usa sapatos de prata e matou a Bruxa Malvada (BAUM, 2012, p. 20).

O presente estudo consiste numa pesquisa com abordagem qualitativa, do tipo de pesquisa-intervenção. A metodologia de pesquisa-intervenção baseia-se na multiplicidade e no potencial dos encontros, na produção de acontecimentos, de invenção e de experimentação (PAULON, 2005), havendo inseparabilidade entre conhecer e agir, entre produzir conhecimento e produzir efeitos no social (BARROS e PASSOS, 2000). Ao mesmo tempo que busca investigar o cotidiano coletivo na dimensão qualitativa numa perspectiva socioanalítica (ROCHA, 2003), aprofunda a ruptura com enfoques tradicionais e amplia as bases teóricas e metodológicas da pesquisa (ROCHA, 2003).

O pesquisador que se utiliza do processo de pesquisa-intervenção não visa à mudança imediata da ação instituída. As mudanças são consequências da relação entre teoria e prática, sujeito e objeto, na concepção da produção. Por si, a pesquisa-intervenção favorece uma metodologia coletiva, a discussão e a produção coletiva (ROCHA, 2003).

Na pesquisa-intervenção, a relação pesquisador/objeto pesquisado é dinâmica e determinará os próprios caminhos da pesquisa, sendo uma produção do grupo envolvido. Pesquisa é, assim, ação, construção, transformação coletiva, análise das forças sócio-históricas e políticas que atuam nas situações e das próprias implicações, inclusive dos referenciais de análise. É um modo de intervenção, na medida em que recorta o cotidiano em suas tarefas, em sua funcionalidade, em sua pragmática – variáveis imprescindíveis à manutenção do campo de trabalho que se configura como eficiente e produtivo no paradigma do mundo moderno (AGUIAR e ROCHA, 1997, p. 97).

A pesquisa-intervenção traz como proposta, de acordo com Rocha (2006), criar dispositivos de análise da vida dos grupos na sua diversidade, produzindo a realidade na qual

cada um de nós e os diferentes grupos são um modo de expressão. Sua operacionalização nesta pesquisa ocorreu da seguinte maneira.

Partindo da proposta de utilizar a modalidade de pesquisa-intervenção em saúde mental, uma vez que esta favorece, conforme afirma Rocha (2003), uma metodologia coletiva, discursiva e de produção coletiva, e que pode favorecer processos de autonomia e protagonismos com usuários do serviço de atenção à saúde mental, sua utilização se justifica nesse projeto. Outras pesquisas que se utilizaram desta metodologia (FRANCISCO, 2004, 2007; BITTENCOURT, 2012) justificam sua aplicação em saúde mental, especificamente em oficinas para habilitação psicossocial.

Tais experiências caminham no sentido da articulação entre teoria/prática e sujeito/objeto, na medida em que o conhecimento e a ação sobre a realidade se fará na investigação das necessidades e interesses locais, na produção de formas organizativas e de uma atuação efetiva sobre essa realidade, podendo levar a transformações sociais e políticas, dando às populações excluídas uma presença ativa na História (ROCHA e AGUIAR, 1997, p. 65).

Assim, a pesquisa-intervenção inclui ação e participação e tem como proposta a participação coletiva na busca por alternativas para as situações vividas, envolvendo um processo de compreensão e transformação da realidade. Para desenvolver uma pesquisa na modalidade intervenção, torna-se necessária uma mudança na postura do pesquisador e dos pesquisados. Neste cenário, os atores atuam como coautores do processo de diagnóstico da situação-problema e da construção de vias que possam solucionar as questões. É um processo contínuo que acontece no curso da vida cotidiana, “transformando os sujeitos e demandando desdobramentos de práticas e relações entre os usuários” (ROCHA, 2003, p. 66).

Na prática, esta intervenção foi aplicada da seguinte forma: *a priori*, houve a inserção do pesquisador no contexto da pesquisa, buscando conhecer a realidade e fazendo apontamentos. Esta fase torna-se importante pelo fato de que, para intervir em determinado cenário, o pesquisador precisa identificar os fenômenos produzidos espontaneamente pela própria dinâmica institucional e social com finalidade investigativo-interventiva. Isto se deve ao fato de que ambientes como estes costumam ser constituídos de uma materialidade expressiva heterogênea, que podem manifestar aspectos conflitantes, reprimidos, inconscientes, ao mesmo tempo que contêm os elementos para dar início ao processo de esclarecimento do próprio pesquisador (SILVEIRA, REZENDE e MOURA, 2012). Neste momento ocorreram as interações preliminares tanto com a equipe de profissionais do CAPS como com os usuários e a estrutura disponível no estabelecimento.

Posteriormente, buscou-se materializar os apontamentos descritos no diário de campo, a fim de constituir os elementos técnicos que dariam suporte à intervenção. Nesta etapa do processo, inseriu-se o instrumento técnico da pesquisa, a rádio, na realidade dos usuários, apresentando suas funcionalidades e pensando e repensando possibilidades de construção, sempre colocando os usuários na posição de protagonistas. Era o momento de se aprender a técnica de funcionamento dos dispositivos, uma vez que a rádio seria um dos elementos mediadores da intervenção. Por que esta fase foi importante? Na verdade, foi de suma importância para a fase anterior, quando conhecemos a realidade coletiva e individual, institucional e social. Diante dessa realidade (estrutura e interesses dos usuários, principalmente), a rádio bem como as oficinas técnicas de aprendizagem para atuação com os aplicativos foram direcionadas individualmente a cada usuário, de acordo com os apontamentos do diário de campo.

Posteriormente, com base nos dados conjuntos das vivências nas etapas anteriores, houve o processo de planejamento para a produção dos conteúdos. Nesta etapa da intervenção, os pesquisadores ajudaram a dar direcionamento às ideias dos usuários, conforme elas iam surgindo. Atuou-se não como delimitador ou impositor de ideias, mas como mediador das ideias para que estas envolvessem a coletividade e viabilizassem o protagonismo e o exercício da autonomia de todos os usuários, cada um de acordo com sua proposta de ação. Cada usuário teve uma ação específica e uma predisposição diferenciada ao participar da intervenção. Em atenção a esses princípios, ocorreu o planejamento e a produção dos programas em áudio.

#### **4.2 Oficinas em saúde mental: espaço de autonomia e protagonismo**

Além disso, só as feiticeiras se vestem de branco. – Meu vestido é de xadrez azul e branco – disse ela, alisando as pregas formadas durante a viagem. – É uma gentileza de sua parte usar essa roupa – retrucou Boq. – O azul é a cor dos anões e o branco das bruxas. Assim, ficamos sabendo que você é uma bruxa amiga da nossa gente (BAUM, 2012, p. 20).

Esta dissertação teve como um dos objetivos primários contribuir, a partir da metodologia de intervenção, com oficinas de produção radiofônica, visando potencializar nos usuários o desenvolvimento da autonomia e do protagonismo.

As oficinas terapêuticas são desenvolvidas na rede substitutiva de atenção à saúde mental e também fazem parte deste processo de intervenção. Embora o termo seja geralmente associado a outras áreas (oficina mecânica, por exemplo), evocando o conceito de conserto,

no serviço de atenção à saúde mental tal terminologia tem sido empregada para designar atividades desenvolvidas nos espaços substitutivos do CAPS, indo além de uma mera especificação técnica.

A proposta de se constituir oficina em saúde mental está ancorada na legislação específica. A legislação em saúde mental (Portaria/GM 336, de 19 de fevereiro de 2002) aponta a oficina como uma forma de intervenção nos serviços substitutivos. Nas diretrizes para o funcionamento são estabelecidas atividades, dentre elas (na alínea "c"), “atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio”. E, já em 1991, a Portaria 189, de 19/11/1991, DOU de 11/12/1991, define os objetivos das oficinas terapêuticas como atividades de socialização, expressão e inserção social.

Historicamente, o processo de habilitação psicossocial de sujeitos em sofrimento psíquico faz uso do trabalho e da atividade em oficinas como uma das estratégias centrais. Francisco (2007) afirma que a utilização de oficinas em saúde mental nos serviços substitutivos possibilita atividades e produções como vias de reconhecimento das potencialidades dos participantes de protagonizarem perante sua família, a equipe de saúde mental e outros sujeitos sociais.

Delgado, Leal e Venâncio (1997, p. 534-538) encaram a oficina sob três perspectivas de intervenção em saúde mental:

**TABELA 1 – OFICINAS TERAPÊUTICAS E SUAS RESPECTIVAS TIPOLOGIAS**

Espaço de Criação:	Oficina que possui como principal característica a utilização da criação artística, como atividade e espaço, a fim de propiciar a experimentação constante.
Espaço de Atividades Manuais:	Oficina que desenvolve em seu espaço atividades manuais que demandam um determinado grau de habilidade, e onde se constroem produtos úteis à sociedade, utilizados como objeto de troca material.
Espaço de Promoção de Interação:	Oficina que tem como objetivo a promoção de convivência entre os clientes, técnicos, familiares e sociedade.

**Fonte:** Adaptado de Delgado, Leal e Venâncio (1997).

Lappann-Botti (2004) acrescenta que os fatores de unificação das experiências intituladas “oficinas” não se referem aos tipos de atividades desenvolvidas nesses espaços, mas à noção que se tem desse espaço como um elemento “facilitador da comunicação e das

relações interpessoais, favorecendo deste modo a interação, a integração e a reinserção social” (p. 51). Assim, de forma geral, conforme apresentado no documento “Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial” do Ministério da Saúde, essas oficinas terapêuticas podem assumir quatro formas.

1 – Oficinas expressivas: espaços de expressão plástica (pintura, argila, desenho etc.), expressão corporal (dança, ginástica e técnicas teatrais), expressão verbal (poesia, contos, leitura e redação de textos, de peças teatrais e de letras de música), expressão musical (atividades musicais), fotografia, teatro.

2 – Oficinas geradoras de renda: servem como instrumento de geração de renda através do aprendizado de uma atividade específica, que pode ser igual ou diferente da profissão do usuário.

3 – As oficinas geradoras de renda podem ser de: culinária, marcenaria, costura, fotocópias, venda de livros, fabricação de velas, artesanato em geral, cerâmica, bijuterias, brechó etc.

4 – Oficinas de alfabetização: esse tipo de oficina contribui para que os usuários que não tiveram acesso ou que não puderam permanecer na escola possam exercitar a escrita e a leitura, como um recurso importante na (re)construção da cidadania. (BRASIL, 2004a, p. 20-21).

Conforme apresentado em capítulos anteriores desta dissertação, a atual proposta do sistema em rede de atenção à saúde mental no Brasil busca desinstitucionalizar e incluir pessoas em sofrimento psíquico nos diferentes espaços da sociedade. Intenta-se potencializar a rede para ofertar processos facilitadores aos usuários com determinadas limitações, atuando na restauração dos exercícios de suas funções sociais – autonomia. Para tanto, enfatizam-se as habilidades do indivíduo, “mediante uma abordagem compreensiva e um suporte vocacional, residencial, social, recreacional, educacional, ajustados às demandas singulares de cada indivíduo e cada situação de modo personalizado” (PITTA, 1996, p. 20).

A fim de contemplar esses aspectos, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a, p. 51-55) propôs as oficinas terapêuticas como “atividades grupais de socialização, expressão e inserção social”. Estas oficinas podem apresentar inúmeras variações na prática ou no contexto em que são operacionalizadas.

Este projeto corrobora os conceitos de oficinas acima apresentados, entretanto não traça todos os caminhos detalhados pelos mesmos autores. Trabalhamos no enfoque das oficinas como Espaço de Criação e Promoção de Interação, utilizando a criação artística, pois esta propicia a experimentação constante e a convivência social dentro do coletivo entre os usuários, pesquisadores e técnicos, e fora do coletivo, entre os familiares e a sociedade (DELGADO, LEAL e VENÂNCIO, 1997).

Como foram idealizadas essas oficinas? Primeiramente, este projeto propôs realizar oficinas de rádio, desde a sua montagem, incluindo a apropriação dos elementos técnicos, até a produção e divulgação radiofônica.

O estudo foi desenvolvido nas dependências do CAPS Dr. Rostan Silvestre<sup>20</sup>, localizado na Rua José Maia Gomes, s/n – Jatiúca, no município de Maceió – AL, e as oficinas ocorreram no período compreendido entre o segundo semestre de 2011 e o primeiro semestre de 2012. As oficinas aconteceram com frequência semanal, às quintas-feiras, das 13h30 às 16h, e contaram com a participação de bolsistas graduandos em Psicologia e Pedagogia, além da assistente social do CAPS e do proponente desta pesquisa.

Os grupos fomentaram os momentos práticos de produção por meio da gravação e edição dos conteúdos, sempre no sentido da interação com o computador. Foram coordenados pelo pesquisador deste estudo, permitindo-se que os usuários e a equipe interagissem entre si e com os dispositivos digitais. A proposta consistia em que esses conteúdos fossem transmitidos de maneira síncrona e/ou postados para ser acessados de maneira assíncrona pela rádio do projeto instalada no *blog* do projeto (<http://www.criandolacos.blogspot.com>).

As oficinas terapêuticas informatizadas se constituíram em momentos de interação com o computador e de criação dos programas em áudio. Os recursos foram pré-definidos e selecionados pelo pesquisador. Recursos como *notebook* com sistema operacional *Windows 7*, microfone, fone de ouvido, *software Audacity* estavam sempre à disposição dos usuários nas oficinas. Realizamos um total de 12 encontros, com oficinas de técnicas básicas de produção e transmissão em rádio.

Retornando aos objetivos primários desta dissertação, a saber, atuar a partir da metodologia de intervenção com oficinas de produção radiofônica, as expectativas nestas oficinas eram de que se pudesse potencializar nos usuários envolvidos na oficina o desenvolvimento da **autonomia** e do **protagonismo**.

---

<sup>20</sup> Inaugurado em setembro de 2006, teve as suas atividades iniciadas no dia 4 de outubro desse mesmo ano. Está classificado como CAPS II, funcionando de segunda a sexta-feira no horário das 8h às 17h e assiste usuários a partir de 18 anos, tendo 977 cadastrados, de acordo com informações coletadas em 12 janeiro de 2012. Faz parte do 1º Distrito, mas atende também ao 2º Distrito porque este não tem CAPS. Bairros atendidos: 1º Distrito (Cruz das Almas, Garça Torta, Guaxuma, Ipioca, Jacarecica, Jatiúca, Pajuçara, Pescaria, Poço, Santo Eduardo, Ponta da Terra, Ponta Verde, Reginaldo, Riacho Doce, Saúde); 2º Distrito (Centro, Jaraguá, Ponta Grossa, Pontal da Barra, Prado, Trapiche, Vergel, Virgem dos Pobres, Joaquim Leão, Vila Brejal, entre outros). Possui 41 funcionários com as seguintes funções e quantidades: Psiquiatras (3), Psicólogos (5), Enfermeiros (2), Técnicos de Enfermagem (3), Assistentes Sociais (3), Pedagogo (1), Terapeutas Ocupacionais (2), Farmacêutico (1), Fonoaudiólogo (1), Educadores Físicos (2), Fisioterapeuta (1), Cuidador (1), Assistentes Administrativos (7), Vigilantes (4), Motorista (1), Cozinheira (1), Auxiliares de Serviços Gerais (2), Coordenador Administrativo (1) e Diretor Médico (1), que é um dos psiquiatras. São várias as atividades realizadas diariamente para os usuários, entre as quais as oficinas terapêuticas de acordo com os objetivos de cada profissional com relação ao projeto terapêutico dos usuários cadastrados (BITTENCOURT, 2012).

Neste projeto a busca pela autonomia e da postura protagonista do sujeito requer a inserção social deste sujeito. Muito embora ele jamais tenha saído deste âmbito, ele faz parte do social, mas o que se apresenta é a falta de autonomia para gozar dos processos que se referem a atuar enquanto protagonista de si mesmo. Isso compreende desde o exercício de sua cidadania até o desenvolvimento da capacidade de decidir por si só, de realizar atividades simples ou de desenvolver aptidões técnicas a fim de inserir-se no mercado de trabalho.

Por que isso é importante? Essa necessidade muitas vezes é decorrente do fato de que, com o passar do tempo, o sujeito em sofrimento psíquico concebe para si o sentimento de inutilidade, muitas vezes corroborado pela sociedade, o que causa efeitos severos na sua autoestima e aceitação pessoal (JORGE et al., 2006). E o retraimento da vida social, tem sido ressaltado como um dos fatores mais graves para o sujeito em sofrimento psíquico, o que naturalmente lhe causará estigma e exclusão social (FONTES, 2010).

Estes usuários perderam a autonomia e a confiança para executar algumas atividades simples do dia a dia. Educação, trabalho secular, atividades do lar, diversão, muitas dessas atividades estão aquém da autonomia e protagonismo de sujeitos em sofrimento psíquico. Atuar nesta habilitação significa contribuir na potencialização de oportunidades para que o usuário possa se encontrar na produção de novas subjetividades. Esta habilitação pressupõe um processo que envolve “psicoterapias – as oficinas – grupais e individuais, mediação, aprendizagens de novas formas de convivência e reaprender a cuidar de si mesmo” (OLIVEIRA e FORTUNATO, 2007, p. 159), indo além ao trabalhar com o sujeito sua habilidade para interagir socialmente nas diversas redes sociais, resgatando sua autonomia.

A oficina, a partir da produção radiofônica, tem como premissa despertar a capacidade criativa dos usuários, criando espaços de interação entre si, espaços de socialização de suas produções com a família, profissionais do CAPS, academia e demais componentes da sociedade. Espaços onde a criatividade, a autonomia para criar e a oportunidade de protagonizar suas respectivas produções são prioridade. Essas habilidades, uma vez desenvolvidas nestes espaços, poderão ser continuadas no âmbito familiar e no social de uma maneira geral.

Assim, não são as produções em áudio o produto final, mas o desenvolvimento das capacidades cognitivas, de sociabilidade, de autonomia e de se fazer protagonista de sua própria existência.

### 4.3 Procedimentos éticos e os sujeitos da pesquisa

Quando Dorothy ficou órfã e foi morar em sua companhia, Tia Em levava sustos incríveis com o riso alegre da menina e olhava espantada para Dorothy, sem entender como a sobrinha podia ser alegre num lugar tão triste. Totó, um cãozinho preto, de pelo comprido e sedoso, olhos escuros e miúdos que piscavam alegremente, com o qual passava o tempo brincando (...) Junto duma árvore enorme, com um machado erguido nas mãos, um homem inteiramente feito de lata, com a cabeça, os braços e as pernas bem ajustados ao corpo, permanecia imóvel, como se estivesse encantado (...).Um terrível rugido veio do interior da floresta e um imenso leão saltou na estrada (BAUM, 2012, p. 8-36).

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas (UFAL) sob Protocolo de número 010113/2011-25, na data de 12 de maio de 2011, tendo sido aprovada e liberada para realização em 18 de novembro de 2011, com validade até novembro de 2012. Foram respeitados os procedimentos éticos estabelecidos na Resolução 196/96. Foi apresentado o Termo de Ciência e Autorização da Instituição aos representantes legais do CAPS e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aos participantes (Apêndice A).

Os sujeitos da pesquisa foram quatro usuários escolhidos pela equipe do CAPS conforme Plano Terapêutico Individual. Os usuários são sujeitos de maioridade civil, de ambos os sexos, alfabetizados, sem restrições quanto ao diagnóstico, tendo sido uma opção da equipe do CAPS indicar apenas usuários intensivos. A pesquisa foi realizada mediante o contato direto com quatro usuários, sendo dois do sexo feminino e dois do sexo masculino, com idades entre 21 e 34 anos, contando com um assistente social membro da equipe do CAPS.

Aos usuários participantes foram apresentadas informações sobre a pesquisa (objetivos, riscos, benefícios e procedimentos aos quais serão submetidos). Confirmado o desejo de participar voluntariamente da pesquisa, foi entregue, lido e explicado o TCLE, para que pudesse ser compreendido pelo usuário e seu representante legal. Só então, com a assinatura do termo é que se formalizou a participação do sujeito na pesquisa, havendo a possibilidade da desistência do usuário, caso este não mais demonstrasse o desejo de participar do projeto. Nesta pesquisa a confidencialidade dos sujeitos participantes foi mantida, de forma a não ocorrer em nenhum momento a possibilidade de correlação entre os dados e os respectivos sujeitos da pesquisa.

#### 4.4 Coleta, produção e procedimentos para análise dos dados

– Sou a Dorothy, e este é o Totó. Vamos para a Cidade das Esmeraldas, pedir ao Grande Oz que nos ensine o caminho de volta para Kansas. – Onde fica a Cidade das Esmeraldas? E quem é esse Oz? – Ué! Vai me dizer que não sabe? – Não; para falar a verdade, não sei nada. Como você está vendo, sou cheio de palha; não sei raciocinar, por falta de cérebro. – O boneco abaixou a cabeça e pareceu ficar triste (...). – Gemi – respondeu o Homem de Lata. – Há mais de um ano estou gemendo, sem que ninguém me socorra. Ninguém pode amar sem coração. – Será que Oz pode me dar um coração? (...). – Por que você é tão covarde? – perguntou Dorothy, encarando a fera. – É um mistério – replicou o Leão. – Devo ter nascido assim. Todos os outros animais esperam que eu seja corajoso, pois o leão é considerado o Rei dos Animais (BAUM, 2012, p. 14-38).

O processo de coleta de dados torna-se de imperativa importância na pesquisa qualitativa, pois o próprio método da pesquisa qualitativa requer analisar, interpretar, refletir e explorar os dados e o que eles podem propiciar. Desse modo é possível criar um profundo e rico entendimento do contexto pesquisado e cumprir o objetivo da pesquisa (OLIVEIRA, 2010).

Para fins de coleta de dados foram utilizados a observação participante, entrevistas semiestruturadas e diários de campo.

A observação é o instrumento que mais fornece detalhes ao pesquisador, por basear-se na descrição e, para tanto, utilizar-se de todos os cinco sentidos humanos (OLIVEIRA, 2012).

Em pesquisa qualitativa, o pesquisador faz parte da pesquisa, e é o primeiro instrumento da pesquisa. Quando o pesquisador entra em campo para pesquisar ele traz consigo toda uma bagagem intelectual e experiência e tem como vantagem, possibilitar essa aproximação do investigador com o objeto investigado (OLIVEIRA, 2012, p. 22-23).

Assim, a participação do pesquisador, também na posição de observador, em todo o processo nas oficinas no primeiro semestre de 2012 possibilitou a observação dos usuários em seus próprios tempos e acontecimentos durante a realização das oficinas.

As entrevistas semiestruturadas correspondem à utilização de tópicos ou ideias, ao invés de questões fechadas, e permitem respostas subjetivas. Nesta modalidade, o entrevistador segue um guia de questões previamente elaboradas, mas deve estar preparado caso a entrevista mude de caminho. Ademais, não são simples reflexos das crenças ou conhecimentos interiores, mas construções que dependem da identificação de categorias e processo de explicação (OLIVEIRA, 2010).

As entrevistas foram direcionadas aos profissionais do CAPS, os técnicos de referências dos usuários participantes da pesquisa. Assim, durante o término do primeiro semestre de 2012 foram realizadas as entrevistas semiestruturadas na modalidade presencial nas instalações do CAPS. As entrevistas foram feitas com quatro profissionais do CAPS (terapeuta ocupacional, psicóloga, fonoaudióloga e pedagoga) que atuam como técnicas de referência dos usuários em questão. Os apontamentos dessas entrevistas, apresentados nesta dissertação, possibilitaram uma visão aprofundada da situação de cada usuário e do contexto social em que estavam inseridos.

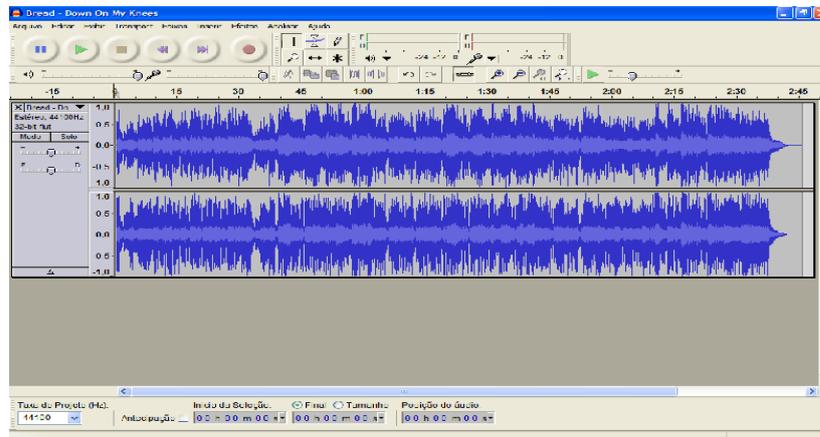
Por que entrevistar os técnicos de referência? Estes profissionais foram de suma importância por contribuírem com seu olhar clínico e experiencial e porque acompanham os usuários desde sua acolhida no CAPS. O perfil de cada usuário, que mais tarde será apresentado nesta dissertação, foi fruto de observação participante e das entrevistas com os técnicos de referência.

#### **4.5 A construção da rádio Criando Laços**

Fazia menos de meia hora que caminhavam, quando encontraram um abismo que cortava a estrada ao meio, separando a floresta em duas partes e tinha no fundo uma porção de rochas pontudas. O despenhadeiro era tão íngreme que não permitia a descida a ninguém e todos acharam por instantes que a viagem tinha chegado ao fim. – Acho que serei capaz de saltar – disse o Leão Covarde, depois de calcular mentalmente a distância. – Então está tudo resolvido – afirmou o Espantalho – pois poderá levar-nos na garupa, um de cada vez (BAUM, 2012, p. 42).

Para a produção da rádio foram utilizados três *softwares* básicos de edição, reprodução e transmissão de conteúdos em áudio: *Audacity*, *Zararádio* e *Edcast*. *Audacity* (Figura 5) é um *software* livre desenvolvido por uma comunidade de entusiastas da informática e comunicação. É reconhecido como um dos melhores editores de áudio, com capacidade de gravar, reproduzir e importar/exportar sons nos formatos WAV, AIFF, MP3 e OGG, mixar faixas e aplicar efeitos na gravação. Pode ser baixado pelo site oficial (<http://audacity.sourceforge.net>) sem custos e é fácil de utilizar por ser dedutivo e traduzido para o idioma português brasileiro.

**FIGURA 4 - INTERFACE DO SOFTWARE AUDACITY.**

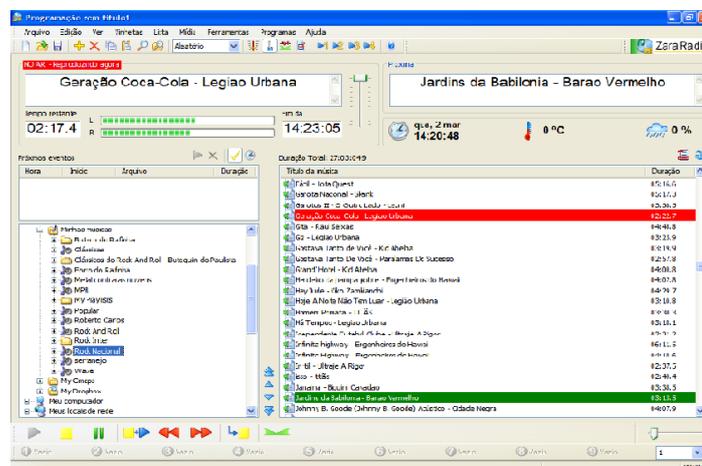


Fonte: O autor/PrintScreen

Sua aplicação no projeto se deu exatamente pela facilidade de uso e por apresentar várias possibilidades, promovendo seu usuário a protagonista que pode criar e recriar, editar e reeditar conteúdos em áudio. Seu papel no projeto foi fundamental. Precisava-se de um instrumento que pudesse captar o áudio com a possibilidade de edição para gravação dos programas. Os usuários, por sua vez, não sentiram dificuldade na utilização e se adequaram muito bem a sua interface simples e objetiva.

O ZaraRadio (<http://www.zarabrazil.com.br>) é um *software* livre para automação de emissões de conteúdos em áudio. É uma ferramenta rápida, estável, potente e de fácil manuseio.

**FIGURA 5 - INTERFACE DO SOFTWARE ZARARADIO**

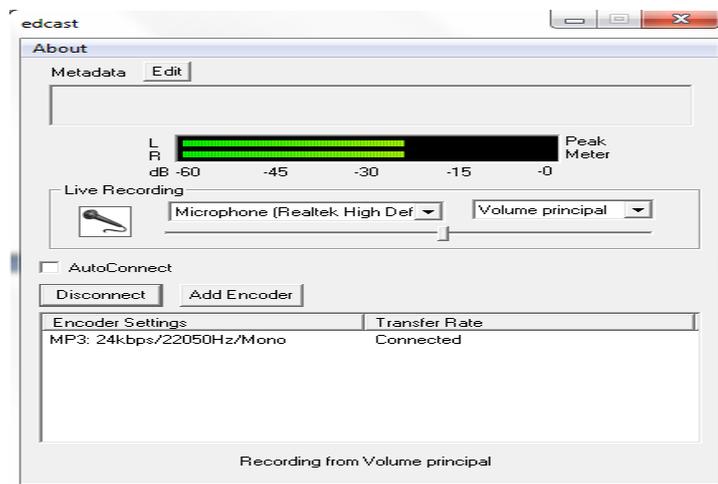


Fonte: Os autores/PrintScreen

Em termos simples possibilita que arquivos de áudio sejam reproduzidos com uma boa qualidade de transmissão. Além disso, oferece recursos próprios para programas de rádio, bem como para se elaborar uma programação de áudio para reprodução automática. Sua utilidade no projeto se deveu à facilidade da operacionalização do *software* e ao fato de que, uma vez automatizado, proporciona a execução de outras tarefas enquanto permanece ativo.

O *Edcast* é *plugin* livre e de código aberto, que funciona como decodificador de áudio ([http://www.dissonante.org/site/downloads/edcast\\_standalone\\_elame.zip](http://www.dissonante.org/site/downloads/edcast_standalone_elame.zip)). Seu uso se dá com o propósito da transmissão de conteúdos nos formatos em áudio produzidos na rádio para um servidor que, por sua vez, redireciona os conteúdos aos ouvintes conectados à rádio.

**FIGURA 6 - INTERFACE DO SOFTWARE EDCAST**



**Fonte:** Os autores/*PrintScreen*

Este foi o *plugin* utilizado pelo servidor obtido para a transmissão. Para que a rádio funcione é necessário que ela esteja instalada e ativa no computador em que a transmissão será realizada.

Por fim, era necessário mais um servidor. Depois de uma longa procura e, por indicação da Profa. MSc. Mary Scofield, encontrou-se um servidor gratuito disponibilizado pela Universidade de Brasília, no projeto Dissonante (<http://dissonante.org>).

**FIGURA 7 - PÁGINA DO SERVIDOR DA RÁDIO (PROJETO DISSONANTE)**



Fonte: <http://dissonante.org> /Print Screen

Este projeto disponibiliza gratuitamente, por meio de dois servidores, rádio para qualquer pessoa interessada que tenha desejo de fazer rádio educativa, cultural e comunitária sem fins lucrativos. Além disso, dá todo o suporte para montagem e manutenção da rádio.

Os servidores em questão fazem parte do Projeto Dissonante, fruto de ações do Programa de Extensão Comunicação Comunitária – FAC/UnB, classificado institucionalmente como uma iniciativa de extensão. Seu dia a dia é gerido por um coletivo que, de forma colaborativa e voluntária, atua para que ele não pare.

Estava construída a rádio e o servidor já se achava ativo. Mas, por qual canal divulgar a rádio e as produções do projeto? Já que este é um projeto que envolve a e utiliza *softwares*, aplicativos e *plugins* grátis, em reunião decidiu-se optar pelo uso do *blog* (<http://criandolacosufal.blogspot.com.br>).

**FIGURA 8 - LAYOUT DO BLOG OFICIAL DO PROJETO CRIANDO LAÇOS**



Fonte: <http://criandolacosufal.blogspot.com/> Print Screen

A interface para o *blog* utilizado foi a *blogger*, uma ferramenta para edição, gerenciamento e hospedagem de *blogs* pertencente ao *Google*. Uma interface fácil de manusear e simples, com diversas ferramentas que suportam imagem, vídeo, áudio etc.

A página foi desenvolvida para ser o portal do projeto, em que as produções feitas pelos usuários a partir das oficinas e os resultados das ações do projeto estejam disponíveis. Foi a primeira rádio alagoana com programação radiofônica produzida pelos próprios usuários do CAPS.

A produção do *blog* se deu em conjunto com toda a equipe. Uns se encarregaram da criação, outras da edição, e todos pensaram nas postagens e no projeto gráfico. Quanto à questão estética, os usuários escolheram a imagem de um quebra-cabeça com cores diferentes, mas que se integram para formar um todo. O *site* ganhou o nome do projeto Criando Laços, e a ideia do quebra-cabeça unido e com cores diferentes cumpriu a função de demonstrar as ligações entre os diferentes. O *layout* com o nome do *blog* ficou na fonte que parece com uma série de cordas entrelaçadas e que, juntas, formam o nome **Criando Laços**. A ideia da corda entrelaçada complementa o sentido de laços, protagonizado pelos usuários.

Assim, com todos esses itens para a montagem da rádio, além do servidor do Projeto Dissonante, do *streaming Edcast*, do editor de áudio *Audacity* e do *player* para *Zararádio*, utilizou-se um computador ligado à internet. O CAPS já possuía internet a cabo em uma pequena sala da secretaria. A colaboradora extensionista do projeto, Aline Paz, doou um *HUB*, isto é, um dispositivo que tem a função de receber banda de internet e distribuir para os computadores a médio alcance, interligando-os em uma rede local sem o uso de cabeamento em rede. Foi utilizado um computador com sistema operacional *Windows 7*, um fone de ouvido com microfone integrado e um grande acervo compartilhado por todos os membros do grupo. Como estilos musicais, o Rock (nacional e internacional), MPB, Sertanejo, POP e Brega, no formato mp3, por ser um arquivo de menor porte e ocupar menos espaço no computador.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO: CHEGADA À TERRA DE OZ

Apanhou dum gancho na parede outra chave de ouro, abriu outro portão, e nossos amigos entraram afinal na Cidade das Esmeraldas. As casas eram de mármore verde, tinham vidros verdes nas janelas e estavam enfeitadas de cintilantes esmeraldas. O calçamento era do mesmo mármore verde e fios de esmeralda. O próprio céu tingia-se duma tonalidade esverdeada, e verdes eram ainda os raios do Sol (BAUM, 2012, p. 64-65).

### 5.1 Enfim, as oficinas e suas respectivas produções: de frente com o grande mágico

Sou Oz, o Grande! – Que deseja de mim? – Que me mande de volta para Kansas, onde vivem minha tia e meu tio. – (...). Sou um pobre Espantalho recheado de palha. Quer dizer: não tenho cérebro, não sei pensar. Desejo pedir-lhe um pouco de inteligência; quero ser uma pessoa igual a todos os seus súditos. (...) – Sou um lenhador feito de lata. Por isso, não disponho de coração e não posso amar. Suplico ao Poderoso Oz que me conceda um coração e me torne igual aos outros homens. – (...). Sou um triste Leão Covarde, receoso de tudo. Venho pedir-lhe a graça de conceder-me a coragem necessária para me tornar o Rei dos Animais (BAUM, 2012, p. 70-72).

As oficinas ocorreram dentro do projeto de extensão chamado Criando Laços Via Recursos Informatizados no CAPS Dr. Rostan Silvestre. Este projeto maior teve dois eixos: um que tratou da produção em *blog* e este que atua com rádio. Ambos foram realizados em conjunto, em dias alternados, mas em consonância com a proposta de um objetivo único: gerar no CAPS um espaço para o amadurecimento do processo de protagonismo e autonomia dos usuários, tendo como meio as oficinas com dispositivos das TIC.

O eixo que tratava sobre a produção em *blog* teve como finalidade apresentar as potencialidades e reflexões no uso da tecnologia *blog* como instrumento para intervenção, aprendizagem e habilitação psicossocial para pessoas em sofrimento psíquico (BITTENCOURT, 2012).

O estudo foi realizado paralelamente ao projeto aqui apresentado, e seus resultados apontaram o *blog* como uma dessas ferramentas que podem contribuir para a promoção da saúde mental e constituir-se em um importante recurso de atenção ao sofrimento psíquico, onde o sujeito pode desenvolver, divulgar e compartilhar suas potencialidades (BITTENCOURT, 2012).

Para a efetivação da intervenção foi realizada uma reunião com a equipe multiprofissional do CAPS. No nosso entendimento, a experiência deveria ser compartilhada e vivenciada pelos profissionais do CAPS com a finalidade dar continuidade às atividades,

bem como visando avaliar a importância dessas atividades no processo de reinserção social desses sujeitos. As entrevistas feitas posteriormente com estes profissionais apontaram as contribuições e os entraves resultantes das oficinas. Retornando ao momento da reunião, o objetivo foi apresentar a proposta de intervenção aos profissionais atuantes naquele espaço e à equipe do CAPS, que se mostrou favorável a aceitar a proposta de intervenção.

Foi solicitada a imersão de um profissional da equipe do CAPS nas oficinas para que acompanhasse de perto as atividades e desse continuidade às ações posteriormente, articulando aquelas oficinas com outras ações dentro da instituição. Foi designada uma assistente social para colaborar no funcionamento do projeto e trabalhar para uma maior aproximação entre a equipe CAPS e a universidade.

A presença de um profissional do CAPS nas oficinas baseava-se no princípio de que “não há produção de saúde psíquica no contexto coletivo, sob o vértice da atenção, sem a intermediação da instituição como dispositivo” (COSTA-ROSA, 2012, p. 116). Disponibilizar apenas o espaço físico ou as condições estruturais não é o suficiente para efetivar ações criativas e colaborativas entre a rede e a sociedade acadêmica e civil. Portanto, a participação da profissional do CAPS nas oficinas possibilitou sua inserção nas práticas para que, posteriormente, as atividades pudessem ter sequência.

Também foi disponibilizada uma sala reservada nas dependências do CAPS onde as oficinas deveriam ser realizadas. Posteriormente, foi feita uma visita técnica para verificar as condições da sala e a acústica, de modo a não prejudicar as gravações das produções dos usuários. Verificou-se também se havia saída de energia suficiente para manter pelo menos cinco *notebooks* e um projetor multimídia. Outra especificidade verificada foi com relação às condições climáticas: se a sala tinha saída e entrada de ar, a fim de evitar que quando os equipamentos estivessem ligados, não superaquecessem a sala, causando incômodo aos usuários.

Depois de efetuadas as atividades técnicas e administrativas para o bom funcionamento das oficinas, foi realizada a reunião com os usuários sugeridos pelo CAPS.

**FIGURA 9 - OFICINA COM USUÁRIOS NO CAPS**

**Fonte:** Arquivos da pesquisa

Os quatro participantes foram indicados pela equipe multiprofissional do CAPS, tendo em vista o Plano Terapêutico Individual de cada usuário e a quantidade de computadores disponíveis para a gravação e edição; no total havia cinco aparelhos. As oficinas foram realizadas às quintas-feiras, entre 13h30 e 17h, com frequência semanal. Ao todo, foram realizadas 12 oficinas informatizadas, entre março e junho de 2012.

O primeiro contato teve por objetivo conhecer o grupo e suas respectivas realidades. Isto ocorreu em rodas de conversa, e todos foram incentivados a narrar suas histórias de vida e o que os trazia ao CAPS e àquelas oficinas. Os próprios usuários indicaram de que forma poderiam contribuir com as oficinas.

Foram verificadas as habilidades, objetivos, gostos e aptidões que pudessem auxiliar no andamento das atividades. Todos demonstravam grande ansiedade para iniciar os trabalhos, pois um ambiente informatizado era novidade para eles naquele espaço.

Nesse primeiro momento um usuário, de nome Adele<sup>21</sup>, afirmou que utilizava computador no seu dia a dia. Ele usava um computador exclusivo e passava boa parte do dia em redes sociais, ouvindo e baixando músicas. Outra usuária, de nome Maria, disse que em sua residência havia um computador, mas a família lhe negava acesso por temer que ele fosse danificado. Uma terceira usuária, de nome Sofia, revelou não possuir computador em casa e que, às vezes, usava a *lan house* como ponto de acesso. Um quarto usuário, de nome Hades, não possuía computador em casa, e também costumava utilizar-se de uma *lan house*. Acrescentou que ao informar a um parente sobre o início das oficinas, este se prontificou a lhe presentear com um *notebook*.

Todos possuíam algo em comum: o desejo de interagir com o computador e descobrir as possibilidades de uso deste recurso na produção da rádio. Ressalta-se que os usuários encaminhados a esta oficina estão na faixa etária de 21 a 34 anos, e naturalmente desejam imergir no universo das TIC. Buscou-se identificar os gostos e as aptidões iniciais dos usuários, e logo foi definida a contribuição que cada um poderia dar ao processo de funcionamento da rádio.

#### QUADRO 4 – PERFIL DA USUÁRIA MARIA

Maria, 35 anos, recebeu acolhida no CAPS em junho de 2009 e atualmente é usuária semi-intensiva da rede de cuidados em saúde mental. Tem formação incompleta e já atuou profissionalmente lecionando em educação inclusiva antes da acolhida no CAPS.

Nas oficinas e nos grupos de discussão, Maria demonstrava mais habilidade em gerenciar as atividades. Não gostava de expor sua imagem ou voz, mas era habilidosa na arte de organizar, planejar, dirigir e controlar as produções. Por demonstrar essas habilidades foi convidada a assumir o papel de roteirista e produtora-geral dos programas.

**Fonte:** Diário de Campo da Pesquisa

<sup>21</sup> Os nomes dos usuários foram modificados por pseudônimos. Cada usuário escolheu seu próprio pseudônimo, pelo qual será identificado neste trabalho.

### QUADRO 5 – PERFIL DO USUÁRIO ADELE

Adele, 24 anos, recebeu acolhida no CAPS em maio de 2009 e atualmente é usuário semi-intensiva da rede de cuidados em saúde mental. Possui o ensino médio completo, cogitou fazer curso pré-vestibular para ingressar em curso superior, mas não efetivou os planos.

O motivo da sua entrada no grupo se deu por conta de ter o computador e a música como meio de expressão. A equipe sugeriu que ele vivenciasse outros focos, outras experiências, aproveitando suas habilidades.

Nas oficinas e nos grupos de discussão, Adele mostrava-se muito interessado em trabalhar com música. Ele tem uma grande coletânea musical e sempre levava consigo o aparelho mp3 para compartilhar conosco suas coleções. Nos horários livres, sempre estava com o aparelho ligado ao fone de ouvido. Adele não gostava de expor sua voz nas gravações. Como sugestão, ficou encarregado pela produção musical e pela edição da rádio.

**Fonte:** Diário de Campo da Pesquisa

### QUADRO 6 – PERFIL DA USUÁRIA SOFIA

Sofia, 18 anos, recebeu acolhida no CAPS em março de 2011 e atualmente é usuária semi-intensiva da rede de cuidados em saúde mental. Possui o ensino médio completo, com perspectiva de ingresso no ensino superior. Atuava profissionalmente antes da acolhida no CAPS.

O motivo da sua entrada no grupo se deu por ela demonstrar interesse em aprender outras possibilidades de uso do computador e por mostrar uma boa receptividade às novidades.

Nas oficinas e grupos de discussão, Sofia sempre foi muito ativa, e nas atividades gostava de cantar, dublar e escrever. Assumiu a função de intérprete nos programas.

**Fonte:** Diário de Campo da Pesquisa

### QUADRO 7 – PERFIL DO USUÁRIO HADES

Hades, 21 anos, recebeu acolhida no CAPS em março de 2009 e atualmente é usuário semi-intensivo da rede de cuidados em saúde mental. Possui o ensino médio incompleto.

O motivo da sua entrada no grupo se deu por ele gostar de construir histórias em quadrinhos e pelo desejo de conhecer coisas novas no mundo digital. Verificada esta tendência, foi-lhe sugerida esta oficina.

O usuário Hades costumava fazer imitação dos colegas e de personagens de desenhos animados. Foi feito o convite para que ele atuasse como o intérprete e o editor de gravação.

**Fonte:** Diário de Campo da Pesquisa

### Oficina de Ambientação

As atividades, pela ótica dos usuários, iniciaram-se de fato com a primeira oficina. Esta oficina tratou de inseri-los no uso do computador por meio de uma apropriação tecnológica com o aparelho e com outros artefatos necessários, como projetor multimídia, *notebook*, máquina fotográfica, filmadora digital, microfones e caixa de som.

Foi apresentado gradativamente cada um desses equipamentos, sua funcionalidade e as possibilidades iniciais no projeto. Os usuários fizeram os primeiros usos sem o objetivo da produção, mas tão só para aprender na prática os usos dos equipamentos com o fim de incluí-los mediante uma exploração das potencialidades oferecidas por suas interfaces (SORJ, 2003).

Apresentaram-se os periféricos do computador, o funcionamento do *mouse*, teclado, atalhos, a maneira correta de ligar e desligar o computador. Os usuários aprenderam a montar e a desmontar o equipamento. Ferramentas de pesquisa, *Youtube* e *email* eram os recursos mais requisitados pelos usuários.

Na segunda parte deste encontro os usuários ficaram à vontade para se familiarizar com os computadores e foram identificadas e confirmadas algumas das habilidades e interesses que cada usuário tinha no uso dos computadores. Sugeriu-se, então, a criação de um *blog*, como um espaço para que essas produções fossem registradas. Trabalhou-se em conjunto na escolha do nome e da interface. Posteriormente, foram explicitadas para os usuários as concepções práticas do rádio e rádio. A intenção era mostrar um pouco da história do rádio e como ocorria a produção radiofônica. Após pesquisa de conteúdo na Internet,

escolheu-se um vídeo que relatava a história do rádio no Brasil, de 57 minutos, intitulado “A história do rádio no Brasil” (<http://www.youtube.com/watch?v=dJmoPckD0hg>). Trata-se de uma produção do programa Globo Repórter, transmitido pela Rede Globo de Televisão e exibido em 22 de maio de 1983, com apresentação de Carlos Monforte e narração de Berto Filho.

O objetivo do filme era fazer com que eles pudessem visualizar a produção radiofônica clássica e, assim, amadurecer ideias acerca do que poderiam produzir no CAPS. Dessa forma, foi montado o projetor multimídia e se assistiu ao filme. Era nítido o espanto de cada usuário ao verificar como ocorria o processo de mixagem e sonoplastia. À época, aproximava-se a Semana Santa, feriado em que é realizada a Paixão de Cristo. De iniciativa própria, Maria apontou a possibilidade de produzir uma radionovela sobre a Paixão de Cristo. Desde já ficou combinado que cada usuário faria a pesquisa do texto original, que se encontra na Bíblia, e traria para que se pudesse discutir os fatos e montar o roteiro, planejar quais os recursos a utilizar, enfim, fazer o planejamento para a execução da radionovela. Uma vez conhecido um pouco da história do rádio no Brasil e como ocorria a produção profissional no rádio brasileiro, foi dado início às oficinas de aprendizagem, com os aplicativos necessários à produção em *rádio*.

O *software Audacity* foi para eles a primeira experiência com o editor de textos. O projetor estava ligado na parede frontal, e cada usuário se achava conectado a um *notebook* com o *software* aberto.

Foram demonstradas as funções de gravar, editar, mixar, salvar, aumentar e reduzir volume, inserir faixa adicional etc. Nessas atividades se destacaram Adele e Hades, conforme já era previsto. Eles possuem computador próprio e já estão habituados à lógica digital.

**FIGURA 10 - OFICINA DE AUDACITY**

**Fonte:** Arquivos da pesquisa.

Ao término do encontro, Adele trouxe algumas músicas que haviam sido solicitadas para a próxima produção da radionovela. Na saída da oficina, a mãe do Adele fez uma revelação em particular:

#### **QUADRO 8 – COMENTÁRIO DA MÃE DE ADELE**

Esse é o encontro de que o “Adele” mais gosta... Logo cedo ele já coloca o *pendrive* no pescoço e fica de um lado para o outro da casa, esperando dar a hora (14h) para chegar ao CAPS... O que ele mais gosta é que vocês dão atenção a ele e ele consegue fazer as coisas de que gosta.

**Fonte:** Diário de Campo do Pesquisador

Um dos aspectos positivos, já tratado anteriormente, no que diz respeito aos objetivos e benefícios do processo de inserção social destes sujeitos, é o reconhecimento pela própria família. Nela o indivíduo nasce, é criado e educado para poder dar continuidade ao processo de construção familiar e social. Entretanto, seja entre famílias de usuários da rede de atenção à saúde mental ou não, todos os indivíduos sentem a necessidade de ser reconhecidos pelos membros de sua família. Este reconhecimento vem em forma de prestígio, crença na capacidade de se autodirigir e contribuir ativamente para a provisão das necessidades familiares.

Tão importante como o seio familiar é a convivência no CAPS. Em muitos casos os usuários ficam partes do dia ou, até mesmo, o dia inteiro, boa parte da semana. O CAPS acaba por se tornar uma extensão de suas famílias. Como os usuários percebem este espaço? De maneira natural, uma ambiência agradável e prazerosa, ou um ambiente médico-hospitalar onde eles têm de ir por obrigação? Na verdade, devem-se constituir espaços onde os usuários possam desenvolver suas habilidades e ser reconhecidos, onde se sintam pertencentes ao coletivo e venham a construir o espaço, junto com os pares. Costa-Rosa e Yassui (2008) asseveram que:

É necessário reconhecer, e não esquecer, que somos atores de uma prática social, que tem a potencialidade, por meio dos encontros que ensejamos no cotidiano de nossa práxis, de produzir novos processos de subjetivação, de produzir modos mais autônomos de viver e de fazer a diferença (YASSUI e COSTA-ROSA, 2008, p. 35).

Decidiu-se ajudar na construção de um espaço para o Adele no grupo após constatar seu interesse pela música. Dever-se-ia trabalhar no sentido de viabilizar essa potencialidade. No primeiro e segundo encontro, tentou-se verificar as habilidades dos usuários e perceber o que eles tinham de melhor para oferecer. Na distribuição de funções optou-se para que eles inicialmente trabalhassem com o que estava mais perto de sua realidade. Em momentos futuros seriam lançados novos desafios caso eles revelassem desejo de prosseguir.

### **Oficina para a produção da radionovela Paixão de Cristo**

Cada usuário havia feito a pesquisa e apresentado, impresso ou por escrito, o relato da Paixão de Cristo. Discutiu-se o que trabalhar, pois o relato era muito extenso, e se pretendia fazer algo menor. Após longo conflito de ideias, ficou acertado que a parte do relato a ser trabalhada seria a ressurreição de Cristo. Foi feita a divisão dos personagens de acordo com os interesses e aptidões de cada um.

Ficou estabelecido que o pesquisador do projeto seria o narrador, Hades interpretaria Jesus e atuaria na edição; a colaboradora da pesquisa (Aline Paz) representaria Maria Madalena; Sofia Maria representaria a mãe de Jesus; já Adele representaria Tomé e atuaria como editor e produtor musical. Maria não participaria da representação, mas seria responsável pela direção e pela revisão do roteiro. Acertaram-se os detalhes antes de se iniciar a gravação propriamente dita. Foram apresentados os recursos que seriam utilizados para este trabalho.

**FIGURA 11 - PROCESSO DE GRAVAÇÃO E EDIÇÃO DA RADIONOVELA**

**Fonte:** Arquivos pessoais da pesquisa

A gravação foi iniciada e Adele assumiu de imediato o controle de edição no *Audacity* no computador. Todos se engajaram ativamente no projeto. Sofia revelou-se muito capaz com os microfones, enfim, esteve muito à vontade nas gravações e cometeu poucos erros. Adele assumiu o papel de Tomé e surpreendeu a todos; nem parecia aquele garoto calado, quieto, que não queria participar das interpretações.

O grupo improvisou bem os efeitos da sonoplastia – choro, passos, suspiros. Foram efeitos que eles aprenderam a construir de forma artesanal na oficina prática, onde viram como eram produzidos os efeitos de sonoplastia. Depois de todas as falas gravadas, foi o momento crítico da edição. Todo o grupo, atento, buscou ajudar no processo de edição. Foi acrescentada a trilha sonora e a conversão para o formato mp3. Depois disso, apreciou-se o resultado do trabalho.

A produção foi muito positiva. Todos se encontraram nos modos de produção, modos de subjetivação e não mais sujeitos individuais, mas nos modos de interpretação, experimentação e construção da realidade, de si e do mundo (PASSOS & BENEVIDES, 2004).

### **Oficina de produção do programa Momento de Poesia**

Foi proposto pelos usuários um programa em que se trabalhasse a poesia. Logo se discutiu como seria o programa, como seriam produzidas as poesias. Maria intercedeu e sugeriu que poderiam ser produções próprias ou produções com as quais os usuários se identificassem.

Cada usuário individualmente ficou em um computador, com o editor de texto aberto. A colaboradora Aline Paz e o pesquisador estiveram disponíveis para prestar auxílio aos usuários, caso necessário, mas poucos solicitaram ajuda, exceto no momento de salvar os arquivos.

Como um dos produtos desta oficina, Maria, ao produzir sua poesia, fez a interpretação de Eça de Queirós, conforme apresentado a seguir:

#### **QUADRO 9 – INTERPRETAÇÃO DE POEMA DE MARIA**

Há corpos de agora, com almas de outrora.

Corpo é vestido.

Alma é pessoa.

(Eça de Queiroz)

Digitado por Maria

#### **INTERPRETAÇÃO**

Este poema fala claramente da reencarnação.

Enquanto CORPO, este pede, reclama: água, agasalho ou mesmo alimentos.

Enquanto ALMA, esta sente: dor, angústia, satisfação, tristeza, alegria etc.

**Fonte:** Diário de Campo do Pesquisador

Todos os participantes trabalharam ativamente nesta produção. O produto final foram quatro poemas, algumas de autoria própria e outras de autores renomados da literatura brasileira. A oficina revelou a identificação deles com a poesia. Cada usuário trouxe como poema aquilo com que se identificava. As escolhas, portanto, foram bem pessoais.

### **Oficina de produção do quadro de reportagens Você Sabia!**

A oficina objetivou a aprendizagem do uso de dispositivos de pesquisas na Internet para fins de construção de reportagens para rádio. No primeiro momento foram trabalhadas as modalidades de pesquisa com o uso do *Google* como fonte de pesquisa.

Maria foi a maior incentivadora deste programa porque, segundo ela, os usuários deveriam ser sempre informados com temas de relevância social. O grupo decidiu que o tema de pesquisa seria livre. A atividade proposta seria a pesquisa, que poderia ser *online* ou na revista impressa, a depender do desejo do usuário. Já haviam sido providenciadas revistas atualizadas sobre diferentes temas com reportagens e curiosidades. No total havia oito revistas.

Hades iniciou redigindo e gravando. Sua reportagem partiu de sua experiência como usuário e da experiência vivida em família. Ele redigiu a seguinte reportagem:

#### QUADRO 10 – REPORTAGEM DE HADES

Certo dia estava em casa quando vi mamãe desesperada procurando seu remédio tarja preta desesperada. Eu disse coroa vossa senhoria esta muito estressada. É porque eu não achei meu tarja preta. Eu disse vá fazer uma terapia em grupo e pare de tomar esse maldito remédio. Nem sempre é bom tomar remédio em vão. Tã ligado, coroa

**Fonte:** Diário de Campo do Pesquisador

Maria também fez sua produção para a reportagem. Sua reportagem baseou-se numa experiência particular, por isso não precisou utilizar fontes de pesquisa como as revistas e o computador conectado à Internet. Ela tratou do tema solidão e redigiu a seguinte reportagem:

#### QUADRO 11 – REPORTAGEM DE MARIA

Quem sabe se o progresso do homem pode estar sendo o seu regresso? Com todos esses avanços tecnológicos as pessoas se sentem cada vez mais sós. E existe uma forma de compensar o que eles não têm, são os chamados sintomas, são eles: promiscuidade, gula, alcoolismo, uso de droga e até o suicídio.

##### **CAUSAS DA SOLIDÃO:**

Isolamento; Condições de trabalho; Comunicação fria; Mudança de ambiente; Morte de alguém querido; Estar divorciado, separado ou solteiro; Idade avançada e inexperiência da juventude.

##### **SOLUÇÕES:**

Ser simpático; não evitar as pessoas; ser otimista; ter autoestima; ter amigos; buscar a Deus.

**VENÇA A SOLIDÃO COM:**

Uma atitude positiva; evite tarefas só; faça amizades com almas afins, que podem ser de outra faixa etária; E acima de tudo, eleve o pensamento, busque a Deus, seja caridoso, seja um fiel fervoroso e você verá a diferença.

**Fonte:** Diário de Campo do Pesquisador

Assim, a oficina começou trabalhando os mecanismos de pesquisa e terminou com os usuários gravando, editando e deleitando-se com suas respectivas produções. Ao final da produção, todos ouviram e ficaram alegres com os resultados do próprio trabalho. Programas como aqueles apenas no rádio privado eram ouvidos, e naquele momento eles haviam criado algo parecido e com que se identificavam.

A produção de subjetividade pode ser compreendida neste caso como um processo de que os usuários foram partícipes diretos e protagonistas de seu próprio conhecimento (COSTA-ROSA, 2012). Ou seja, enquanto capacidade do sujeito de agir sobre si mesmo através da interação consigo, com as tecnologias e com seus pares, numa construção inclusiva e social (COSTA, 2011).

Esta dissertação iniciou sua caminhada do imaginário à realidade utilizando-se de uma fábula, *O Mágico de Oz*. Na fábula, Dorothy, o leão, o Espantalho e o Homem de Lata tentam alcançar seus objetivos, relacionados às capacidades sociais. O Leão buscava a coragem, pois se achava covarde; o Espantalho queria um cérebro para ter inteligência, pois se julgava incapaz de raciocinar; o Homem de Lata carecia de um coração para sentir amor; e, por fim, Dorothy almejava regressar com seu cãozinho ao lar, para o seio da família que acidentalmente havia deixado (BAUM, 2011).

Todos buscavam, na figura do Mágico, a esperança de receber as capacidades necessárias para realizarem seus desejos pessoais. Entretanto, a realização dos desejos/pedidos, a saber, o retorno de Dorothy e as habilidades perseguidas por seus companheiros – o Leão, o Espantalho e o Homem de Lata – não eram algo externo que não lhes pertencia, senão algo que já lhes era próprio, mas que precisava de outras ambiências e socializações para que pudesse aflorar (BAUM, 2011).

Os conflitos situacionais no coletivo provocaram desafios e interações que evidenciaram o amadurecimento individual e grupal. Juntos, nas situações vivenciadas, nos

conflitos e nas produções pessoais e coletivas ante os desafios vivenciais e aqueles que o mundo externo e o meio social externo lhes colocavam ao longo da jornada. Desafios que foram construtivos ao grupo e individualmente, ao ponto de evidenciarem, mesmo que disso não se dessem conta, o despertar de habilidades sociais e emocionais que cada vez mais os identificavam com os outros.

À luz das palavras de Pelbart (2003, p. 73), o processo vivenciado no coletivo do Mágico de Oz é fruto do amadurecimento da autonomia e do desenvolvimento da subjetividade:

Uma força viva, até mesmo uma potência política. Pois as forças vivas presentes na rede social, com sua inventividade intrínseca, criam valores próprios, e manifestam sua potência própria. É o que alguns chamam de potência de vida do coletivo, sua biopotência. É um misto de inteligência coletiva, afetação recíproca, produção de laço.

Um processo similar ocorreu com os usuários que participaram desta intervenção. Cada qual com suas expectativas, anseio, desejos e sonhos. Cada um buscava naquelas oficinas uma oportunidade para se inserir no meio digital, dar início ou continuidade ao processo de construção de sua autonomia, ou apenas trocar o ócio por uma ocupação sadia, construtiva e de interação social.

Assim, Maria, Hades, Sofia e Adele protagonizaram uma caminhada ímpar nesta intervenção que os fez amadurecer, desenvolver habilidades de autoaceitação e tolerância mútua, respeito e autonomia, sentimento de comprometimento, responsabilidade e pertencimento grupal. Essas características ficaram evidentes no fato da organização do grupo, que partia sempre de iniciativas de seus membros. Os temas e as formas de se fazer as produções eram sempre de indicação dos usuários. Maria, no início das oficinas demonstrava certo grau de isolamento do convívio social. Esta atitude a apartava das oficinas e, embora tenha declarado o desejo de aprender informática e outras coisas novas, não se permitia interagir com os grupos.

Foi identificado pelo pesquisador, no processo de observação participante, que Maria era uma boa observadora, conseguia ter uma visualização macro do grupo, e por sempre estar de fora ficava sempre a observar o todo. Nas poucas interações que fazia no início do percurso, demonstrou habilidades gerenciais. Sempre muito bem organizada com seus pertences e suas atividades. A partir desta percepção, o primeiro desafio levantado na caminhada foi superar a não aceitação social, ou seja, o sentimento de não pertencimento coletivo. Como não havia interesse em participar com o uso da voz nas gravações dos

programas, sua participação na produção geral dos programas foi essencial para sua caminhada no coletivo. Conforme relata o técnico de referência do usuário:

Maria deu um salto qualitativo muito grande. Seu progresso nas oficinas tem sido evidenciado na elevação do grau de interação social e no grau de tolerância no convívio social.

Segundo Alves & Guljor (2008), a participação em diversas atividades e inserções sociais é uma das premissas primordiais para o cuidado em saúde mental. A corroborar esta visão coletiva, Guattari (1992, p. 17) afirma que o constitutivo de subjetividades que prescindem do indivíduo precisa antes se “desdobrar num arquipélago de instâncias locais de subjetivação coletiva”.

*Hades, a priori*, apresentava-se introspectivo e com pouca participação no contexto social. Conforme observação feita pelo pesquisador, mostrava grande ansiedade em interagir na criação, mas se policiava nas participações. Percebeu-se que Hades era criativo nos desenhos e imitações, e que possuía habilidades no uso do computador.

Logo esse potencial foi aproveitado. Precisava-se de intérprete, e Hades possuía diversas vozes, por gostar de imitar oralmente outras pessoas. Foram também aproveitadas suas habilidades com o uso do computador. Hades foi corresponsável pela edição dos programas de rádio. Gravava, editava e publicava os programas. Sentia-se importante no grupo e deixava sempre isto claro ao cumprir com muita responsabilidade sua designação. A técnica de referência relata algumas das evoluções do usuário:

A evolução do Hades é muito boa; ele já recebeu alta do CAPS. Suas habilidades criativas foram expostas, ele sente-se mais seguro para criar e expor suas produções. Antes ele não tinha um espaço como este para produzir. Ele estava inserido em grupos que apenas trabalhavam mais a interação social, mas ele não desenvolvia mais que isso, não se realizava totalmente. Não existiam oficinas que pudessem aguçar a criatividade no mundo digital. Agora ele aprendeu a criar histórias e a gravar áudio, e o faz no seu próprio computador. Ele já faz suas artes. Ele sente mais autonomia para produzir. O que tinha de ser aprimorado aqui no CAPS já foi conseguido. Nas outras oficinas de que participa sempre leva os aprendizados desta oficina. Ficou mais solto, mais criativo e melhorou a expressão corporal. Sua recuperação foi além dos usuários que interagem em outros grupos com ele.

De fato, Hades não tinha um espaço onde pudesse realizar-se enquanto sujeito protagonista de sua arte, onde o social e suas habilidades pudessem aflorar. A inclusão do sujeito em ambientes digitais potencializou seu desenvolvimento social. As TIC na proposta de intervenção nas oficinas no CAPS têm como um de seus objetivos possibilitar que os

sujeitos envolvidos no processo reconheçam “suas potencialidades e responsabilidades, apropriando-se de forma criativa e diferenciada das tecnologias de rede, libertando-os de uma posição passiva” (FORESTI e TEIXEIRA, 2006, p. 6).

Sofia demonstrava ser uma garota tímida e reservada. Há algum tempo ela se afastou do cotidiano social. Restringia seu convívio apenas com a família e poucos amigos. Demonstrava desejo de interagir com o computador. Aquela era uma caminhada nova e diferente, e contrariava o que ela própria buscava: apartar-se do social.

Faltava-lhe sentir-se importante, ser reconhecida pelos pares – um sentimento de pertencimento a determinado grupo que oferecesse a oportunidade de demonstrar suas habilidades. Essas aptidões a fariam ser reconhecida no coletivo. Foi designada para as atividades de interpretação musical ou de personagens fictícios. Logo Sofia mostrou-se receptiva às propostas e atividades desenvolvidas. Sua identificação com o grupo e com a função foi imediata. Sua técnica de referência afirmou que:

Sofia vem relatando satisfação em participar das atividades. Reduziu significativamente a medicação, com possibilidade de ser retirado o uso. Já teve alta em algumas atividades pelo quadro de melhoras, mas não se afastou da oficina de informática por ser a principal atividade que tem se mostrado eficaz no seu processo de habilitação social. Aos poucos está recuperando a autonomia para sair e fazer atividades fora de casa e do CAPS.

Bittencourt (2012) acrescenta que ajudar pessoas em sofrimento psíquico a resgatar o elo perdido com sua vida representa uma demonstração de valorização do ser humano e de respeito à sua história de vida. Essa valorização está representada no resgate de suas habilidades em potencial e em torná-las conhecidas, fazendo com que venha a ocorrer uma autoaceitação no cotidiano social.

Adele, por sua vez, demonstrava-se introspectivo e pouco comunicativo (monossilábico), com baixo comando de voz e autonomia limitada para realizar tarefas simples. A equipe priorizou no seu processo de habilitação social a socialização e a autonomia. Ele se limitou a ter amigos pela Internet, passando boa parte do tempo *online*, em *sites* de redes sociais ou em repositórios de músicas. Nas oficinas, não demonstrava progresso, por não se interessar pelas atividades desenvolvidas.

A equipe multiprofissional do CAPS sugeriu sua presença no coletivo das oficinas, tendo em vista o aproveitamento de suas habilidades com o computador. Nas oficinas, Adele mostrava-se muito interessado em trabalhar com música, sobretudo com o processo de edição que utilizava o *Audacity*. Ele passou a atuar nas oficinas, usando o aplicativo, porém sem expor a voz nas gravações. Em certo momento teve a iniciativa de fazer uma pequena

participação e empolgou a todo o grupo. Sua função principal no coletivo foi atuar como produtor musical e editor de áudio na rádio. Conforme relata seu técnico de referência:

O progresso de Adele foi estupendo. Sua entrada no coletivo das oficinas em rádio foi concomitante com a acolhida no CAPS. Logo percebemos que ele voltou a se expressar verbalmente e a demonstrar certa autonomia em casa e nas atividades do CAPS.

As oficinas não representam uma cura em si para o usuário da rede de saúde mental e não podem ser entendidas como uma busca pela cura. Devem ser vistas como um conjunto de estratégias que enfrentam o problema com uma visão crítica sobre os modos de ser do próprio tratamento e do usuário (ROTELLI, 1990).

Tão ou mais importante do que discutir o valor e a definição de humanização é apresentar situações e dispositivos concretos que produzem experiências “humanizadoras”, (...) experiências que, se efetivadas e divulgadas, despertam os atores sociais envolvidos para o reconhecimento de seus direitos e a viabilidade de propor novas formas de relação em que se sintam a exercer mais plenamente sua cidadania (RIBEIRO, 2011, p. 83-84).

Os companheiros da fábula do mágico de Oz alcançaram seus objetivos, desenvolveram suas habilidades e perceberam o valor do desenvolvimento pessoal por meio da interação social. Os companheiros do coletivo encontraram seu espaço, desenvolveram suas habilidades e técnicas; mais ainda, aprenderam a colaborar, a se aceitar, se tolerar e a conviver com suas vicissitudes.

Este trabalho apresentou a proposta de analisar a produção radiofônica quanto à produção de inclusão digital. Entretanto, a proposta de inclusão digital está inserida não apenas no fato de o usuário ter acesso ao computador conectado à Internet com seus múltiplos dispositivos e interfaces, mas em saber como utilizar estes recursos para melhorar sua condição de vida e exercer sua cidadania no cotidiano social. Busca criar no indivíduo condições peculiares de se autodescobrir e se reinventar, de utilizar o meio digital como expansão de sua inteligência, pois as TIC figuram não somente como “terreno de objetos artificiais, mas como potência de artificialização da cognição, da inteligência” (KASTRUP, 1999, p. 183), da autonomia e do exercício da cidadania.

Desse modo, entende-se a interação entre os usuários e as tecnologias não como a solução de problema ou a busca incansável pela cura, porém como invenção de problemas, isto é, uma problematização que “leva à invenção de novas formas de conhecer, de novas regras de funcionamento cognitivo” (KASTRUP, 2000, p. 40), de novas formas de conhecer e interagir com o mundo.

Além da inclusão digital, este projeto verificou a relação dos usuários de saúde mental com os artefatos de rádio. Esta relação deu-se com a inclusão do computador. O desejo imediato dos usuários era o de usar o computador. O que fazer com o computador? O imediatismo faria com que os *sites* de rede social, música e *email* fossem naturalmente os serviços comumente utilizados. Mas a orientação para outros direcionamentos no uso do computador, onde os usuários, além de se identificar, redescobrissem o uso do computador e protagonizassem como autores e produtores de um sistema de veiculação radiofônica, tornou-se parte importante no seu processo de habilitação social.

O produto final não foram os programas em áudio, mas a redescoberta da autonomia, o processo de construção da subjetividade, a redescoberta da funcionalidade do computador, a descoberta de uma nova posição – não de usuário, mas sim de interagente (PRIMO, 2007), de produtor na Internet (HINE, 2000), de quem aprendeu a conviver com suas vicissitudes e sabe ser protagonista do seu próprio *status* social de cidadão que atua ativamente no exercício de sua cidadania.

Nesse sentido, o processo de habilitação social e inclusão digital no coletivo, por promover inquietação e descobertas, coloca a cognição e as habilidades sociais, que outrora se achavam estagnadas, em movimento. É então que “começa o processo de invenção de si e do mundo” (KASTRUP, 2000, p. 45).

## 6 REFLEXÕES E APONTAMENTOS CONCLUSIVOS DO CAMINHAR DA DISSERTAÇÃO

A gente cria filhos, cria medo, cria sonhos, esperança, até animal, também cria laços, laços de família, de amizade, de coleguismo, de amor e de sangue. Pois é, a gente vai criando laços e vai transformando a vida da gente num laço fraterno onde um precisa do outro para continuar se eternizando. Então, viva a vida, viva o amor e viva os laços fraternos que unem a todos nós.

Esta dissertação conclui-se com o texto produzido pelo usuário Maria para compor o *layout* de entrada do *blog*. Neste texto ela sintetiza o seu sentimento, bem como o dos demais usuários que participaram do projeto, acerca dos seus desejos e realizações.

Por que trabalhar neste estudo com a fábula do mágico de Oz? Na verdade, fazemos alusão a esta história por opção pessoal, em primeiro lugar, e em segundo plano e não menos importante, por conta das similaridades encontradas entre a aventura de Dorothy e seus companheiros rumo à cidade de Oz e o trajeto feito pelos usuários, a equipe multiprofissional do CAPS e a equipe realizadora deste projeto/estudo. Resgatemos, então, algo já presente no início deste trabalho.

Dorothy buscava voltar à sua terra, o Espantalho buscava um cérebro e o Homem de Lata, por sua vez, buscava um coração. O Leão decidiu acompanhá-los à Terra de Oz, para pedir ao Mágico a coragem própria dos grandes felinos, que lhes dá firmeza ante o perigo. Os usuários envolvidos neste estudo, Maria, Adele, Hades e Sofia, buscavam um espaço que viabilizasse seus anseios por atuarem com as TIC, cada qual com seu objetivo pessoal, mas que se encontravam num eixo maior: o desejo de expressar suas habilidades utilizando estas tecnologias.

Tanto os usuários quanto os pesquisadores e a equipe multiprofissional do CAPS, assim como na fábula, seguiram juntos enfrentando seus desafios pessoais, de relacionamento, os perigos encontrados e a desconfiança de se utilizar algo inédito naquele espaço, a incerteza do que estaria por vir; sempre, porém, com a esperança na vitória de suas causas pessoais e coletivas.

Na fábula, de fato, os resultados foram os esperados, porém de uma forma inusitada. Na verdade, os viajantes esperançosos buscavam na figura do Mágico a realização de seus desejos, mas este era apenas um homem comum, um velho ilusionista afugentado na Terra de Oz e que fingia ser um poderoso feiticeiro, utilizando-se de técnicas ilusionistas (alto-falante para ampliar o som de sua voz, uma cabeça fictícia gigante, muita fumaça colorida e o som de trovões) para impressionar as pessoas e, ao mesmo tempo, infundir nelas o temor (BAUM,

2011). As oficinas, embora estivessem cobertas do esplendor mágico que reluzia nos olhos dos usuários quando estes abriam os computadores, gravavam editavam e divulgavam os programas, não se fizera por si mesmas. As tecnologias da Informação e Comunicação por si sós não interagem, não reinserem alguém na sociedade, não têm causa ou efeito algum sem a intencionalidade e a intervenção correta e a predisposição de seus integrantes em utilizá-las.

Entretanto, ao fim da estória percebe-se que a realização dos desejos/pedidos, a saber, o retorno de Dorothy e as habilidades perseguidas por seus companheiros não eram algo externo que lhes seria concedido, mas sim algo que já lhes era próprio, embora precisasse de outras ambiências e socializações para que pudessem aflorar. Os conflitos situacionais provocaram desafios e interações que influenciaram no amadurecimento individual e grupal. Também, com os usuários, não foi diferente. O processo de reinserção social destes sujeitos ocorreu não porque eles estiveram acessando o computador, não porque lhes foram ensinadas as técnicas de gravação, edição e divulgação de conteúdos radiofônicos. Os resultados esperados estavam exatamente na maneira com a qual eles se relacionaram com as tecnologias, as produções, e principalmente na interação social entre os próprios usuários, a equipe multiprofissional do CAPS, suas famílias, a comunidade científica e a sociedade de um modo geral.

Coletivamente, estes usuários, assim como os protagonistas da fábula, foram amadurecendo cada vez mais em suas novas vivências e experiências no projeto, nas interações entre si e com os desafios que as oficinas traziam a cada semana para todos aqueles inseridos em seu contexto. Como foram vencidos estes desafios? Na verdade, todos nós que estávamos envolvidos fomos aos poucos nos moldando às situações, ao inusitado e improvisado, aceitando as diferenças, aprendendo a respeitar as intervenções dos outros e a lidar com nossas vicissitudes e anseios. Estes foram desafios construtivos ao grupo e individualmente, ao ponto de evidenciarem, mesmo que disso não se dessem conta, o despertar de habilidades sociais e emocionais. Aos poucos, estávamos atuando como protagonistas nas oficinas, batendo papo fora destes espaços como amigos, trocando experiências pelas redes sociais sem a distinção entre terapeuta e paciente, oficineiro e oficinando. Éramos todos membros de uma comunidade e que tinham algo em comum: o gosto pelas produções radiofônicas e o carinho, o respeito e a admiração pelo outro.

De fato, caminhar pela “estrada de tijolos amarelos”, como fizeram Maria e seus companheiros do CAPS, Dorothy e seus companheiros da fábula do Mágico de Oz, não se constituiu numa tarefa simplista ou técnica. Ao contrário, foi desafiadora, intensa, tensa, repleta de descobertas, conflitos, esperanças e desilusões, construções e desconstruções,

lágrimas de felicidade e lágrimas de alegrias, desde coisas, fatos e situações conhecidas até coisas, fatos e situações inusitadas e/ou inéditas. Produzir um estudo que embasa uma dissertação é construir rumos e, ao mesmo tempo, moldar-se aos rumos que as adversidades atemporais impõem e que nem sempre correm e ocorrem conforme o planejamento inicial, ou simplesmente não trazem os resultados que esperávamos.

Dentre os apontamentos podemos destacar aspectos positivos e negativos neste caminhar. Nos negativos, ressaltamos os entraves, questões políticas como a falta programas mais efetivos que disponibilizem espaços ou ilhas digitais, dentro da rede de atenção à saúde mental, para o acesso, a inclusão e a aprendizagem dos usuários da rede. Salvo a experiência deste projeto, que com recursos próprios forneceu os equipamentos para o transcorrer das oficinas, são mínimos os recursos disponíveis para oficinas em diversos CAPS no Estado de Alagoas, apesar de ser o acesso às Tecnologias da Informação e Comunicação um direito de todos os usuários dos serviços de atenção à saúde mental no Brasil.

Se o objetivo é inserir os usuários do serviço substitutivo no seio da sociedade, e se esta sociedade está ancorada no amadurecimento das Tecnologias da Informação e Comunicação (CASTELLS, 1999), seria plausível e lógico que o processo de habilitação social dos usuários dos serviços de atenção à saúde mental contemple ações de inclusão digital, porquanto “inserir as pessoas em sofrimento psíquico no meio informatizado, na cultura e na sociedade, quebrando fronteiras e barreiras com os preconceitos, possibilita que essas pessoas se sintam incluídas no mundo contemporâneo” (FRANCISCO e RENZ, 2010, p. 2).

Não podemos aqui desclassificar as demais oficinas que trabalham outras especificidades e aspectos que compõem o processo de habilitação social. Deve-se, entretanto, pensar no conjunto de atividades integradas que sejam comuns aos ambientes sociais, contemporâneos à comunidade e à época na qual o usuário estará sendo reinserido. Como destacado por Bittencourt (2012), o conjunto de atividades deve, em sua aplicação e incorporação ao processo de habilitação, possuir relevância política, social, tecnológica e terapêutica por constituir alternativas de intervenção em saúde mental, permitindo atividades expressivas que apontem possibilidades do amadurecimento da autonomia social do sujeito, melhorem sua autoestima e o reponham em seu contexto social como protagonista de sua própria existência, com suas potencialidades reconhecidas pelos seus pares.

Ao longo dos meses em que as oficinas foram realizadas no CAPS, verificamos que, por mais simples que pareçam ser as atividades, no sentido da apropriação da técnica, a diferença reside na interação social, na valorização das capacidades do indivíduo, na criação

de espaço que potencialize a criatividade e a cognição, a fim de que se conceda ao sujeito a oportunidade de protagonizar suas escolhas e de aprender a conviver com seus conflitos e vicissitudes.

Por meio das oficinas propostas, os usuários obtiveram conhecimentos sobre os aplicativos necessários à produção em rádio e *web* rádio, mantiveram contato com os aplicativos e técnicas básicas de uso do computador, aprenderam a utilizar editor de texto, a ligar, desligar e guardar o computador mediante procedimentos seguros. Se seus parentes não disponibilizavam o uso do computador por receio de que houvesse dano ao aparelho, nas oficinas os usuários foram responsáveis pelo cuidado e manutenção deles. Se alguns não tinham ponto de acesso ao computador, o CAPS tornou-se este ponto de acesso orientado. As produções e as atividades executadas nas oficinas proporcionaram-lhes o reconhecimento por parte dos familiares, dos usuários, da equipe multiprofissional do CAPS e das pessoas que estarão a interagir com este trabalho no momento desta leitura.

As oficinas também propiciaram momentos de autodescoberta, de descoberta do mundo das tecnologias, da comunicação e da arte. O reconhecimento do próprio labor, o sentimento de pertencimento ao grupo, o respeito e a tolerância com as vicissitudes próprias e alheias. Aprenderam, assim, a conviver entre si, com a família e com o contexto social para além dos muros do CAPS.

Outro fator preocupante está inserido no âmbito familiar. Dois dos usuários que participaram das oficinas de rádio já estavam recebendo sua segunda acolhida no CAPS. A família também faz parte da rede, mas ainda não estava preparada para receber seus membros. Isso ocasiona o ócio, o aumento das vicissitudes e o retorno destes ao CAPS, tornando-se um círculo vicioso de idas e voltas dos usuários. Como dar continuidade á habilitação social no seio familiar?

Ressalta-se aqui um dos princípios da rede de atenção à saúde mental, o conceito de territorialidade. Segundo este princípio, em seu campo de abrangência de atuação o CAPS introduz o conceito de territorialidade, isto é, “a designação não apenas de uma área geográfica, mas das pessoas, das instituições, das redes e dos cenários nos quais se dá a vida comunitária” (BRASIL, 2005, p. 26). Uma territorialidade que considera os recortes sociais constituídos fundamentalmente pelas pessoas, seus conflitos, interesses, amigos, vizinhos, **família**, instituições e seus cenários (BRASIL, 2004a).

Portanto, o elemento família deve estar inserido nas políticas de atenção à saúde mental. Do contrário, como já mencionado, cria-se um círculo vicioso: o usuário recebe a

acolhida no serviço substitutivo, volta ao seu cotidiano sem que este esteja preparado para recebê-lo, e retorna para receber acompanhamento novamente no serviço substitutivo.

Se a família estivesse preparada, se estivesse habilitada para lidar com o usuário, possivelmente o processo de habilitação social prosseguiria no âmbito familiar. Mas, ao contrário, a família pouco protagoniza no processo de habilitação social deste sujeito, o que deveria não acontecer, visto ser a família o primeiro seio do indivíduo social.

Este estudo será concluído de forma parcial. E por quê? Porque pretendemos seguir nesta linha de pensamento no projeto de doutorado. Na verdade, uma inquietação que surgiu a partir deste estudo. Afinal de contas, um estudo não serve apenas para apontar e responder a perspectivas, mas também para identificar entraves e levantar críticas sobre modelos, a fim de buscar quebras de paradigmas.

Retornando à questão norteadora de possíveis futuros estudos, este estudo abre/reforça a seguinte discussão: sabe-se que o CAPS faz parte de uma rede complexa que compõe o sistema de serviços em saúde mental. Desta rede também faz parte a família. Mas, se a legislação prevê a inserção da família no processo de reinserção social, porque, então, as famílias não demonstram estar preparadas para lidar com os usuários que recebem alta do CAPS, uma vez que estes acabam retornando diversas vezes como usuários, após constantes altas do serviço? Isso o que pretendemos investigar.

Até o próximo estudo, em uma nova fábula!

## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, K. F; ROCHA, M. **Práticas universitárias e a formação sociopolítica**. Anuário do Laboratório de Subjetividade e Política, nº 3/4,1997, pp. 87-102.
- ALAGOAS. Gerência de Núcleo de Saúde Mental - GENSAM – 2011, Secretaria Estadual de Saúde – AL. **Ampliação da rede CAPS no Estado de alagoas**. Disponível em: <http://www.saude.al.gov.br/categorias/atencoesaude/atencoespecializadaeprog>. acesso em 1º de julho de 2012.
- ALAGOAS. Tribunal de Contas do Estado de Alagoas. **História de Alagoas**. Disponível em: <[http://www.tce.al.gov.br/v2/index.php?option=com\\_content&view=article&id=59&Itemid=55](http://www.tce.al.gov.br/v2/index.php?option=com_content&view=article&id=59&Itemid=55)>. Acesso em 26 de agosto de 2012.
- ALVES, D; GULJOR, A. O Cuidado em Saúde Mental. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, R (orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/ UERJ / ABRASCO, 2008.
- AMARANTE P; Torres E. **A constituição de novas práticas no campo da atenção psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro. 2001; 25 (58):26-34.
- AMARANTE, P. (Org.) cols. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994.
- ASSOCIAÇÃO PROJETO TAM TAM. **Nossa história**. Disponível em: <<http://www.tamtam.art.br/ong/?pagina=nossahistoria>>. Acesso em junho de 2012.
- BALDISSERA, J. A. **A Idade Média através do cinema**. Cadernos IHU em Formação, São Leopoldo, v. 11, 2006.
- BARROS, R; FRANCISCO, D. **Saúde Mental e tecnologias: produções bibliográficas e dispositivos**. Relatório Final/Plano de Trabalho do Bolsista – Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC, 2010-1011). Universidade Federal de Alagoas – UFAL – Maceió, abril. 2011.
- BAUM, L. **O mágico de Oz**. São Paulo: Editora Leya, 2012.
- BAUMAN, Z. **A Modernidade Líquida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.
- BAVARESCO, B; PUMPMACHER, J. **O computador como recurso terapêutico**. Santo Ângelo. Relatório de Pesquisa. URI, 2005.
- BEZERRA JUNIOR, B. A Clínica e a reabilitação social. In: PITTA, A. (Org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2001.
- BITTENCOURT, I. **O processo de habilitação psicossocial de pessoas em sofrimento psíquico na interface com produção em blog**. Dissertação. Programa de Pós Graduação em educação. UFAL, 2012.

BLOIS, M. **Rádio Educativo no Brasil**: uma história em construção. Disponível em <<http://reposcom.portcom.intercom.org.br/bitstream/1904/3109/1/NP6BLOIS.pdf>>. Acesso em 4 mai 2008.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. 1988b. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm). Acesso: 25 nov. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Álcool e outras drogas. Saúde Mental em dados** - 8, Ano VI, nº 8, janeiro de 2011. Brasília, 2011. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 24p. Disponível em <[www.saude.gov.br/bvs/saudemental](http://www.saude.gov.br/bvs/saudemental)> Acesso em maio de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 7, ano V, nº 7. **Informativo eletrônico**. Brasília: junho de 2010. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/smdados.pdf>> Acesso em Janeiro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio\\_15\\_anos\\_caracas.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_15_anos_caracas.pdf)> Acesso em Janeiro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Álcool e outras drogas. Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica**. Relatório de Gestão 2007-2010. Ministério da Saúde: Brasília. Janeiro de 2011, 106 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: a clínica ampliada / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004C.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004 / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde**. – 5. Ed. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/legislacao\\_1990\\_2004.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/legislacao_1990_2004.pdf)> Acesso em janeiro de 2011.

BRASIL. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual\\_caps.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_caps.pdf)> Acesso em Janeiro de 2011.

BRASIL. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial**, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010b.

CASTELLS, M. **A economia informacional, a nova divisão internacional do trabalho e o projeto socialista**. Cad. CRH, Salvador, v.17, p.5-34, 1992.

CASTELLS, M. **A sociedade em rede**. A era da informação: economia, sociedade e cultura. v.1. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

CASTRO, L; MAXTA, B. **Práticas territoriais de cuidado em saúde mental: experiências de um centro de atenção psicossocial no município do Rio de Janeiro**. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.) [online]. 2010, vol.6, n.1, pp. 1-11. ISSN 1806-6976.

CASTRO, L; MAXTA, B. **Práticas territoriais de cuidado em saúde mental: experiências de um centro de atenção psicossocial no município do Rio de Janeiro**. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.) [online]. 2010, vol. 6, n.1 [citado 2012-10-10], pp. 1-11 . Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-69762010000100004&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762010000100004&lng=pt&nrm=iso)>. ISSN 1806-6976.

CAVALCANTI, R. **Hospital Portugal Ramalho: de asilo a instituição de assistência psiquiátrica**. Maceió: Editora Catavento, 2006.

CECCHIN, R. **Loucores da potência mental: de acompanhantes e acompanhados a radialistas**. Trabalho apresentado no 9º. Salão de Extensão da UFRGS. Porto Alegre, setembro de 2008.

CONSANI, M. **Como usar o rádio na sala de aula**. São Paulo: Contexto, 2007.

COSTA, D. **Loucos para prot (agonizar): micropolítica e Participação em Saúde Mental**. Dissertação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2011.

COSTA, J. **História da Psiquiatria no Brasil**. um corte ideológico. Rio de Janeiro: Garamond, 2007.

COSTA, R; CARVALHO, L. **A realidade virtual como instrumento de inclusão social dos portadores de deficiências neuropsiquiátricas**. XIV Simpósio Brasileiro de Informática na Educação – SBIE. NCE/UFRJ, 2003.

COSTA-ROSA, A. **A instituição de saúde mental como dispositivo social de produção de subjetividade**. Estudos de Psicologia I Campinas. n. 29 (1), p. 115-126 Janeiro - Março 2012.

COSTA-ROSA, A. **O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar**. In: AMARANTE, P. (org.). ENSAIOS: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

CUNHA, G. **A construção da clínica ampliada na Atenção Básica**. Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas: [s.n.], 2004.

DELGADO, P; LEAL, E; VENÂNCIO, A. **O campo da atenção psicossocial**. Anais do 1º Congresso de Saúde Mental do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: TeCora, 1997.

FLEURY-TEIXEIRA, P. **Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 13, sup. 2, p. 2115-2122, 2008.

FONTES, B. **Redes sociais e enfrentamento do sofrimento psíquico**: sobre como as pessoas reconstruem suas vidas. In: FONTES, Brena A.; FONTE, Eliane M. (Orgs.). Desinstitucionalização, redes sociais e saúde mental: análise de experiências da reforma psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2010.

FORESTI, A; TEIXEIRA, A. **As potencialidades de processos de autoria colaborativa na formação escolar dos indivíduos**: aprofundando uma faceta do conceito de inclusão digital. Novas Tecnologias CINTED-UFRGS na Educação, v. 4, n. 2, dezembro, 2006. Disponível em:

[http://www.fluxos.com/aulas/TEXTOSIMGS/COMUNICACAO/Teixeira\\_AUTORIA\\_COLAB\\_INCLUSAO.pdf](http://www.fluxos.com/aulas/TEXTOSIMGS/COMUNICACAO/Teixeira_AUTORIA_COLAB_INCLUSAO.pdf). Acesso em: 15. nov. 2011.

FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Média**. São Paulo: Perspectiva, 1972.

FRANCISCO, D. **Criando laços via recursos informatizados**: intervenção em saúde mental. TESE. Projeto de tese. Programa de Pós Graduação em Informática na Educação. UFRGS, 2007.

FRANCISCO, D. **Intervenção em saúde mental: formação de redes de convivência via recursos informatizados**. Projeto de tese. Programa de Pós Graduação em Informática na Educação. UFRGS, 2004.

GAARDER, J. **O mundo de Sofia**. São Paulo: Cia. das Letras, 1998.

GIBSON, W. **Neuromancer**. Nova York: Ace Books, 1994.

GONDIM, G; MONKEN, M. **Territorialização em saúde**. Dicionário da Educação Profissional em Saúde, 2009. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/tersau.html>. Acesso em 9 de outubro de 2012.

GORCZEWSKI, D; PALOMBINI, A; STREPPPEL, F. **Entre improvisos e imprevistos**: os modos de comunicar Potência Mental. In: ENCONTRO NACIONAL DA ABRAPSO, 15. 2009, Maceió. Anais do XV Encontro Nacional da ABRAPSO. Maceió, 2009.

GRUNPETER, P; COSTA, T; MUSTAFÁ, M. **A movimento da luta antimanicomial no Brasil e os direitos humanos dos portadores de transtornos mentais**. In Anais do II Seminário Nacional Movimentos Sociais, Participação e Democracia. 25 a 27 de abril de 2007, UFSC, Florianópolis, Brasil. Disponível em: [http://www.sociologia.ufsc.br/npms/paula\\_v\\_grunpeter.pdf](http://www.sociologia.ufsc.br/npms/paula_v_grunpeter.pdf) Acesso em Maio de 2012.

HAMMES, R. **A conquista de espaços na comunidade**. In: Congresso internacional de acompanhamento terapêutico, 3. Congresso iberoamericano de acompanhamento terapêutico, 4. Congresso brasileiro de acompanhamento terapêutico, 2. 2008, Porto Alegre. Anais do III

Congresso Internacional, IV Congresso Ibero-Americano, II Congresso Brasileiro de Acompanhamento Terapêutico. Porto Alegre, 2008. P. 125.

HESS, Remi. **Produzir sua obra: o momento da tese**. Brasília: Líber Livro Editora, 2005.

HINE, C. **Etnografia virtual**. Barcelona, Editorial UOC, 2000.

HIRDES A. **A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão**. Ciênc saúde coletiva 2009;14(1):297-305.

HOUAIS, A; VILLAR, M. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

JORGE, M; SILVA, W; OLIVEIRA, F. **Saúde mental da prática psiquiátrica asilar ao 13º milênio**. São Paulo. Ed Lemos, 2000. 241 p.

JORGE, M. **Engenho dentro de casa: sobre a construção de um serviço de atenção diária em saúde mental**. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1997. 117 p.

JORGE, M; RANDEMARK, N; QUEIROZ, M; RUIZ, E. **Reabilitação Psicossocial: visão da equipe de Saúde Mental**. Revista Brasileira de Enfermagem, 2006 nov-dez; p. 734-739. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n6/a03.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2012.

KASTRUP, V. **A Invenção de Si e do Mundo: uma introdução do tempo e do coletivo no estudo da cognição**. Campinas: Papius, 1999.

KASTRUP, V. **Novas Tecnologias Cognitivas: o obstáculo e a invenção**. In: KASTRUP, V; PELLANDA, N; PELLANDA, E (Org.). **Ciberespaço: um hipertexto com Pierre Lévy**. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 2000. P. 38-54.

KERBE, A. **Nacionalismo e ufanismo na Argentina e no Brasil dos anos 1920 e 1930 através da trajetória artística de Carlos Gardel e Carmen Miranda**. História Unisinos, Vol. 12, Nº 3 - setembro/dezembro de 2008. Disponível em: [http://www.unisinos.br/publicacoes\\_cientificas/images/stories/pdfs\\_historia/vol12n3/271a284\\_art07\\_kerber.pdf](http://www.unisinos.br/publicacoes_cientificas/images/stories/pdfs_historia/vol12n3/271a284_art07_kerber.pdf)> Acesso em Fevereiro de 2011.

LANCETTI, A. **loucura metódica**. In Revista Saúde Loucura. N. 2, 1991. Editora HUCITEC. P. 139-147.

LANCETTI, A. **Loucura metódica**. In: \_\_\_\_ (org.). **SaúdeLoucura 2**. São Paulo: Hucitec, 1990, p. 139-147.

LAPPANN-BOTTI, N. **Oficinas em saúde mental: história e função**. 2004. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

LÉVY, P. **Cibercultura**. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1999.

LYOTARD, J. L. **L 'inhumain, causeries sur le temps**. Paris, Galilée, 1988.

MACEDO, J. **A Idade Média através do cinema**. Cadernos IHU em Formação, São Leopoldo, v. 11, 2006.

MACHADO, J. **Dicionário etimológico da língua portuguesa**. Lisboa: Horizonte, 1990, v. IV, p. 447.

MAI, L; ANGERAMI, E. **Eugenia negativa e positiva**: significados e contradições. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, abr. 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692006000200015&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000200015&lng=pt&nrm=iso) Acesso em Fevereiro de 2011.

MEDEIROS, T. **Psiquiatria e Nordeste**: um olhar sobre a história. Revista Brasileira Psiquiatria, São Paulo, v. 21, n. 3, set. 1999. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S151644461999000300010&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644461999000300010&lng=pt&nrm=iso)>. Acessos em maio 2012.

MEDITSCH, E. **O rádio na era da informação** – teoria e prática do novo radiojornalismo: Insular/UFSC, 2001. Entrevista disponível em: <<http://observatorio.ultimosegundo.ig.com.br/artigos/al230520016.htm>>. Acesso em: 6 mai 2008.

MELLO, V. **Papo-cabeça, a experiência de uma oficina de rádio para usuários de serviços de saúde mental**. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO, 24. 2001, Campo Grande. Anais do XXIV Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação. Campo Grande, 2001. Disponível em <<http://reposcom.portcom.intercom.org.br/handle/1904/4961>>. Acesso em: jan. 2010.

MELO, A; MAGNAGO, C. **“De Perto Ninguém é Normal”**: um processo de consolidação. In: Congresso internacional de acompanhamento terapêutico, 3. Congresso ibero-americano de acompanhamento terapêutico, 4. Congresso brasileiro de acompanhamento terapêutico, 2. 2008, Porto Alegre. Anais do III Congresso Internacional, IV Congresso Ibero-Americano, II Congresso Brasileiro de Acompanhamento Terapêutico. Porto Alegre, 2008. P. 122.

MENDES RIBEIRO, E. **Humanizatus**: um projeto coletivo. Boletim da Saúde. Porto Alegre: Humanização. 18(2): 79-86, 2004.

MIRANDA, C. **O Parentesco Imaginário**: história e representação social da **loucura** nas relações do espaço asilar. São Paulo: Ed. Cortez; Rio de Janeiro. Editora da UFRJ; 1994.

MOREIRA, J. **"Memórias do Dr. Juliano Moreira"**. Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, n° 1, 1907. Acesso em outubro de 2012.

OFAROL. **A história do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes** – UFAL: trajetória do tratamento oncológico em Alagoas – III. Disponível em: [http://www.ofarol.inf.br/anterior/12\\_04/page5.pdf](http://www.ofarol.inf.br/anterior/12_04/page5.pdf). Acesso em 26 de agosto de 2012.

OLIVEIRA, A. **Observação e entrevista em pesquisa qualitativa**. Revista FACEVV. Vila Velha, No. 4, Jan./Jun. 2010. p. 22-27.

OLIVEIRA, F; FORTUNATO, M. **Reabilitação psicossocial na perspectiva da reforma psiquiátrica**. Vivência, n. 32, 2007. Disponível em:  
[http://www.cchla.ufrn.br/vivencia/sumarios/32/PDF%20para%20INTERNET\\_32/CAP%2010\\_FRANCISCA%20BEZERRA\\_E\\_MARIA%20LUCINETE.pdf](http://www.cchla.ufrn.br/vivencia/sumarios/32/PDF%20para%20INTERNET_32/CAP%2010_FRANCISCA%20BEZERRA_E_MARIA%20LUCINETE.pdf). Acesso em: 07 jan. 2012.

OSÓRIO, M. **rádio: um expediente cognitivo para a divulgação da produção científica**. Maceió – AL, 2010. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Alagoas. Disponível em:  
 <[http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select\\_action=&co\\_obra=149025](http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=149025)>. Acesso em maio de 2012.

OSÓRIO, M; PINTO, A; BARROS, R. **Operacionalização e usabilidade na implantação de rádios universitárias**. In Anais do VI Congresso Brasileiro de Ensino Superior a Distância - ESuD, 2009, Maranhão.

PASSOS, E; BARROS, R. **A Construção do Plano da Clínica e o Conceito de Transdisciplinaridade**. Psicologia: Teoria e Pesquisa. Jan-Abr 2000, Vol. 16 n. 1, pp. 071-079.

PASSOS, E; BENEVIDES, R. **Clínica, política e as modulações do capitalismo**. Revista Lugar Comum, Rio de Janeiro, n. 19-20, p. 159-171, jan.-jun., 2004.

PAULA, R. **Um doutor contra doutos leigos: Teixeira Brandão e suas opiniões quanto ao poder de decisão sobre a custódia médica**. Rev. hist., São Paulo, n. 160, jun. 2009 . Disponível em <[http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-83092009000100011&lng=pt&nrm=iso](http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-83092009000100011&lng=pt&nrm=iso)>. Acessos em 14 ago. 2012.

PAULIN L; TURATO E. **Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970**. Hist Cienc Saude – Manguinhos 2004; 11(2):241-258.

PAULON, S. **A Análise de implicação como ferramenta na pesquisa-intervenção**. Psicologia & Sociedade, p. 18-25, set-dez, 2005. Disponível em:  
<http://www.scielo.br/pdf/%0D/psoc/v17n3/a03v17n3.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2012.

PELBART, Peter Pal. **Da função política do tédio e da alegria**. In: FONSECA, T; KIRST, P. **Cartografias e Devires: a construção do presente**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2003.

PIOVESAN, A. **Rádio e Educação: uma integração prazerosa**. In: BRABOSA FILHO, André; PIOVESAN, A; BENETON, R (org). **Rádio: sintonia do futuro**. São Paulo, Paulinas, 2004, p.35-50.

PITTA, A. **O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje?** In: \_\_\_\_\_ (Org). Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 19-30.

PORTAL DA SAÚDE SUS. **Diretrizes para a implementação do HumanizaSUS**. Disponível em:  
[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=28345](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=28345). Acesso em 29 de agosto de 2012.

PORTAL RÁDIO UNIVERSIDADE. **De Perto Ninguém é Normal**. Disponível em: <[http://coralx.ufsm.br/radio/alfa/viewpage.php?page\\_id=97](http://coralx.ufsm.br/radio/alfa/viewpage.php?page_id=97)>. Acesso em: jan. 2010.

PRIMO, A. **Interação mediada por computador**: comunicação, cibercultura, cognição. Porto Alegre: Sulina, 2007. Coleção Cibercultura.

RÁDIO MEC. **Rádio Mec**: 70 anos. Disponível em: <<http://www.radiomec.com.br/70anos/>> Acesso em Dezembro de 2009.

RAMOS, F; GEREMIAS, L. Instituto Municipal Philippe Pinel - RJ. **Instituto Philippe Pinel**: origens históricas Disponível em: <[http://www.sms.rio.rj.gov.br/pinel/media/pinel\\_origens.pdf](http://www.sms.rio.rj.gov.br/pinel/media/pinel_origens.pdf)> Acesso em Janeiro de 2011.

RAUTER, C. **Oficinas para quê?** Uma proposta ético-estético-política para oficinas terapêuticas. In: AMARANTE, P. (Org.). Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 267-277.

RIBEIRO, M. **A saúde mental em Alagoas**: trajetória da construção de um novo cuidado [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2012.

RIBEIRO, M. **A saúde mental em Alagoas**: trajetória da construção de um novo cuidado / Mara Cristina Ribeiro. - São Paulo, 2011. 243 p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

ROLDÃO, I; MOREIRA, R. **Um jornalista na loucura, despertando loucos por jornalismo**. In: MERHY, E; AMARAL, H (orgs.). A Reforma Psiquiátrica no Cotidiano II. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2007, p. 67- 81.

ROSA, L. Transtorno Mental e o Cuidado na Família. São Paulo: Cortez, 2003.

ROSSINI, M. **O cinema e a reconstituição do passado**. Cadernos IHU em Formação, São Leopoldo, v. 11, 2006.

ROTELLI, F. **Desinstitucionalização**: uma outra via, pp. 17-59. In Nicácio MF. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec, 1990.

RUBIM, A. **A contemporaneidade como idade média**. Interface \_ Comunicação, Saúde, Educação. V.4 , n.7, p.25-36, 2000. Disponível em: <http://www.interface.org.br/revista7/ensaio2.pdf>. Acesso em Maio de 2011.

RUBIM, A. **A contemporaneidade como Idade Média**. São Paulo: Interface, 2000.

SACCONI, L. **Dicionário Sacconi da Língua Portuguesa**. São Paulo: Editora Nova Geração, 2010.

SANTOMÉ, J. **A Educação em Tempos de Neoliberalismo**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

SANTOS, N. **A autonomia do sujeito psicótico no contexto da reforma psiquiátrica brasileira**. Psicologia: ciência e profissão, Brasília, v. 20, n. 4, dez. 2000. Disponível em: <http://pepsic.homolog.bvsalud.org> . Acesso dia 19 nov. 2010.

SARACENO, B. **A Reabilitação como Cidadania**. In: \_\_\_\_\_. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro: TeCorá, 1999. p. 111-142.

SEIXAS, A; MOTA, A; ZILBREMANN, M. **A origem da Liga Brasileira de Higiene Mental e seu contexto histórico**. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul – APRS. 2009; 31(1):82. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v31n1/v31n1a15.pdf>> Acesso em Janeiro de 2011.

SERVIÇO DE SAÚDE DR. CÂNDIDO FERREIRA. **Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira**. Disponível em: <<http://www.candido.org.br/>>. Acesso em: jan. 2010.

SILVA, A; BARROS, S; OLIVEIRA, M. **Políticas de saúde e de saúde mental no Brasil: a exclusão/inclusão social como intenção e gesto**. Rev Esc Enferm USP 2002; 36(1): Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reensp/v36n1/v36n1a01.pdf> Acesso em: outubro de 2012.

SILVA, M; FRANCISCO, D; BITTENCOURT, I; BARROS, R. **Criando laços via recursos informatizados no CAPS – Jatiúca**. Relatório Final/ Formulário Relatório de Projeto. Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Pesquisa-Ação (PIBIP-Ação, 2010-1011). Universidade Federal de Alagoas – UFAL – Maceió, abril. 2011.

SILVEIRA, R; REZENDE, D; MOURA, W. **Pesquisa-intervenção em um CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas**. Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia, 3 (2), 2010, 184-197. Disponível em: <http://www.fafich.ufmg.br/gerais/index.php/gerais/article/ViewDownl>

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS). **Compêndio básico**, 2009. Disponível em: [http://www.praia grande.sp.gov.br/arquivos/cursos\\_sesap2/Compendio%20B%20C3%A1sico%20-Sistema%20C3%A1nico%20de%20Sa%20C3%BAde%20-SUS.pdf](http://www.praia grande.sp.gov.br/arquivos/cursos_sesap2/Compendio%20B%20C3%A1sico%20-Sistema%20C3%A1nico%20de%20Sa%20C3%BAde%20-SUS.pdf) Acesso em outubro de 2012.

SORJ, B. **Brasil@povo: a luta contra a desigualdade na Sociedade da Informação**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

SOUZA, R. **O Discurso do protagonismo juvenil**. Tese. Programa de Pós Graduação em sociologia, da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. 2006.

STREPPPEL, F; FRANCISCO, D. **Do megafone ao microfone: percurso de uma oficina de rádio em saúde mental**. In: Salão de iniciação científica da pucrs, 9. 2008, Porto Alegre. Anais do IX Salão de Iniciação Científica da PUCRS. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2008a. CD ROM.

STREPPPEL, F. **Devir-loucura no rádio**. Dissertação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2010.

TUNDIS A; COSTA, N. **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. Petrópolis: Editora Vozes/Abrasco; 2001.

TUNDIS A; COSTA, N. **Cidadania e loucura**: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Vozes/ Abrasco; 1987.

UNISC – UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUZ. **Comunidade externa**. Disponível em: <[http://www.unisc.br/apesc/balanco\\_social2006/comunidade\\_externa.pdf](http://www.unisc.br/apesc/balanco_social2006/comunidade_externa.pdf)>. Acesso em: jan. 2010.

VENTURINI, E. **Habilitar-se em saúde mental**: observações críticas ao conceito de reabilitação. Arquivos Brasileiros de Psicologia, v. 55, n. 1, p. 56-63, 2003. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arp/v55n1/v55n1a07.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2012.

WANDERBROOCK JR, D. **A educação sob medida**: os testes psicológicos e o higienismo no Brasil (1914-1945). 169 fls. Dissertação (Mestrado em Educação). Universidade Estadual de Maringá. Orientadora: Maria Lúcia Boarini. Maringá, 2007. Disponível em: ><http://www.ppe.uem.br/dissertacoes/2007%20%20Durval%20Wanderbroock%20Junior.pdf>  
>Acesso em 14 de agosto de 2012.

WIKIALAGOAS. **Alagoas**. Disponível em: <http://www.wikialagoas.al.org.br>. Acesso em 26 de agosto de 2012.

YASSUI, S; COSTA-ROSA, A. **A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 27-37, jan.-dez. 2008.