

# **Tecnologias digitais da informação e comunicação e habilitação psicossocial: o uso da tecnologia rádio na inclusão digital e educacional de sujeitos em sofrimento psíquico**

Rafael André de Barros<sup>1</sup>  
Jeniffer da Silva Santos<sup>2</sup>  
Deise Juliana Francisco<sup>3</sup>

**Resumo:** Este artigo emerge inicialmente da nossa vivência com pessoas em sofrimento psíquico, enquanto pesquisadores nos projetos “Saúde Mental e Tecnologias: Produções Bibliográficas e Dispositivos” desenvolvido no âmbito do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) e no projeto “Criando Laços Via Recursos Informatizados” desenvolvido no âmbito do Programa Institucional de Bolsa de Iniciação a Pesquisa Ação (PIBIP-AÇÃO); Das nossas experiências enquanto Professores do Centro de Educação a Distância (CED) da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL) e do Centro de Educação (CEDU) da Universidade Federal de Alagoas; Dos trabalhos desenvolvidos nos grupos de pesquisa Saúde Mental e Saúde Coletiva (SMSC/UNCISAL), Tecnologias da Informação e Comunicação Aplicadas à Educação e Saúde (TICASE/UNCISAL) e Tecnologias da Informação e Comunicação na Formação de Professores Presencial e a Distância (TICFORPROD/UFAL) e, por último e não menos importante, da nossa pesquisa do Mestrado e Doutorado, que analisou os efeitos das TDIC no processo de habilitação psicossocial de sujeitos em sofrimento psíquico através de oficinas terapêuticas em um CAPS na cidade de Maceió. Entre os achados destas pesquisas constantes neste artigo, destacaram-se o desenvolvimento cognitivo, interação social, comunicação bidirecional, autonomia e protagonismo, criatividade, inclusão digital e social, auto aceitação, mudança de paradigma da visão familiar e apropriação das Tecnologias Digitais da Informação e Comunicação (TDIC).

**Palavras-chave:** Tecnologias digitais da informação e comunicação. Inclusão digital. Habilitação psicossocial.

## **1 INTRODUÇÃO**

Os avanços das TDIC estão presentes nas relações suscitando novos hábitos na construção de subjetividades produzidas no ambiente em rede sendo o ciberespaço o local de ocorrência e promoção desta (SIBILIA, 2016). Esta ambiência informacional tem promovido um ambiente de formação de novos comportamentos e hábitos, a cibercultura, conduzindo seus atores a um novo modo de compreender o mundo que a circunda conduzindo-os a outras percepções de si mesmo, dos outros, da vida e das coisas (LEVY, 1999; SIBILIA, 2016).

As mudanças das quais atravessam a sociedade do século XXI, principalmente as advindas do amadurecimento das Tecnologias Digitais da Informação e Comunicação (TDIC), bem como sua constante integração e aceitação pelos pares societários, por muitas vezes tem sugerido uma reorganização de várias estruturas e práticas sociais bem como dos modos e meios de produção redefinindo antigas aplicações e técnicas, e criando novos papéis sociais (CASTELLS, 1999; SIBILIA, 2016).

Curiosamente, em paralelo ao desenvolvimento do ciberespaço, surge, por diversos motivos sociais, econômicos, demográficos (...) -, uma “ciberelite” (CASTELLS, 2003), com plena liberdade de mover e agir e, por outro lado, uma multidão presa à sua

---

<sup>1</sup> Professor assistente da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas.

<sup>2</sup> Professora Adjunto da Universidade Federal de Alagoas.

<sup>3</sup> Acadêmica em Pedagogia pela Universidade Federal de Alagoas.

existência física e nos espaços analógicos e entregue a privação da vida no ciberespaço.

Neste sentido, parte o desenvolvimento dos espaços virtuais da cibersociedade também acabam forjando e disseminando a exclusão em alguns grupos sociais historicamente excluídos do processo de sócio econômico da produção cotidiana da sociedade contemporânea, como é o caso de pessoas em sofrimento psíquico.

Muitos dos usuários do sistema de atenção à saúde mental despertam o interesse para o aprendizado da informática – inclusão digital - 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.

Porém, a integração das TDIC n 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).

Comentando a respeito dos benefícios do uso das TDIC no processo de ensino e aprendizagem especializada de sujeitos em sofrimento psíquico, Pellanda et al, pontua que, ao se apropriar das TDIC, o sujeito em sofrimento psíquico ressignifica a ferramenta dando-lhes a representação de extensão do seu corpo e de sua mente, alterando sua interface de forma “cognitiva, fisiológica, anatômica e subjetiva” com autonomia e protagonismo, construindo novos caminhos, novos saberes e novas experiências (2012, p. 60).

O reconhecimento da reinserção social perpassando a vivencia com as tendências tecnológicas pertinentes ao seu tempo propõe modificações nos tratamentos e oportunidades dados a estes sujeitos, pois de pouco se acrescenta (re) inserir estes sujeitos no convívio social aberto de maneira aleatória, entretanto alienando-os ainda mais das oportunidades sociais do seu tempo (FRANCISCO, 2007; Ribeiro, 2011).

Portanto, ancorado nos preceitos da partir da promulgação da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001 - que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental -, dos ideais da luta antimanicomial e o projeto de reforma psiquiátrica no Brasil que objetiva acabar com os manicômios substituindo-os por serviços comunitários, e na literatura que apontam para a necessidade de se aprofundar na temática da aprendizagem e habilitação psicossocial de sujeitos em sofrimento psíquico através do uso das TDIC, esse artigo pretende, a partir de uma revisão de literatura, apresentar uma reflexão acerca desta inserção no processo de habilitação psicossocial e inclusão digital de pessoas em sofrimento psíquico.

## **2 ATENÇÃO PSQUIÁTRICA E O PROCESSO DE HABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL NO BRASIL**

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 manicômios<sup>4</sup>. “Por uma sociedade sem manicômios” era o lema dos trabalhadores dessas instituições,

---

<sup>4</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).

e seus pacientes agradeciam dizendo: “vocês 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 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 (GRÁFICO 1), apresentando um crescimento exponencial mais acentuado do serviço uma cobertura de 0,66 CAPS por 100.000 habitantes (BRASIL, 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 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>5</sup> 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, 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

---

<sup>5</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 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).

poderá oferecer Atendimento Intensivo<sup>6</sup>, Atendimento Semi-Intensivo<sup>7</sup>, Atendimento Não Intensivo<sup>8</sup>.

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).

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).

---

<sup>6</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>7</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>8</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).

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).

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 SUS<sup>9</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).

---

<sup>9</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).

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 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” (HOUISS 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.

### **3 OFICINAS TERAPEUTICAS NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: ESPAÇOS DE AUTOCONSTRUÇÃO, PROTAGONISMO E RESSIGNIFICAÇÃO**

As oficinas atividades terapêuticas comumente 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**

<b>Espaço Criação:</b>	<b>de</b>	Oficina que possui como principal característica a utilização da criação artística, como atividade e espaço, a fim de propiciar a experimentação constante.
<b>Espaço Atividades Manuais:</b>	<b>de</b>	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.
<b>Espaço Promoção Interação:</b>	<b>de de</b>	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).

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).

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.

#### **4 TECNOLOGIAS DIGITAIS DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO**

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 midiaticizada 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 (STREPPEL, 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.

#### **4 O RÁDIO: UMA CAIXA MÁGICA, UM MUSEU DE GRANDES NOVIDADES**

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).

#### **4,1 Experimentos e referências na integração do rádio ao processo de reabilitação social em saúde mental**

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 experimentar 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 reprisada 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 (GORCZEVSKI, PALOMBINI e STREPEL, 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” (GORCZEWSKI, 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.

## REFERENCIAS

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.

BAUMAN, Z. A Modernidade Líquida. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

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 1 mai 2018.

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. 2017.

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 2017.

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 2018.

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 2018.

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 2018.

BRASIL. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial. Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial, 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 era da informação: economia, sociedade e cultura. 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.

CECCHIN, R. Loucutores 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, J. História da Psiquiatria no Brasil. um corte ideológico. Rio de Janeiro: Garamond, 2007.

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.

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.

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.

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.

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

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

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.

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

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

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: 1 mai 2018.

MELO, A; MAGNAGO, C. “De Perto Ninguém é Normal”: um processo de consolidação. 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. 122.

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 1 maio de 2018.

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.

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 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: 12 de jan. 2018.

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

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.

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.

RUBIM, A. A contemporaneidade como idade mídia. Interface \_ Comunicação, Saúde, Educação. V.4 , n.7, p.25-36, 2000. Disponível em: <http://www.interface.org.br/revista7/ensaio2.pdf>. Acesso em 1 de maio de 2018.

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.

SIBILIA, Paula. O homem pós-orgânico: corpo, subjetividade e tecnologias digitais. Rio de Janeiro: Ed. Relume Dumará, 2019.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS). Compêndio básico, 2009. Disponível em: [http://www.praia grande.sp.gov.br/arquivos/cursos\\_sesap2/Compendio%20B%C3%A1sico%20-Sistema%20%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20-SUS.pdf](http://www.praia grande.sp.gov.br/arquivos/cursos_sesap2/Compendio%20B%C3%A1sico%20-Sistema%20%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20-SUS.pdf) Acesso em outubro de 2017.

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.

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

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: 1 de jan. 2018.