

VII SEMANA INTERNACIONAL DE PEDAGOGIA

AS LUTAS DA PEDAGOGIA EM TEMPOS DE PANDEMIA: CIÊNCIA, EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO HUMANA.

29/11 a 05/12 de 2020 *ON-LINE*
Maceió - Alagoas - Brasil
Universidade Federal de Alagoas
Centro de Educação



ISSN1981 - 3031

SAÚDE MENTAL E OFICINAS TERAPÊUTICAS: produção de territorialidade,
inclusão e protagonismo

Rafael André de Barros (Ufal/Uncisal)
(rafael.barros@uncisal.edu.br)
Deise Juliana Francisco (Ufal)
(deisej@gmail.com)
Jeniffer da Silva Santos (Ufal/Ifal)
(jenifferss.ped@gmail.com)

RESUMO:

Este artigo emerge inicialmente de vivências e pesquisas com pessoas em sofrimento psíquico, e discute os espaços nos dispositivos de atenção a saúde mental como processos necessários para a inclusão, desenvolvimento e protagonismo. Discorre sobre a relevância dos espaços substitutivos de atenção a saúde mental. Entre as discussões necessárias dentro destes espaços, pautam-se como prioridades o desenvolvimento cognitivo, interação social, comunicação bidirecional, autonomia e protagonismo, criatividade, inclusão social, auto aceitação, mudança de paradigma da visão familiar e apropriação das Tecnologias Digitais da Informação e Comunicação (TDIC). Porém, para isto, é necessário refletir sobre o papel dos dispositivos de atenção a saúde mental, seus protagonistas e os espaços que se derivam dentro das políticas públicas direcionadas a saúde coletiva.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde mental. Habilitação psicossocial. Protagonismo.

1 SAÚDE MENTAL NO BRASIL: O SUS COMO APOIO AOS DISPOSITIVOS DE ATENÇÃO

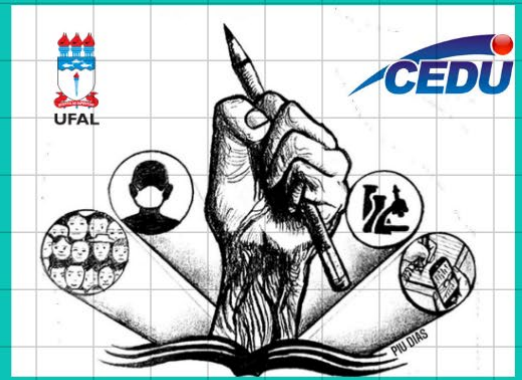
Embora a loucura tenha sido reconhecida como doença mental ainda no século XVII na Europa (FOUCAULT, 1972), apenas no século XX é que houve modificações significativas no cenário de tratamento destes sujeitos. Por exemplo, apenas em 1987 surgiram o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil, na cidade de São Paulo, e o primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) no município de Santos. Ambos visavam à substituição dos hospitais psiquiátricos, hospícios ou manicômios¹. “Por uma sociedade sem manicômios” era o lema dos trabalhadores

¹ 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).

VII SEMANA INTERNACIONAL DE PEDAGOGIA

AS LUTAS DA PEDAGOGIA EM TEMPOS DE PANDEMIA: CIÊNCIA, EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO HUMANA.

29/11 a 05/12 de 2020 *ON-LINE*
Maceió - Alagoas - Brasil
Universidade Federal de Alagoas
Centro de Educação



ISSN1981 - 3031

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, 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).

Porém, foi apenas a partir da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que 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

VII SEMANA INTERNACIONAL DE PEDAGOGIA

AS LUTAS DA PEDAGOGIA EM TEMPOS DE PANDEMIA: CIÊNCIA, EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO HUMANA.

29/11 a 05/12 de 2020 *ON-LINE*

Maceió - Alagoas - Brasil

Universidade Federal de Alagoas

Centro de Educação



ISSN1981 - 3031

sofrimento psíquico, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios” (BRASIL, 2005a, p. 8). 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, apresentando um crescimento exponencial mais acentuado do serviço uma cobertura de 0,66 CAPS por 100.000 habitantes (BRASIL, 2011).

1.2 CAPS: ESPAÇO DE TERRITORIALIDADE E PROTAGONISMO

VII SEMANA INTERNACIONAL DE PEDAGOGIA

AS LUTAS DA PEDAGOGIA EM TEMPOS DE PANDEMIA: CIÊNCIA, EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO HUMANA.

29/11 a 05/12 de 2020 *ON-LINE*

Maceió - Alagoas - Brasil

Universidade Federal de Alagoas

Centro de Educação



ISSN1981 - 3031

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 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) do usuário, 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,

VII SEMANA INTERNACIONAL DE PEDAGOGIA

AS LUTAS DA PEDAGOGIA EM TEMPOS DE PANDEMIA: CIÊNCIA, EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO HUMANA.

29/11 a 05/12 de 2020 *ON-LINE*

Maceió - Alagoas - Brasil

Universidade Federal de Alagoas

Centro de Educação



ISSN1981 - 3031

segundo suas necessidades” (BRASIL, 2004b, p. 16), para que sejam executadas pelos profissionais do CAPS 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 Intensivo², Atendimento Semi-Intensivo³, Atendimento Não Intensivo⁴.

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.

² 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).

³ 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).

⁴ 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).

VII SEMANA INTERNACIONAL DE PEDAGOGIA

AS LUTAS DA PEDAGOGIA EM TEMPOS DE PANDEMIA: CIÊNCIA, EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO HUMANA.

29/11 a 05/12 de 2020 *ON-LINE*

Maceió - Alagoas - Brasil

Universidade Federal de Alagoas

Centro de Educação



ISSN1981 - 3031

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).

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).

VII SEMANA INTERNACIONAL DE PEDAGOGIA

AS LUTAS DA PEDAGOGIA EM TEMPOS DE PANDEMIA: CIÊNCIA, EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO HUMANA.

29/11 a 05/12 de 2020 *ON-LINE*

Maceió - Alagoas - Brasil

Universidade Federal de Alagoas

Centro de Educação



ISSN1981 - 3031

Surge também o conceito de serviços em rede, 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). 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.

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 SUS⁵, 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

⁵ 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).

VII SEMANA INTERNACIONAL DE PEDAGOGIA

AS LUTAS DA PEDAGOGIA EM TEMPOS DE PANDEMIA: CIÊNCIA, EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO HUMANA.

29/11 a 05/12 de 2020 *ON-LINE*

Maceió - Alagoas - Brasil

Universidade Federal de Alagoas

Centro de Educação



ISSN1981 - 3031

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 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

VII SEMANA INTERNACIONAL DE PEDAGOGIA

AS LUTAS DA PEDAGOGIA EM TEMPOS DE PANDEMIA: CIÊNCIA, EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO HUMANA.

29/11 a 05/12 de 2020 *ON-LINE*

Maceió - Alagoas - Brasil

Universidade Federal de Alagoas

Centro de Educação



ISSN1981 - 3031

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. 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 OFICINAS TERAPEUTICAS NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: ESPAÇOS DE AUTOCONTRUÇÃO, PROTAGONISMO E RESSIGNIFICAÇÃO

As oficinas atividades terapêuticas comumente desenvolvidas na rede substitutiva de atenção à saúde mental e também fazem parte deste processo de

VII SEMANA INTERNACIONAL DE PEDAGOGIA

AS LUTAS DA PEDAGOGIA EM TEMPOS DE PANDEMIA: CIÊNCIA, EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO HUMANA.

29/11 a 05/12 de 2020 *ON-LINE*
Maceió - Alagoas - Brasil
Universidade Federal de Alagoas
Centro de Educação



ISSN1981 - 3031

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".

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:

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.

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

VII SEMANA INTERNACIONAL DE PEDAGOGIA

AS LUTAS DA PEDAGOGIA EM TEMPOS DE PANDEMIA: CIÊNCIA, EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO HUMANA.

29/11 a 05/12 de 2020 *ON-LINE*

Maceió - Alagoas - Brasil

Universidade Federal de Alagoas

Centro de Educação



ISSN1981 - 3031

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.

a) 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. b) 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. c) 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. d) 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).

Assim, 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).

REFERÊNCIAS

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.

BEZERRA JUNIOR, B. A Clínica e a reabilitação social. In: PITTA, A. (Org.). Reabilitação Psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec, 2001.

VII SEMANA INTERNACIONAL DE PEDAGOGIA

AS LUTAS DA PEDAGOGIA EM TEMPOS DE PANDEMIA: CIÊNCIA, EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO HUMANA.

29/11 a 05/12 de 2020 *ON-LINE*

Maceió - Alagoas - Brasil

Universidade Federal de Alagoas

Centro de Educação



ISSN1981 - 3031

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, 2004.

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.

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: TeCorá, 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.

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.

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 de outubro de 2020.

LANCETTI, A. loucura metódica. In Revista Saúde Loucura. N. 2, 1991. Editora HUCITEC. 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.

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

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