



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**ARTICULAÇÃO SAÚDE MENTAL E ECONOMIA SOLIDÁRIA: relato de  
experiência de um projeto de inclusão social pelo trabalho**

**ARIADNE PEREIRA PEDROZA**

**CAJAZEIRAS-PB  
2010**

**ARTICULAÇÃO SAÚDE MENTAL E ECONOMIA SOLIDÁRIA: relato de  
experiência de um projeto de inclusão social pelo trabalho**

---

**Ariadne Pereira Pedroza**

**ARTICULAÇÃO SAÚDE MENTAL E ECONOMIA SOLIDÁRIA: relato de experiência de um projeto de inclusão social pelo trabalho**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem, da Unidade Acadêmica de Ciências da Vida, da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Francisca Bezerra de Oliveira  
Co-orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Maria Lucinete Fortunato



P372a Pedroza, Ariadne Pereira.  
Articulação saúde mental e economia solidária: relato de experiência de um projeto de inclusão social pelo trabalho / Ariadne Pereira Pedroza. - Cajazeiras, 2010.  
55f. : il. color.

Não disponível em CD.  
Monografia (Bacharelado em enfermagem) Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Formação de Professores, 2010.  
Contem Bibliografia, Apendice e Anexos

1. Saúde mental. 2. Inclusão social. 3. Economia solidaria. 4. Artefatos artesanais-geração de renda. I. Oliveira, Francisca Bezerra de. II. Fortunato, Maria Lucinete, III. Universidade Federal de Campina Grande. IV. Centro de Formação de Professores. V. Título

CDU 613.86

**Ariadne Pereira Pedroza**

**ARTICULAÇÃO SAÚDE MENTAL E ECONOMIA SOLIDÁRIA: relato de  
experiência de um projeto de inclusão social pelo trabalho**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem, da Unidade Acadêmica de Ciências da Vida, da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

---

**Prof<sup>ª</sup>. Dra. Francisca Bezerra de Oliveira**  
**Orientadora - Unidade Acadêmica de Ciências da Vida - UACV/UFCG**

---

**Prof<sup>ª</sup>. Dra. Maria Lucinete Fortunato**  
**Co-orientadora – Unidade Acadêmica de Ciências Sociais – UACS/UFCG**

---

**Prof<sup>ª</sup>. Esp. Cynara Carneiro Rodrigues**  
**Avaliadora Interna/UACV/UFCG**

**CAJAZEIRAS/PB**  
**2010**

UNIVERSIDADE FEDERAL  
DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
BIBLIOTECA SETORIAL  
CAJAZEIRAS - PARAIBA

*Encontrei nessa caminhada espinhos, perdas,  
muros altos e até me decepcionei, mas foi  
sentindo a presença daquele que me amou sem  
limites e me deu forças para fazer dos  
obstáculos, desafios, que não desisti. Por isso,  
consegui vencer! A Deus,*

*Dedico*

## AGRADECIMENTOS

*À minha mãe, Maria José, meu melhor e maior exemplo de mulher, mãe e profissional. Por ter me mostrado o caminho certo, ter me motivado sem limites e me dado o amor que sempre precisei. Obrigada pelo seu apoio e pelo que sou!*

*Ao meu pai, Zé Nildo, que mesmo com o seu jeito de ser, silencioso, sempre esteve preocupado comigo, fazendo todos os esforços para que meu estudo fosse prioridade. Muito obrigada por ser minha fonte de proteção! O senhor faz parte dessa vitória!*

*Ao meu irmão, Natan, pelo companheirismo, pelos momentos de alegria e pela ajuda durante o curso. Saiba que, embora tivéssemos nossas diferenças, essa conquista também é sua!*

*Ao meu noivo, Sócrates, meu companheiro durante esses 5 anos e amigo de todas as horas. Compreendeu minha ausência, abrindo mão dos momentos de convívio, sempre me apoiando; por isso que permaneci forte. Obrigada pela alegria que você trouxe a minha vida, pela amizade e por todo o amor que encontrei em você. Amo-te!*

*Aos meus avós, Nozinho e Espedita, João e Biluca, pelo carinho, atenção e sabedoria. A alegria de vocês e o cuidado que sempre tiveram comigo, me impulsionaram nessa vitória!*

*A toda minha família: tios, tias, primos e primas, presentes em todos os momentos, me fazendo cada dia mais feliz e me estimulando sempre! Obrigada!*

*À minha "segunda família", Tarcísio, Genecilda, Natália, Tarsila e Lamarck, pela oportunidade de aprender a aceitar as diferenças e pela contribuição de tornar esse sonho real!*

*À minha turma, pelos momentos, ora em harmonia, ora em conflito, mas que foram fundamentais para vencer as dificuldades. Levarei comigo um pouco de cada um. Obrigada por estarem ao meu lado nessa batalha! Sentirei muitas saudades!*

*Às minhas companheiras de apartamento, Pâmela, Karol e Patrícia, por dividirem momentos divertidos e muitas vezes, tão difíceis. Obrigada por terem me dado a oportunidade de construir junto a vocês uma relação de amizade e de ajuda mútua.*

*À amiga Mariana, pela amizade sincera, pelo seu otimismo e alegria. Agradeço pela força dada e pelos momentos de convívio, dos quais não esquecerei jamais. Serei sua amiga pra sempre!*

*Às amigas, Mislene, Merenice, Rosângela, Daiane, Luana, Piedade e Camila, pessoas especiais, com quem muito aprendi em nossas vivências compartilhadas e dificuldades enfrentadas. Obrigada pelo apoio e pelas palavras!*

*À Professora Francisca Bezerra que proporcionou junto ao PROBEX, o meu amadurecimento como pessoa e como futura profissional. Obrigada por ter sido exemplo de simplicidade e capacidade intelectual, além de me fazer acreditar que os desafios da saúde mental podem ser enfrentados e superados! Serei eternamente grata!*

*À professora Crislene Rodrigues e toda a equipe do Projeto da Incubadora, pela oportunidade e pelo meu aprimoramento intelectual. Aprendi a enxergar outras possibilidades e novos caminhos.*

*À Professora Lucinete Fortunato pela disponibilidade em contribuir com meu Trabalho de Conclusão de Curso. Obrigada pela atenção e gentileza.*

*Às amigas, Thayse, Jamille, Suelany e Kílvia, pela ajuda coletiva e pelo divertimento, mesmo durante os momentos de adversidades, agradeço a cada uma pela experiência de ter vencido juntas, um verdadeiro desafio.*

*A todos os professores da graduação de enfermagem que contribuíram para minha formação profissional. Em especial aos professores: Sérgio, Luciana, Antônio, Aníbis, Kennia, Dionísio, Roberta, Cynara, Mônica, Cláudia e Berenice, cuja amizade permanecerá por toda vida!*

*À Enfermeira Kênnya Formiga, preceptora do Estágio Supervisionado I, por ter sido um exemplo de mulher e profissional. Obrigada pelo seu jeito carinhoso e amigável, isso tornou o estágio bem mais gratificante!*

*A todos os funcionários do Hospital Universitário Alcides Carneiro, em especial, Lúcia, Iracema, Irlan, Maria José, Edilson, "Seu" Cláudio, Marcos, Klaves, Gilmara, "Fofinha", Guedijane e Maria, por terem me acolhido sem preconceitos durante o Estágio Supervisionado II, e principalmente, por contribuírem para que me tornasse uma profissional capacitada e humanizada!*

*A todos os profissionais do CFP/UFCG, em especial, Márcia, Marcelo, Joãozinho, Rômulo, Gilmar e Lidianne, a quem "atormentei" durante todo o curso! Obrigada!*

*Aos colegas de ônibus, por terem sido fonte de escuta e diversão durante nosso percurso de cada dia! Torço muito por vocês!*

*Aos profissionais e usuários do CAPS, pelo acolhimento e pelo aprendizado proporcionado em nossos encontros. Aprendi a ver o sofrimento do outro com um novo olhar e isso me tornou uma pessoa melhor! Obrigada!*

*Às crianças, Mariana, Hugo, Brena, Stela, Alessandra e Bruna, que estiveram presentes ao longo dessa caminhada, me proporcionando momentos de alegria e descontração.*

*A todos que passaram em minha vida, seja pelo gesto ou pela palavra. Obrigada!*



UNIVERSIDADE FEDERAL  
DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
BIBLIOTECA SETORIAL  
CAJAZEIRAS - PARAÍBA

*Viver é enfrentar desafios. Quem nunca  
enfrentou desafios, apenas passou pela  
vida, não viveu.*

Augusto Branco (Poeta Brasileiro)

## RESUMO

PEDROZA, Ariadne. Pereira. **Articulação Saúde Mental e Economia Solidária: Relato de experiência de um projeto de inclusão social pelo trabalho**. 2010. 69f. Monografia – Unidade Acadêmica de Ciências da Vida, Curso Bacharelado em Enfermagem, Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, PB, 2010.

A Reforma Psiquiátrica é um movimento social complexo, um novo paradigma em saúde mental, ancorada em conceitos como desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, através da construção de novas modalidades de atenção em saúde mental, baseadas em princípios solidários de cidadania e de produção de vida. Tem como um dos principais dispositivos a potencialização do trabalho como instrumento de inclusão social através de experiências de caráter solidário. A Economia Solidária mostra-se como um importante instrumento na rede de atenção em saúde mental, uma vez que, converge para a proposta de geração de renda dentro dos princípios da Reforma Psiquiátrica. Este estudo buscou caracterizar o perfil socioeconômico, epidemiológico e as habilidades com artesanato dos pacientes que participam do Projeto de Extensão de Capacitação de Usuários do Centro de Atenção Psicossocial de Cajazeiras – PB (CAPS II) para Produção de Artefatos Artesanais; descrever a experiência vivenciada e as atividades desenvolvidas do referido Projeto; e verificar a importância deste projeto de extensão para a melhoria da qualidade de vida do usuário. Trata-se de um estudo de caráter exploratório-descritivo, com abordagem quantitativa. Os sujeitos do estudo foram 15 pacientes do CAPS II do Município de Cajazeiras – PB que participam do Projeto de Extensão. O instrumento para a coleta de dados foi um questionário contendo questões objetivas juntamente com os prontuários e relatórios do serviço. Os dados quantitativos foram analisados através do índice de frequência e percentual. As atividades desenvolvidas no projeto de extensão foram descritas minuciosamente e foram destacadas algumas falas dos usuários acerca da importância do referido projeto no processo de autonomia e de reabilitação psicossocial. A pesquisadora seguiu fielmente as observâncias éticas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Constatou-se que os sujeitos do estudo são de ambos os sexos, encontram-se em sua maioria na faixa etária de 41 a 50 anos e sendo pessoas solteiras. A maioria não possui filhos e em relação ao grau de instrução, poucos concluíram o primeiro grau. Quanto à renda familiar, a maioria afirma ter renda de 1 a 2 salários mínimos, como também trabalhavam antes de serem usuários do CAPS. Através do levantamento dos prontuários, constatou-se diversificados tipos de diagnósticos, sendo os distúrbios esquizofrênicos os mais frequentes. A maioria participa das atividades terapêuticas relatando algum tipo de habilidade com artesanato. Todos relatam grande contribuição do Projeto para a sua melhoria da qualidade de vida. Na segunda etapa da pesquisa relatou-se as atividades desenvolvidas durante a execução do Projeto, como as capacitações e cursos ministrados. Percebeu-se que nos encontros alguns usuários expressavam seus sentimentos e as dificuldades encontradas foram superadas, favorecendo a inclusão social, a autonomia, a geração de renda e a melhoria na qualidade de vida de cada um. Torna-se premente a necessidade de implementação de políticas públicas municipais que promovam a articulação entre saúde mental e economia solidária, a sensibilização da sociedade e dos gestores municipais, contribuindo para reflexões acerca do cuidado em saúde às pessoas em sofrimento psíquico e seu processo de autonomia e (re) inserção social.

**Palavras - chave:** Saúde Mental. Economia. Qualidade de vida

## ABSTRACT

PEDROZA, Ariadne. Pereira. **Mental Health Articulation and Solidary Economy: Experience report of a social inclusion project through work.** 2010. 69f. Monograph – Academic Unit of Life Sciences, Bachelor's Course in Nursing, Federal University of Campina Grande, Cajazeiras, PB, 2010.

The Psychiatric Reform is a complex social movement, a new paradigm in mental health, grounded in concepts such as deinstitutionalization and psychosocial rehabilitation, through the construction of new modalities of attention in mental health, based upon solidary principles of citizenship and of life production. It has as one of the main devices the potentialization of work as a social inclusion instrument through experiences of solidary character. The Solidary Economy shows itself as an important instrument in the web of attention in mental health once it converges to the proposal of income production among the principles of the Psychiatric Reform. This study has sought to characterize the socioeconomic, epidemiologic profile, as well as the abilities with workmanship of the patients who have participated in the Training Extension Project of Users of the Center of Psychosocial Attention of Cajazeiras – PB (CAPSII) for the Production of Handicraft Artifacts; to describe the experience lived and the activities developed of the referred Project; and to verify the importance of this extension project to an improvement of the life quality of the user. It is an exploratory-descriptive study, with quantitative approach. The study subjects were 15 patients of the CAPS II from Cajazeiras – PB who participate in the Extension Project. The instrument for data collection was a questionnaire containing objective questions together with the promptuaries and reports of the service. The quantitative data have been analyzed through the frequency and percentage rate. The activities developed in the extension project have been described minutely and some speeches of the users about the importance of the referred project in the process of autonomy and psychosocial rehabilitation have been highlighted. The researcher has followed faithfully the ethical observances of the Resolution 196/96 of the National Council of Health. It has been verified that the subjects of the study are from both sexes, we have found that most of them are between the ages of 41 and 50 years old and all of them were single. Most of them do not have children and regarding the degree of instruction, just a few of them had concluded the elementary school. Concerning the familiar income, most of them have affirmed to have from 1 to 2 minimum wages, they also affirmed to have worked before being users of CAPS. Through the promptuaries survey, it has been verified diverse kinds of diagnosis, being the most frequent ones the schizophrenic disturbs. Most of them take part in therapeutic activities relating some sort of ability with workmanship. All of them have reported great contribution of the Project to their improvement in life quality. In the second step of the research it has been reported the activities developed during the execution of the Project, as well as the trainings and ministered courses. It has been perceived that during the meetings some users expressed their feelings, and the difficulties found were overcome, favoring the social inclusion, the autonomy, the income production and the improvement in the life quality of each one of them. It becomes urgent the necessity of the implementation of municipal public policies which promote the articulation between mental health and solidary economy, the sensitization of the society and the municipal managers, contributing to reflections about the health care to people in psychic suffering and their process of autonomy and social (re) insertion.

**Keywords:** Mental Health. Economy. Life Quality.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- CAPS** – Centro de Atenção Psicossocial
- CAPSad** – Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas
- CAPSi** – Centro de Atenção Psicossocial Infantil
- CEP** – Comitê de Ética e Pesquisa
- CFP** – Centro de Formação de Professores
- CID** – Código Internacional das Doenças
- CNSM** – Conferência Nacional de Saúde Mental
- COPPE/RJ** – Incubadora de Empresas/Rio de Janeiro
- DAPE** – Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
- ESF** – Estratégia de Saúde da Família
- FAPESQ** – Fundação de Apoio a Pesquisa do Estado da Paraíba
- FSM** – Fórum Social Mundial
- GTI** – Grupo de Trabalho Interministerial
- IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- ITCPs** – Incubadoras Tecnológicas de Cooperativas Populares
- IUEES** – Incubadora Universitária de Empreendimentos Econômicos Solidários
- MS** – Ministério da Saúde
- MTSM** – Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental
- OMS** – Organização Mundial de Saúde
- ONGs** – Organizações Não-Governamentais
- OPAS** – Organização Pan-Americana da Saúde
- PROEX** – Pró-Reitoria de Extensão
- PRONINC** – Programa Nacional de Incubadoras de Cooperativas Populares
- PT/MG** – Partido dos Trabalhadores/Minas Gerais
- SAS** – Secretaria de Atenção à Saúde
- SECTMA** – Secretaria de Estado da Ciência e Tecnologia e do Meio Ambiente
- SRTs** – Serviços Residenciais Terapêuticos
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- UEPB** – Universidade Estadual da Paraíba
- UFCG** – Universidade Federal de Campina Grande

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> - Distribuição dos participantes quanto ao sexo .....	33
<b>Gráfico 2</b> - Distribuição dos participantes quanto à faixa etária .....	34
<b>Gráfico 3</b> - Distribuição dos participantes quanto ao estado civil.....	34
<b>Gráfico 4</b> - Distribuição dos participantes quanto número de filhos.....	35
<b>Gráfico 5</b> - Distribuição dos participantes quanto ao grau de instrução.....	36
<b>Gráfico 6</b> - Distribuição dos participantes quanto à renda familiar.....	36
<b>Gráfico 7</b> - Distribuição dos participantes quanto ao trabalho antes de tornar-se usuário do CAPS .....	37
<b>Gráfico 8</b> - Distribuição dos participantes quanto ao diagnóstico.....	39
<b>Gráfico 9</b> - Distribuição dos participantes quanto à participação em atividades terapêuticas.....	39
<b>Gráfico 10</b> - Distribuição dos participantes quanto à habilidade com artesanato.....	40
<b>Gráfico 11</b> - Distribuição dos participantes quanto à importância do projeto para a melhoria da qualidade de vida.....	41
<b>Gráfico 12</b> - Distribuição dos participantes quanto à contribuição na melhoria da qualidade de vida.....	41

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> – Apresentação do projeto aos profissionais.....	43
<b>Figura 2</b> – Apresentação do projeto aos usuários.....	43
<b>Figura 3</b> – Programa Brasil Alfabetizado.....	44
<b>Figura 4</b> – Produção de papel reciclado.....	44
<b>Figura 5</b> – III Jornada de Capacitação em Saúde Mental.....	45
<b>Figura 6</b> – Curso de Incubação de Empreendimentos Econômicos Solidários.....	45

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	14
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	17
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	18
3.1 POLÍTICAS DE SAÚDE E REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL .....	18
3.2 NOVA RELAÇÃO DE TRABALHO ATRAVÉS DA ECONOMIA SOLIDÁRIA .....	22
3.3 SAÚDE MENTAL E INCLUSÃO SOCIAL: ARTICULAÇÃO COM A ECONOMIA SOLIDÁRIA.....	24
<b>4 MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....	29
4.1 TIPO DE ESTUDO .....	29
4.2 LOCAL DA PESQUISA .....	29
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	30
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO .....	30
4.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS .....	30
4.6 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	30
4.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS .....	31
4.8 ASPECTOS ÉTICOS .....	31
<b>5. DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS DADOS</b> .....	32
5.1 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E SOCIOECONÔMICO DOS USUÁRIOS .....	32
5.1.1 Sexo .....	32
5.1.2 Faixa Etária.....	33
5.1.3 Estado Civil .....	34
5.1.4 Número de Filhos .....	35
5.1.5 Grau de Instrução.....	35
5.1.6 Renda Familiar .....	36
5.1.7 Trabalhava antes de tornar-se usuário do CAPS .....	37
5.1.8 Diagnóstico.....	38
5.1.9 Participação em atividades terapêuticas .....	39
5.1.10 Habilidade com artesanato .....	40
5.1.11 Importância do Projeto para a melhoria da qualidade de vida .....	41
5.2 ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO PROJETO DE EXTENSÃO .....	42
5.2.1 Metodologia do Projeto .....	42
5.2.2 Atividades Realizadas.....	43
5.2.3 Formas de Acompanhamento e Avaliação do Projeto.....	45
5.2.4 Resultados Obtidos.....	46
5.2.5 Dificuldades Encontradas .....	47
5.2.6 Fala dos usuários .....	47
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	49
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	51
<b>APÊNDICE</b> .....	56
<b>APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO</b>	
<b>ANEXOS</b>	

## 1 INTRODUÇÃO

---

A partir do final da década de 1970, com o processo de redemocratização da sociedade brasileira, surgiu no Brasil o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que passou a ser o ator privilegiado na construção da Reforma Psiquiátrica e das críticas ao modelo psiquiátrico vigente - o “hospitalocêntrico”. As críticas formuladas eram devidas às condições de maus tratos, desassistência, alimentação precária destinada aos pacientes, bem como o processo de mercantilização da saúde, cronificação, estigmatização do doente mental e a hegemonia da rede privada em detrimento da rede pública (BRASIL, 2005b; OLIVEIRA, 2002).

Em 1987, com a realização do II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, o MTSM passou a denominar-se Movimento de Luta Antimanicomial, constituído por diversos atores sociais (profissionais, familiares, usuários, estudantes, intelectuais, dentre outros). Este movimento sinalizou a necessidade de uma estratégia política mais ampla de estabelecer um diálogo constante com a sociedade civil acerca da loucura, da estigmatização, da exclusão social. Indicou também a desinstitucionalização como conceito básico, que diz respeito à desconstrução do paradigma psiquiátrico e a construção de novas modalidades de atenção em saúde mental, de novos saberes e formas de lidar com o ‘sofrimento-existência’ do usuário, da necessidade de novas formas jurídicas e de repensar a loucura na sua complexidade, como evento individual, social, coletivo, cultural, linguístico e histórico (OLIVEIRA, 2002).

Como marco legal, temos a Lei Federal 10.216/2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, sendo considerada a Lei da Reforma Psiquiátrica. Dentre os serviços em saúde mental destacam-se as residências terapêuticas, os leitos de atenção integral em saúde mental, os centros de atenção psicossocial (CAPS), estes últimos, sendo considerados os serviços estratégicos da reforma (OLIVEIRA, et al., 2009).

Os CAPS são serviços vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS), substitutivos em saúde mental, abertos com o intuito de acolher o usuário com transtorno mental, estabelecendo sua integração social e familiar, por meio de atendimentos: medicamentoso, psicológico, oficinas terapêuticas, atividades de lazer, projetos de alfabetização, de geração de



renda e trabalho, visitas domiciliares, favorecendo o exercício dos direitos civis, o fortalecimento das relações interpessoais e a inclusão social (OLIVEIRA, 2002).

Sendo assim, os caminhos da Reforma Psiquiátrica ligam-se estreitamente aos do SUS, resultante também da mobilização de amplos setores da sociedade civil. A área da saúde mental é parte integrante desse sistema e, portanto, deve estar regulada e organizada de acordo com os seus princípios como o acesso universal, integralidade das ações e equidade na oferta de serviços. Além destes, os serviços vinculados ao SUS devem estar integrados em rede, baseados no acolhimento, no vínculo e no cuidado em liberdade, possibilitando ao paciente o resgate e/ou construção de sua autonomia através de trocas sociais e afetivas no cotidiano (OLIVEIRA et al., 2009; BRASIL, 2005b).

A ideia de rede subtende a articulação entre os dispositivos assistenciais, como os ambulatorios, a atenção básica, com destaque para a Estratégia de Saúde da Família (ESF), os serviços residenciais terapêuticos (SRTs), os CAPS, os centros de convivência e cultura, os leitos em hospitais gerais, entre outros dispositivos, dentro da cidade (MARTINS, 2007).

A mais nova estratégia do Governo Federal para a reabilitação psicossocial de pessoas com transtorno mental, como também daquelas que sofrem de transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, é a inclusão social pelo trabalho fruto da parceria da Secretaria Nacional de Economia Solidária, criada em 2003, vinculada ao Ministério do Trabalho e Emprego, com a Coordenação Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde, objetivando a criação de condições para que essas pessoas possam participar de forma efetiva em atividades produtivas (MARTINS, 2007).

Deste modo, as oficinas de geração de renda, a inclusão pelo trabalho, as cooperativas norteadas pela economia solidária são componentes fundamentais no processo de construção da Reforma Psiquiátrica. Deve existir, portanto, uma interconexão entre as políticas públicas da Reforma Psiquiátrica e da economia solidária. O importante é que ambas “têm como princípios comuns um outro projeto de sociedade que seja inclusiva, ética, humanizadora, justa, solidária e alternativa ao modo de produção capitalista” (ANDRADE, et al., 2008).

No caso da pessoa com transtorno mental, secularmente excluída, pensar na geração de renda por meio da economia solidária implica trabalhar a reabilitação psicossocial, a reintegração social, a busca pela independência financeira e sua relação com as redes múltiplas de pertencimento (OLIVEIRA, et al., 2010).

A formação inicial de empreendimentos solidários é frágil e necessita de apoio constante até sua emancipação, uma vez que, o mercado de trabalho é muito competitivo e desigual. Surge a falta de capital, de qualificação profissional, o trabalho torna-se marginal e

as pessoas passam a ganhar pouco ou são deslocadas para a economia informal. No caso dos usuários de saúde mental, a desvantagem é ainda maior por não cumprirem os requisitos mínimos que o mercado exige, nem o perfil profissional que buscam os empregadores, não esquecendo a resistência da família ao que é novo, o medo de perderem o benefício auxílio-doença, além dos diferentes estágios em que a doença se apresenta (MARTINS, 2007; BRASIL, 2005a).

Algumas universidades brasileiras, dentre as quais a Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), preocupadas com problemas sociais relacionadas ao trabalho, ofertam programas e projetos através de Incubadoras Tecnológicas de Cooperativas Populares (ITCP's), dando suporte e fortalecendo experiências relacionadas à economia solidária (COIMBRA; CARVALHO, 2007).

Nessa perspectiva, a Incubadora Universitária de Empreendimentos Econômicos e Solidários (IUEES) vinculada ao Programa Nacional de Incubadoras de Cooperativas Populares (PRONINC) da UFCG, foi constituída em 2008, e a partir de 2009, passou a dar suporte ao Projeto de Extensão de **“Capacitação de Usuários do Centro de Atenção Psicossocial de Cajazeiras – PB (CAPS II) para Produção de Artefatos Artesanais”**.

Neste projeto, tive oportunidade de participar ativamente como bolsista de extensão, percebendo a importância e os desafios colocados pelo referido projeto, para a reabilitação, a inclusão social, a construção da cidadania e a geração de trabalho e renda para os usuários do CAPS II de Cajazeiras – PB. Por ser um projeto de relevância social e cultural e pela experiência enriquecedora que o mesmo me proporcionou, decidi relatar essa vivência como forma de compartilhá-las com os profissionais, os estudantes, os usuários, os familiares e as pessoas sensíveis aos problemas e questões relacionadas à saúde mental.

## 2 OBJETIVOS

---

- Descrever a experiência vivenciada e as atividades desenvolvidas no Projeto de Extensão “Capacitação de Usuários do Centro de Atenção Psicossocial de Cajazeiras – PB (CAPS II) para Produção de Artefatos Artesanais”;
- Identificar o perfil socioeconômico, epidemiológico e as habilidades com artesanato dos pacientes que participam do referido Projeto de Extensão;
- Verificar a importância deste projeto de extensão para a melhoria da qualidade de vida do usuário.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

---

#### 3.1 POLÍTICAS DE SAÚDE E REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

No Brasil, como nos países da Europa Ocidental, a pobreza e a marginalidade para a ordem constituída foram inicialmente os princípios inspiradores da construção de instituições de internação, mantendo assim, a ordem social e fazendo com que a desordem fosse excluída do tecido social. Com isso, em 1852 foi criado o Hospital Psiquiátrico Pedro II, constituindo o marco institucional da assistência psiquiátrica brasileira (BRASIL, 2005b; OLIVEIRA, 2002).

Durante a segunda metade do século XX, a eficácia da assistência psiquiátrica por meio de internações passou a ser questionada de forma mais contundente, surgindo diversos movimentos psiquiátricos nos países da Europa Ocidental (Inglaterra, França, Itália), como também nos Estados Unidos, culminando com o surgimento de um novo paradigma científico e novas práticas da assistência em saúde mental, favorecendo a criação do Movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil (TOMASI, 2008; OLIVEIRA, 2002).

A Reforma Psiquiátrica surge no Brasil no final da década de 70, a partir do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), constituído por atores sociais diversificados: profissionais, estudantes, intelectuais, familiares, usuários, dentre outros. Este movimento social dá início efetivo à luta pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, faz denúncias e críticas sobre a violência dos manicômios, a mercantilização da loucura, a supremacia da rede privada de assistência e ao paradigma psiquiátrico manicomial (OLIVEIRA, 2002).

Para esta autora a Reforma Psiquiátrica é um movimento social complexo, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios, tem como objetivo um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, favorecendo a construção de novas modalidades de atenção em saúde mental.

O II Congresso Nacional do MTSM, em 1987, adota o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, onde houve a concretização na elaboração das propostas que previam a transformação da assistência psiquiátrica e a reinserção do paciente na sociedade. Neste mesmo ano, foi realizado a I Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro, como também a criação do primeiro CAPS no Brasil, na cidade de São Paulo (SILVA; OLIVEIRA; BERTANI, 2007; BRASIL, 2005a).

Em 1989 a Casa de Saúde Anchieta situada na cidade de Santos – SP, mais conhecida como a “Casa dos Horrores”, foi alvo de intervenção pelo gestor municipal devido os maus tratos aos pacientes psiquiátricos, sendo considerado outro grande passo da reforma psiquiátrica (SILVA, 2009).

Com a Constituição de 1988, foi criado o SUS – Sistema Único de Saúde, resultado de um grande processo de mobilização de amplos setores da sociedade civil e formado pela articulação entre as gestões federal, estadual e municipal, sob o poder de controle social, exercido através dos “Conselhos Comunitários de Saúde”. São princípios do SUS o acesso universal público e gratuito, a integralidade das ações e a equidade da oferta de serviços, sendo a rede de atenção mental parte integrante desse sistema.

No ano seguinte, foi proposto ao Congresso Nacional o Projeto de Lei 3.657/89 pelo deputado Paulo Delgado (PT/MG), objetivando a regulamentação dos direitos da pessoa com transtorno mental e a extinção progressiva dos manicômios no país, tornando-se o início das lutas da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo e a impulsão de muitos outros movimentos sociais no país (BRASIL, 2005a).

Outros eventos importantes para o processo de construção da Reforma Psiquiátrica no Brasil foram às realizações das Conferências Nacionais de Saúde Mental. Além da I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) citada anteriormente, destaca-se a II CNSM, realizada em 1992, tendo como resultado efetivo o compromisso da substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental; a III CNSM, realizada em 2001, teve como tema principal “Reorientação do Modelo Assistencial”, e afirmou a necessidade da construção de um modelo de atenção em saúde mental substitutivo ao manicomial, pautado pela ética, amplo acesso, qualidade da atenção e controle social, conferindo ao CAPS o valor estratégico para essa mudança; em junho de 2010, em Brasília, foi realizada a IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, com tema central “Saúde Mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios”, sendo um dos principais eixos discutidos os direitos humanos e cidadania como desafio ético e intersetorial, subsidiando ainda mais a Política Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2010; ANDRADE; BÜCHELE; GEVAERD, 2007; BRASIL, 2005a).

É importante destacar também a Lei 10.216, que após doze anos de tramitação no congresso, em 6 de abril de 2001 foi aprovada pelo Congresso Nacional e sancionada pelo Presidente da República. Embora o projeto original proposto pelo Deputado Federal Paulo Delgado tenha sido rejeitado, foi aprovado um substitutivo que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em

saúde mental, ficando conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira (AMARANTE, 2007).

Um aspecto fundamental da Reforma Psiquiátrica é o processo de desinstitucionalização de pessoas longamente internadas sendo impulsionado com a criação do Programa “De volta para Casa”, criado pela lei federal 10.708, votada e sancionada em 2003, sendo o instrumento mais efetivo para a reintegração social e emancipação dessas pessoas através do pagamento mensal de um auxílio-reabilitação, no valor de R\$ 240,00 (duzentos e quarenta reais) aos seus beneficiários. Atualmente, o valor do benefício passou a ser de R\$ 320,00 (trezentos e vinte reais) publicada pela Portaria nº. 1.954/2008, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005a).

A palavra-chave do processo de desinstitucionalização é o conceito de *desconstrução* não só do manicômio como também de saberes e estratégias [...] refere-se a um processo de invenção de novas possibilidades de assistência ancorado não mais no objeto fictício, a “doença”, mas à “existência-sofrimento do paciente e sua relação com o corpo social” [...] resgata a complexidade do fenômeno da loucura como aspecto biológico, político, cultural e social, ou seja, como expressão complexa da existência humana (OLIVEIRA, 2000, p.56).

Segundo Silva (2009), no Brasil, a Reforma Psiquiátrica tem possibilitado o surgimento de novas modalidades de atenção em saúde mental, experiências inovadoras fundamentadas na perspectiva da ética, da solidariedade, da cidadania, da produção de vida e invenção da saúde como CAPS, Núcleos de Atenção Psicossocial, Serviços Residenciais Terapêuticos, leitos de atenção integral em saúde mental nos hospitais gerais, dentre outros serviços.

De acordo com o Ministério da Saúde, Brasil (2005a), os CAPS são serviços abertos e comunitários do SUS, cuja função é prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais, regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção mental na rede básica, organizando assim, a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios. Devem ser substitutivos e não complementares ao hospital psiquiátrico e se diferenciam segundo o porte, capacidade de atendimento e clientela atendida, sendo organizados de acordo com o perfil populacional dos municípios brasileiros, nas seguintes modalidades:

- CAPS I: centros de menor porte, cobrindo municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, funcionando os cinco dias úteis da semana, com equipe mínima de 9 profissionais, tanto de nível médio como de nível superior e tendo como clientela adultos com

transtornos mentais severos e persistentes e transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas;

- CAPS II: serviços de médio porte, cobrindo municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, funcionando os cinco dias úteis da semana, podendo funcionar durante um terceiro turno, composto de uma equipe mínima de 12 profissionais, tanto de nível médio como de nível superior e tendo como clientela adultos com transtornos mentais severos e persistentes;

- CAPS III: serviços substitutivos de maior porte e complexidade, cuja cobertura são municípios com população acima de 200.000 habitantes, presentes hoje, em sua maioria, nas grandes metrópoles brasileiras, funcionam durante 24 horas (diariamente), também nos feriados e fins de semana, composto de uma equipe mínima de 16 profissionais, tanto de nível médio como de nível superior;

- CAPSi: centro de atendimento a crianças e adolescentes em municípios com população acima de 200.000 habitantes, funcionando os cinco dias úteis da semana, com equipe mínima de 11 profissionais de nível médio e de nível superior;

- CAPSad: especializado no atendimento de dependentes químicos (álcool e outras drogas) em municípios com população acima de 200.000 habitantes ou em cidades cuja localização geográfica, seja por fronteira ou rota de tráfico de drogas, necessitem deste serviço. Funcionam os cinco dias úteis da semana sendo composto de uma equipe mínima de 13 profissionais, tanto de nível médio como de nível superior.

Esses serviços devem procurar desenvolver ao máximo suas habilidades de atuar no território, ou seja, não apenas no espaço geográfico e sim, capaz de desenvolver relações com os vários recursos existentes na sua comunidade. Atualmente, sabe-se que foram implantados 1.513 CAPS no país através de um levantamento feito até junho de 2010 (BRASIL, 2010; BRASIL, 2009a; AMARANTE, 2007).

No processo de construção de uma lógica comunitária de atenção à saúde mental, os CAPS devem oferecer recursos fundamentais para a reinserção social das pessoas com transtornos mentais de modo a promover a autonomia dos mesmos por meio da reabilitação psicossocial. “A reabilitação é um processo que aumenta a capacidade do sujeito de estabelecer trocas sociais e afetivas nos diversos cenários: em casa, na rede social e no trabalho, resgatando assim, sua autonomia” (SARACENO *apud* OLIVEIRA, 2000). Assim, a tarefa de promover a reinserção social exige uma articulação ampla, favorecendo o agenciamento de experiências subjetivas, a singularidade do indivíduo e a reabilitação psicossocial por meio da geração de trabalho e renda.

Em 2008, 3% da população do Brasil sofria de transtornos mentais severos e persistentes, cerca de 6% apresentava transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas e 12% necessitavam de algum atendimento em saúde mental, demonstrando assim o alto número de pessoas que precisam de apoio para a reabilitação psicossocial por meio da atenção integral à saúde, da autogestão, do trabalho coletivo, das relações solidárias e da inclusão social (BRASIL, 2008).

### 3.2 NOVA RELAÇÃO DE TRABALHO ATRAVÉS DA ECONOMIA SOLIDÁRIA

A partir do início da década de 1980, o Brasil ingressou na mais longa crise de desenvolvimento desde a 2ª Guerra Mundial, registrando um aumento significativo do número de trabalhadores expulsos do mercado formal de trabalho (BARFKNECHT; MERLO; NARDI, 2006).

Tomasi (2008) afirma que desde o início da formação da sociedade capitalista, variados grupos sociais foram excluídos do mundo do trabalho, tornando o inaccessível às ocupações remuneradas o traço mais marcante da exclusão social na pós modernidade uma vez que, o não acesso à renda torna um indivíduo participante dessa sociedade um “não sujeito”.

Diante da luta contra o aumento da pobreza e do desemprego, dois caminhos foram traçados: a ocupação informal (autônoma e individual) e iniciativas próprias, cooperativas, associações e outras formas produtivas do tipo familiar, até mesmo microempresarial, através de experiências econômicas de caráter solidário. Tais alternativas tornaram-se possibilidades concretas de geração de trabalho e renda (TOMASI, 2008; BARFKNECHT; MERLO; NARDI, 2006).

A economia solidária emerge na década de 90, como uma experiência econômica e como resposta dada pela sociedade e pelos trabalhadores a essa realidade, sendo organizada e orientada pelos princípios da autogestão, cooperação e solidariedade, predominando a igualdade entre seus membros, cujas modalidades de trabalho são socialmente justas. Rompe com a lógica capitalista cujos princípios são a competição, o individualismo e a dominância do capital sobre o trabalho. Pauta-se em um conjunto de valores e princípios que propiciam o bem estar das pessoas no trabalho no qual, todos têm poder de decisão e são responsáveis pelo empreendimento (MEDEIROS; MEDEIROS, 2007).

Em contraposição ao capitalismo centrado no desenvolvimento econômico e na lógica exclusiva de mercado, a economia solidária apresenta-se como alternativa ao desemprego e às



relações empregatícias precarizadas, constituindo uma forma de trabalho por meio da inserção na sociedade, de exercício de cidadania, autonomia e democratização. Sua proposta é fundamentada nos autores clássicos, ou segundo o professor Paul Singer, socialistas utópicos: Owen, Fourier, Saint-Simon, dentre outros (MEDEIROS; MEDEIROS, 2007; SILVA; OLIVEIRA; BERTANI, 2007).

É antes de qualquer coisa, uma opção ética, política e ideológica, que se torna prática quando os optantes encontram os de fato excluídos e juntos constroem empreendimentos produtivos, rede de trocas, instituições financeiras, escolas, entidades representativas, etc., que apontam para uma sociedade marcada pela solidariedade, da qual ninguém é excluído contra vontade (SINGER, 2005, p. 11).

O Movimento da Economia Solidária no Brasil tem como marco histórico de sua organização o encontro realizado em 2000, na cidade de Mendes no Rio de Janeiro, síntese dos encontros nacionais e internacionais entre os anos de 1988 e 1998 sobre experiências de economia popular e autogestão, com a participação de vários países latino-americanos e europeus, cooperativas, associações, sindicatos, instituições de desenvolvimento, etc., constituindo o grande passo para a criação do Grupo de Trabalho Brasileiro de Economia Solidária realizado em 2001 na cidade de Porto Alegre, durante o Fórum Social Mundial (ANDRADE, et al., 2008).

Segundo Andrade et al (2008), para que fosse reconhecido o espaço de oportunidades da economia solidária, foi realizada em 2002, na cidade de São Paulo, a I Plenária Nacional da Economia Solidária, no qual foi elaborada a “Carta ao Governo Lula”, propondo a criação da Secretaria Nacional de Economia Solidária, o que veio a acontecer em 2003, tornando essa economia fortalecida e divulgada, mediante políticas públicas integradas; a II Plenária Nacional da Economia Solidária ocorreu durante o III FSM em 2003 na cidade de Porto Alegre, cuja proposta foi a criação do Fórum Brasileiro de Economia Solidária, mais tarde sendo deliberado e criado durante a III Plenária Nacional da Economia Solidária, realizada em 2003, na cidade de Brasília, composto por trabalhadores, empreendedores da economia solidária no país, agências de fomento, de pesquisa, de incubação, de assessoria e de gestores públicos.

### 3.3 SAÚDE MENTAL E INCLUSÃO SOCIAL: ARTICULAÇÃO COM A ECONOMIA SOLIDÁRIA

Um dos principais dispositivos da Reforma Psiquiátrica é a potencialização do trabalho como instrumento de inclusão social dos usuários do serviço e a ampliação do acesso a renda que tem sido uma das ações prioritárias do Governo Federal, especialmente no que se refere às populações que se encontram em desvantagem social, através da parceria da Secretaria Nacional de Economia Solidária, do Ministério do Trabalho e Emprego, com a Coordenação Nacional de Saúde Mental/DAPE/SAS/MS, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009b; MARTINS, 2007).

A primeira experiência de cooperativa com a inclusão de pessoas com transtornos mentais foi criada na década de 1970, no manicômio de San Giovanni. O objetivo da Cooperativa Lavoratori Uniti era a valorização do trabalho das pessoas internadas, composta de ex-internos, hóspedes e trabalhadores da cidade. Foi juridicamente reconhecida em 1974, passando a desenvolver serviços de limpeza dentro do hospital (NICÁCIO; MANGIA; GHIRARDI, 2005).

A partir da década de 80 as cooperativas sociais se expandiram e fortaleceram, porém, no cenário nacional, na década de 90 a discussão ainda era restrita, sendo mais tarde, em 1994, proposto um projeto de lei para a criação das cooperativas para a regulamentação e inserção de pessoas em situação de desvantagem no mercado de trabalho, como os deficientes mentais, físicos e sensoriais, dependentes químicos, egressos de sistema prisional, idosos de suporte social restrito, adolescentes, entre outros. Este projeto tramitou no Congresso Nacional, sendo alterado e promulgado em 1999 (NICÁCIO; MANGIA; GHIRARDI, 2005).

Em 2004 foi realizado o primeiro encontro Nacional de Centros de Atenção Psicossocial e a promoção conjunta, pelos Ministérios da Saúde e do Trabalho e Emprego, da primeira Oficina Nacional de Experiências de Geração de Renda de Usuários de Saúde Mental. Naquela oportunidade foram identificadas 156 iniciativas de geração de renda formadas por pessoas com transtornos mentais, entre cooperativas, associações e grupos de trabalho, sendo Pelotas o primeiro município a encaminhar o projeto e receber o incentivo para organizar e implementar uma Oficina de Papel Reciclado. Isso demonstra que apesar de diferentes e de frágil sustentação financeira, estas experiências produzem autonomia e inclusão social e nascem, em sua maioria, dentro dos CAPS e nos Centros de Convivência e Cultura. Dentre as deliberações desta Oficina destacam-se a criação de um grupo de discussão nacional sobre o tema, bem como a instituição de um Grupo de Trabalho Interministerial,

publicado pela Portaria Interministerial nº353/2005 e composto por pessoas dos dois movimentos, para a construção e implementação dessa política dando início ao Projeto de inclusão Social pelo Trabalho em Saúde Mental (GIGANTE; BASTOS; VOLZ, 2008; BRASIL, 2006; BRASIL, 2005a).

O Ministério da Saúde - Brasil (2006) destaca que o Grupo de Trabalho Interministerial apresenta as seguintes atribuições:

– Propor e estabelecer mecanismos de articulação entre as ações das políticas de saúde mental e economia solidária, elaborando e propondo atividades de parceria entre as duas políticas;

– Realizar mapeamento das experiências de geração de renda e trabalho, cooperativas, bolsa-trabalho e inclusão social pelo trabalho, realizadas no âmbito do processo da Reforma Psiquiátrica;

– Propor mecanismos de apoio financeiro para as experiências de geração de renda e trabalho em saúde mental, além de atividades de formação, capacitação e produção de conhecimento nesta articulação, bem como apoio jurídico adequado;

– Estabelecer condições para a criação de uma Rede Brasileira de Saúde Mental e Economia Solidária; e

– Propor mecanismos de parceria interinstitucional, no âmbito nacional e internacional.

De acordo com o GTI, o que identifica como iniciativa de geração de trabalho e renda solidários são as experiências que possibilitem o processo de emancipação das pessoas com transtornos mentais, favorecendo a sua participação na comunidade, incentivem a autogestão e a participação democrática, permitam a inclusão em redes de comercialização, rede de oportunidades, fóruns de economia solidária, busquem o desenvolvimento local além de parcerias, tanto de apoio técnico e tecnológico, como de participação na vida social e comunitária, operem com a perspectiva da intersetorialidade, articulando a participação de outras entidades/instituições, tais como: Incubadoras Universitárias, associações comunitárias e de usuários, Organizações não-governamentais, entre outras, enfim, que propiciem os processos de trabalho e formas de gestão sob os princípios da economia solidária, promovendo efetiva participação na vida social das pessoas com transtornos mentais e/ou com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2006).

Para que o plano de reabilitação dos usuários da rede de saúde mental possa de fato se efetivar por meio da articulação saúde mental e economia solidária, o GTI se estrutura em quatro eixos: mapeamento de iniciativas de geração de renda em saúde mental e cadastro no

Sistema Nacional de Informações em Economia Solidária , assim como sua atualização no Cadastro de Iniciativas de Inclusão Social pelo Trabalho, promovendo parcerias e articulações através da comercialização e da produção; formação, capacitação, assessoria e incubagem em pontos que precisam de investimentos para o fortalecimento dos empreendimentos; financiamento, subsidiado pela Portaria 1169/2005, destinando incentivo financeiro para os municípios que se habilitarem junto ao Ministério da Saúde para o desenvolvimento de atividades de inclusão social pelo trabalho; e o quarto eixo é a problematização da legislação neste campo, como a perda e os benefícios sociais, como a aposentadoria por invalidez e a forma jurídica dada aos empreendimentos da saúde mental, já que a clientela é vista pela lei como incapaz e inválida (MARTINS, 2007; BRASIL, 2006).

Os Centros de Convivência e Cultura são espaços de sociabilidade, produção cultural e intervenção na cidade para pessoas com transtornos mentais articulados com todos os outros dispositivos que compõem a rede de atenção substitutiva em saúde mental, além de redes de assistência social, dos campos de trabalho, da cultura e da educação, tendo como grande eixo de trabalho as oficinas e as atividades coletivas, funcionando também como importantes incubadoras de geração de renda (BRASIL, 2005b).

As chamadas oficinas terapêuticas são definidas, segundo o Ministério da Saúde, através da Portaria 189 de 19/11/1991, como atividades grupais de socialização, expressão e inserção, ou seja, promove o exercício de cidadania até a expressão de liberdade e convivência intersocial. Sabemos que essas oficinas terapêuticas são importantes atividades que promovem o exercício da cidadania a expressão de liberdade e convivência através da arte, em primeiro momento, e depois a perspectiva da reinserção e da reabilitação psicossocial e os profissionais que trabalham em CAPS sabem dessa importância como também, das associações e das cooperativas para efetiva inclusão social das pessoas em desvantagem social, como as pessoas com transtornos mentais e/ou sofrimento psicossocial (BRASIL, 2005a; VALLADARES, et al., 2003).

Outro aspecto a ser destacado no que diz respeito à articulação entre saúde mental e economia solidária é a incubagem de empreendimentos econômicos solidários por meio de incubadoras universitárias (ou por ONGs e algumas prefeituras), que consistem basicamente no levantamento sobre as necessidades, potencialidades e expectativas do empreendimento, bem como métodos de atividades econômicas possíveis de serem desenvolvidas, análise da viabilidade do empreendimento, elaboração do plano de negócios, discussão sobre organização formal, acompanhamento psicossocial, administrativo, contábil e jurídico e por fim, o processo de desincubagem (ANDRADE, et al., 2008).

O Programa Nacional de Incubadoras de Cooperativas (PRONINC) tem como objetivo apoiar e desenvolver as experiências de Incubadoras Tecnológicas de Cooperativas Populares – ITCP, através da disponibilização de recursos provenientes tanto do Ministério do Trabalho e Emprego bem como, do Ministério da Saúde. Duas estratégias foram de grande importância para o fortalecimento do programa, a primeira quando foi enviado o ofício circular nº 015/2005 do Ministério da Saúde às Incubadoras, citando a experiência pioneira do acompanhamento de quase 10 anos da COPPE/UFRJ à Cooperativa da Praia Vermelha e propondo o estabelecimento de parcerias com projetos de incubagem envolvendo pessoas com transtornos mentais e/ou decorrentes do uso de álcool e outras drogas, sugerindo também a inclusão destas iniciativas nos planos de trabalho das incubadoras. A segunda foi o lançamento do edital do PRONINC – Modalidade B em 2007, definindo que na inclusão de novos empreendimentos a serem apoiados, deveriam ser preferencialmente incorporados, dentre outros, aqueles constituídos por usuários dos serviços de saúde mental, álcool e outras drogas (ANDRADE, et al., 2008; BRASIL, 2006).

As ITCP's buscam articular multidisciplinarmente áreas de conhecimento de universidades brasileiras com grupos populares interessados em gerar trabalho e renda, visando a contribuir na formação de cooperativas populares dando suporte à formação até a gestão e desenvolvimento do empreendimento (BRASIL, 2006).

Entre maio de 2009 a janeiro de 2010, foi desenvolvido no CAPS do município de Cajazeiras – PB, em parceria com a Universidade Federal de Campina Grande, o Projeto de Extensão “Capacitação de Usuários do Centro de Atenção Psicossocial de Cajazeiras – PB (CAPS II) para Produção de Artefatos Artesanais” sendo acompanhado sistematicamente e com um certo apoio financeiro da Incubadora de Empreendimentos Sócio-Econômicos Solidários da referida universidade (IUEES/UFCG), cujo objetivo foi promover a inclusão social de usuários por meio de sensibilização e capacitação dos mesmos para que pudessem desenvolver habilidades através da reciclagem visando à sua autonomia e a geração de renda e trabalho.

A IUEES/UFCG foi criada em 2008, na cidade de Campina Grande/PB, a fim de assistir a duas comunidades que fazem parte do citado município, os catadores de lixo e os agricultores do distrito de São José da Mata, e uma comunidade na cidade de Cajazeiras, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II). É apoiada e financiada com recursos da Secretaria de Estado da Ciência e Tecnologia e do Meio Ambiente (SECTMA) e pela Fundação de Apoio a Pesquisa do Estado da Paraíba (FAPESQ).

Deste modo, corrobora-se com as ideias de Oliveira e Fortunato (2007, p.161) quando

afirmam que é preciso colocar o nosso conhecimento, ousadia, paixão e criatividade a serviço da construção de uma sociedade mais justa, mais fraterna, que acolha o diferente e veja positividade na experiência da loucura. “Só assim será possível construir práticas fundamentadas num cuidar competente, ético, criativo e solidário” e proporcionar a inclusão social, por meio de geração de renda, de pessoas com problemas mentais.

## 4 MATERIAIS E MÉTODOS

---

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, com abordagem quantitativa.

A pesquisa quantitativa preocupa-se em medir (quantidade, frequência e intensidade) e analisar as relações causais entre as variáveis. Suas características principais são: emprega, geralmente, para a análise dos dados, instrumental estatístico, utiliza dados que representam uma população específica (amostra) e usa como instrumento para coleta de dados, questionário estruturado, elaborados com questões fechadas [...] (TERENCE; ESCRIVÃO FILHO, 2006, p. 3).

É uma pesquisa exploratória por proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses, cujo objetivo é o aprimoramento de ideias, e descritiva por descrever características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis (GIL *apud* WEIRICH, 2009).

### 4.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) do município de Cajazeiras/PB.

O município de Cajazeiras/PB está localizado no Oeste Paraibano, distanciando 476 km da capital João Pessoa, sendo considerada a 6ª maior cidade do estado, com uma população estimada em 58.319 habitantes, predominantemente urbana (77%). Atua como importante centro urbano regional devido sua localização estratégica, aliado ao seu dinamismo econômico e cultural, fazendo fronteira com os estados do Ceará, Rio Grande do Norte e Pernambuco (IBGE, 2010).

Segundo a Secretaria de Saúde, atualmente a cidade de Cajazeiras dispõe de uma Clínica Psiquiátrica com 20 leitos, um CAPS II que atende aproximadamente 45 pacientes em regime intensivo e semi-intensivo, um CAPSad que atende 35 usuários intensivo e semi-intensivo e um CAPSi, todos situados na zona urbana do município. Esses serviços estão formados por uma equipe multidisciplinar, composta de médico psiquiátrico, psicólogo, enfermeiro, assistente social, farmacêutico, técnico de enfermagem, monitores e auxiliares de serviços diversos. Além disso, está em tramitação o Projeto de criação da Residência Terapêutica, constituindo assim, uma rede de atenção em saúde mental ancorada nos princípios da Reforma Psiquiátrica e do SUS.

#### 4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população foi constituída pelos 35 usuários intensivos com transtornos mentais em tratamento no CAPS II e a amostra constituída por 15 pacientes, os quais participaram do Projeto de Extensão “Capacitação de Usuários do Centro de Atenção Psicossocial de Cajazeiras – PB (CAPS II) para Produção de Artefatos Artesanais”, na vigência de maio de 2009 a janeiro de 2010.

#### 4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os critérios de inclusão foram os seguintes: os pacientes terem acima de 18 anos, terem disponibilidade para participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO). O critério de exclusão são os pacientes que não participaram do Projeto de Extensão “Capacitação de Usuários do Centro de Atenção Psicossocial de Cajazeiras – PB (CAPS II) para Produção de Artefatos Artesanais”, vigência 2009/2010. A participação na pesquisa foi voluntária.

#### 4.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Para realizar a coleta de dados, foi utilizado um questionário aplicado aos usuários do CAPS II (APÊNDICE A), composto de questões objetivas para a identificação do perfil epidemiológico e socioeconômico dos usuários: sexo, idade, estado civil, número de filhos, grau de instrução, renda familiar, diagnóstico, participação em atividades terapêuticas e habilidade com artesanato, importância do projeto para produção de saúde mental do usuário. Além disso, foram utilizados os prontuários e relatórios do serviço.

#### 4.6 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

A pesquisadora responsável fez uma reunião no CAPS II com os usuários participantes do Projeto de Extensão e aplicou o questionário. Para isso foi solicitado à Coordenação do Curso Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, localizada na cidade de Cajazeiras/PB, um ofício que foi apresentado à responsável pela instituição do estudo, na qual a pesquisa foi desenvolvida. A coleta dos dados ocorreu em novembro de 2010, após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB.



A partir da participação efetiva nas oficinas de geração de trabalho e renda, do registro das atividades realizadas em um diário de campo, bem como dos dados do relatório final, foram descritas as atividades desenvolvidas no projeto de extensão, no período de maio de 2009 a janeiro de 2010.

#### 4.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados quantitativos foram analisados no programa *Microsoft Excel*, versão *Windows Vista Basic*, através do índice de frequência e percentual, com apresentação por meio de gráficos para melhor visualização e assim serem confrontados com a literatura pertinente.

As atividades desenvolvidas no projeto de extensão foram descritas minuciosamente, destacando-se: as oficinas de geração de trabalho, número de participantes, os cursos de capacitação, as palestras realizadas, as reuniões, as dificuldades e as possibilidades a partir deste projeto de geração de renda e trabalho. Foram destacadas também algumas falas dos usuários acerca da importância do referido projeto no processo de autonomia e de reabilitação psicossocial.

#### 4.8 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi encaminhado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da UEPB – Campina Grande/PB e aprovado com o protocolo de número 0446.0.133.000-10.

Os informantes, no momento da aplicação do questionário, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, obedecendo fielmente aos aspectos éticos e legais da Resolução 196/96 do Ministério da Saúde, referente à pesquisa envolvendo seres humanos que trata da participação voluntária, confidencialidade dos dados, anonimato, desistência a qualquer momento da pesquisa e permissão para publicação da mesma (BRASIL, 1996).

## 5 DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS DADOS

---

Os resultados apresentados relacionam-se, em um primeiro momento, com a caracterização do perfil epidemiológico e socioeconômico dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) da cidade de Cajazeiras/PB, através de gráficos, sendo confrontados com a literatura pertinente. Considerou-se as variáveis de identificação como: sexo, idade, estado civil, número de filhos, grau de instrução, renda familiar, diagnóstico, participação em atividades terapêuticas e habilidade com artesanato, importância do projeto para produção de saúde mental dos usuários.

Em um segundo momento, foram descritas as atividades desenvolvidas no projeto de extensão, no período de maio de 2009 a janeiro de 2010, obtidos dos dados do relatório final, destacando-se: as oficinas de geração de trabalho, número de participantes, os cursos de capacitação, as palestras realizadas, as reuniões, as dificuldades e as possibilidades a partir deste projeto de geração de renda e trabalho. Foram destacadas também algumas falas dos usuários acerca da importância do referido projeto no processo de autonomia e de reabilitação psicossocial.

### 5.1 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E SOCIOECONÔMICO DOS USUÁRIOS DO CAPS II

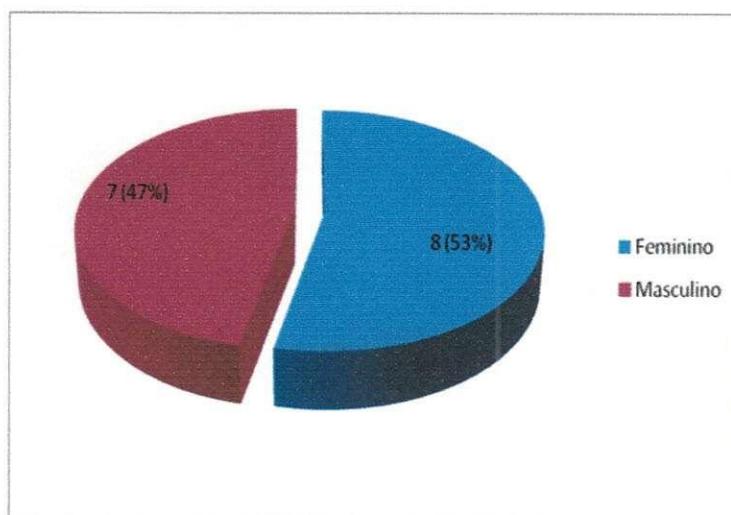
Durante o mês de novembro de 2010 foi realizado o diagnóstico de 15 pacientes participantes do projeto, através do acompanhamento diário das atividades do CAPS, do levantamento de prontuários e da aplicação da entrevista. O objetivo foi de identificar a realidade cultural, socioeconômica e as habilidades dos usuários do CAPS II.

Medeiros (2005) aponta que no Brasil, o número de estudos com enfoque epidemiológico e socioeconômico, na prevalência de transtornos mentais ou no processo saúde-doença mental, ainda é pequeno. Porém, o interesse por essa área de pesquisa vem aumentando consideravelmente. As produções de dados, posteriormente transformados em informações são de grande importância para administração e planejamento das ações de saúde, principalmente, no campo da saúde mental.

#### 5.1.1 Sexo

Os sujeitos deste estudo foram caracterizados por 07 (47%) pertencentes ao sexo masculino e 08 (53%), pertencentes ao sexo feminino. Esses dados confirmam que na maioria

dos estudos epidemiológicos, há predominância do sexo feminino nos serviços de saúde, justificada pelo fato das mulheres se preocuparem mais com a promoção da saúde, a prevenção da doença, como também de serem mais susceptíveis a doenças, dessa forma, procurarem mais os serviços de saúde que os homens (ROUQUAYROL *apud* MEDEIROS, 2005)

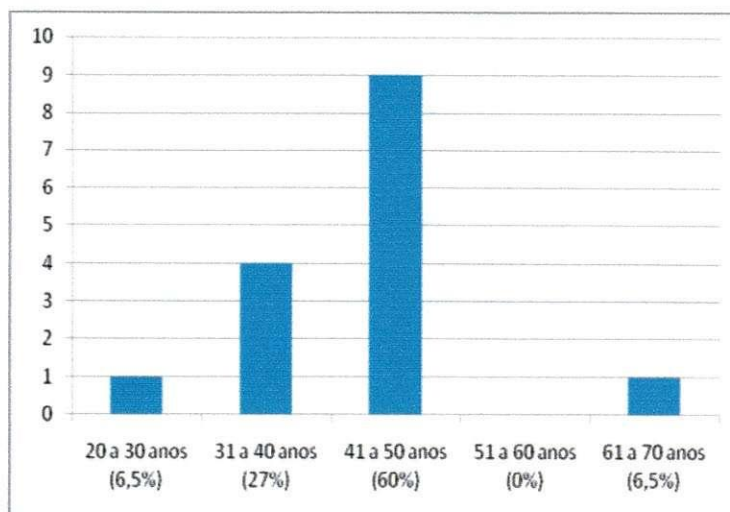


**Gráfico 1 – Sexo**

Sabe-se que, ao longo dos anos, o papel da mulher vem sofrendo mudanças na sociedade. Houve uma acentuada carga crescente de estresse ocasionada por exercer atividades que eram específicas do sexo masculino, sem abdicar das funções que já exerciam. Tudo isso, aliado ainda ao maior envolvimento hormonal devido a sua estrutura orgânica, como as gestações, o climatério e a menopausa, à violência doméstica e sexual em expansão, contribuindo assim, para maior suscetibilidade a desenvolver transtornos mentais e fazer uso de medicação psicotrópica (OPAS/OMS,2001).

### **5.1.2 Faixa Etária**

Quanto à idade apresentam entre 22 e 61 anos, sendo que a maioria se encontra entre 41 a 50 anos (9; 60%). Segundo a OPAS/OMS (2001), 10% dos transtornos mentais e comportamentais estão presentes na fase adulta, porém não devem ser desconsiderados casos na população jovem, além de distúrbios na velhice.

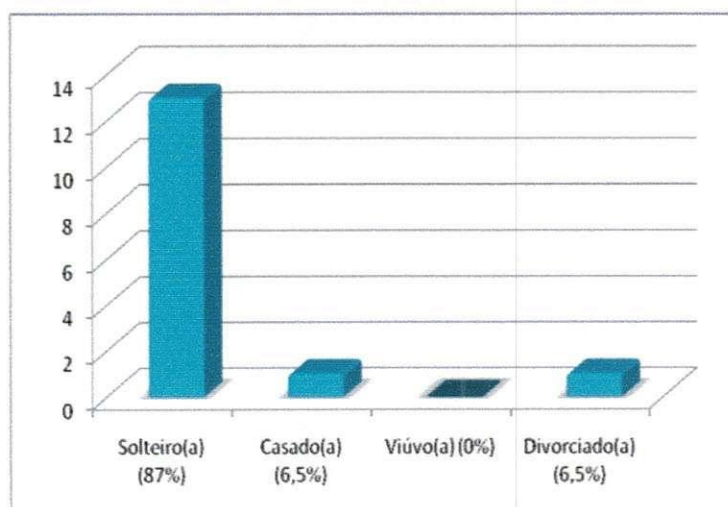


**Gráfico 2 – Faixa Etária**

Pode-se afirmar que é um grupo constituído por pessoas jovens e que a faixa de 20 a 40 anos corresponde ao período do ciclo vital, no qual as pessoas se encontram mais produtivas, consequentemente, sofrem maior pressão social, pelo fato de terem que estar no mercado de trabalho, constituir família e contribuir socialmente. A predominância na faixa etária de 41 a 50 anos corresponde ao período de alta prevalência das doenças crônicas, ocasionando assim, maior susceptibilidade às doenças mentais.

### 5.1.3 Estado Civil

De acordo com o gráfico 3, verificou-se que 13 participantes deste estudo (87%) são constituídas por pessoas solteiras, seguidas de 01 pessoa (6,5%) casada e 01 pessoa (6,5%) divorciada.



**Gráfico 3 – Estado Civil**

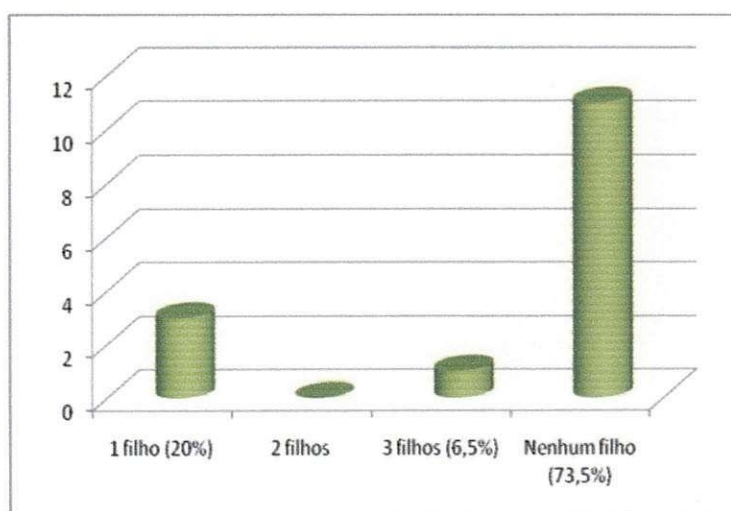
Outras pesquisas, segundo Medeiros (2005), confirmam que em relação ao estado civil, a ocorrência de transtornos mentais é maior nos solteiros. Sabe-se também que o fato de

não possuírem companheiros, os usuários estão sujeitos à solidão, importante fator desencadeante de doenças mentais.

#### 5.1.4 Número de Filhos

Em relação ao número de filhos, a maioria dos sujeitos do estudo (11; 73,5%) não possui filhos.

A maioria dos usuários está constituída por pessoas solteiras, como foi visto no gráfico 2, observa-se que os mesmos, devido as suas fragilidades em termos de saúde, limitações econômico-sociais, têm uma maior dificuldade para conseguir constituir família, conseqüentemente, filhos. Diante deste panorama, ocorre um agravo maior no estado emocional do indivíduo pela sensação de não poder arcar com algum tipo de responsabilidade, gerando assim, uma frustração de não realização pessoal (MEDEIROS, 2005).



**Gráfico 4 – Número de Filhos**

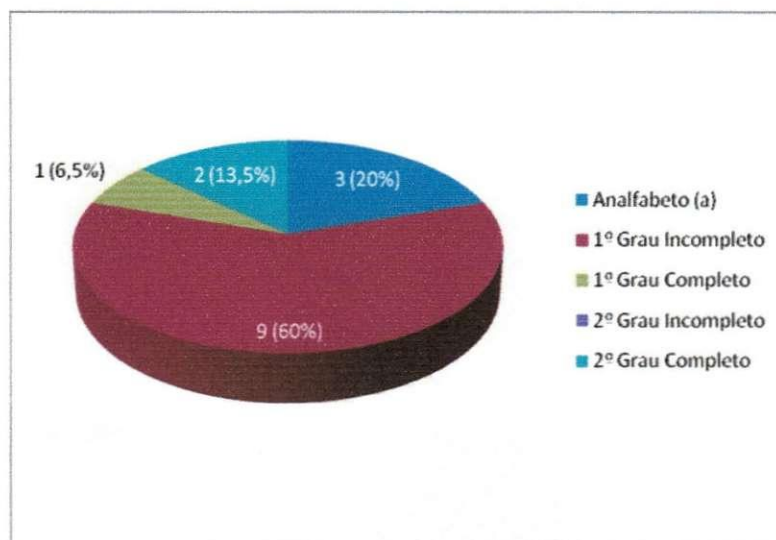
#### 5.1.5 Grau de Instrução

Na caracterização dos participantes quanto ao grau de instrução, percebe-se que 09 (60%) não concluíram o 1º grau, 03 (20%) são analfabetos, 02 (13,5%) concluíram o 2º grau e apenas 01(6,5%) concluiu o 1º grau.

A importância da educação pode ser medida salientando que indivíduos com o ensino fundamental ganham em torno de 2 vezes o que ganha um indivíduo sem escolaridade, os que têm ensino médio completo recebem um terço (1/3) a mais que aqueles que possuem apenas o fundamental; e os graduados com ensino superior têm rendimentos equivalentes a mais de 3,5

vezes o de quem tem apenas o ensino médio. Estudar, portanto, é importante para o país e para os indivíduos, pois, de um modo geral, à maior educação estão associados níveis maiores de rendimento e de bem-estar (CASTRO *apud* GIAMBIAGI, S/D).

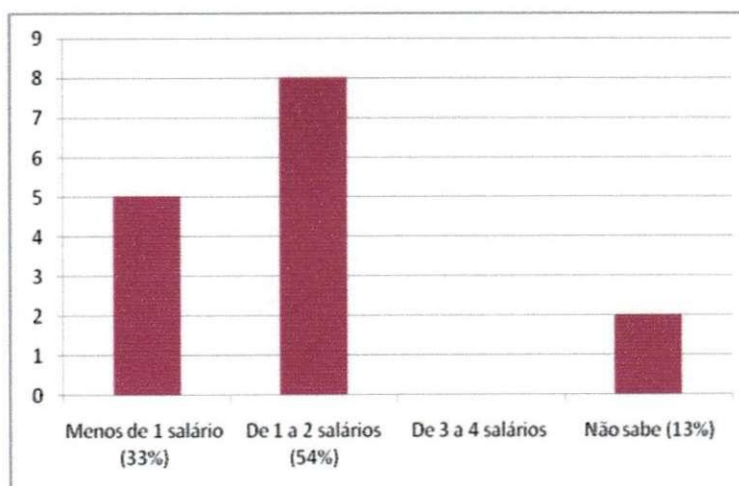
Correlacionando o gráfico abaixo, com o gráfico 6, avalia-se que a baixa escolaridade interfere não só na capacidade mental do indivíduo, como também, na renda familiar do mesmo.



**Gráfico 5 – Grau de Instrução**

### 5.1.6 Renda Familiar

Observa-se no gráfico abaixo que 08 usuários (54%) afirmam ter renda familiar de 1 a 2 salários mínimos, 05 (33%) afirmam viver com menos de 1 salário e 02 (13%) não souberam responder.



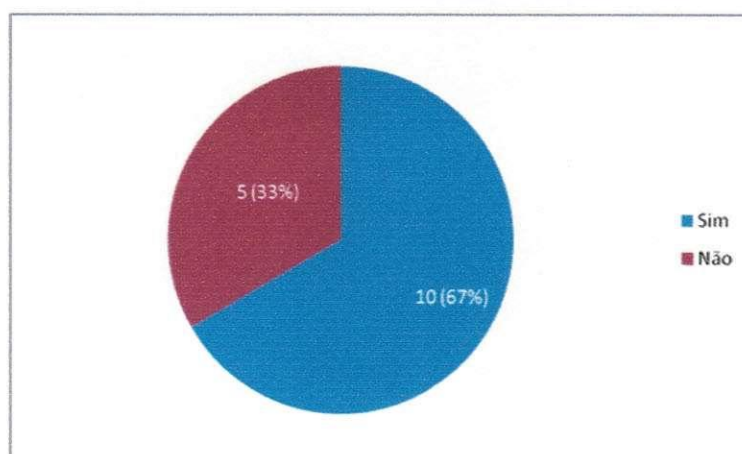
**Gráfico 6 – Renda Familiar**

A renda per capita mensal do município de Cajazeiras - PB é em média de 0 a 2 salários mínimos. Dos 3.644 empregos formais que existem em Cajazeiras, um pouco mais da metade (57%) se encontram na faixa entre 1,01 a 1,5 salários mínimos. Distribuindo-se o número de empregos formais por faixa etária, é possível observar que Cajazeiras é o único município da região que contrata formalmente jovens tanto na faixa de 15 a 17 anos (0,5%) quanto na faixa de 18 a 24 anos (18%). A maior concentração de pessoas empregadas ocorre nas faixas de 30 a 39 anos de idade (30%). Porém, é importante salientar que 25% dos empregos formais estão sendo ocupados por pessoas que possuem o ensino médio completo, constituindo mais uma problemática para os usuários do CAPS, pois apenas 2 responderam terem concluído o ensino médio (gráfico 5).

Outro ponto a ser destacado, é que, na família há sempre aquele que cuida do usuário, e este, muitas vezes perde oportunidades de emprego e compromissos que afetam o seu pleno potencial produtivo, dificultando o acesso maior à renda (MEDEIROS, 2005).

#### 5.1.7 Trabalhava antes de tornar-se usuário do CAPS

Quanto ao trabalho antes de tornar-se usuário do CAPS, a maioria (10; 67%) respondeu ter trabalhado em locais como supermercados, madeireiras, fábricas, etc.



**Gráfico 7 – Trabalho antes de tornar-se usuário do CAPS**

Em um estudo realizado por Medeiros (2005) sobre o perfil sócio-econômico dos usuários atendidos nos serviços de saúde em municípios paraibanos, há uma descrição quanto à relação da condição de estar ou não trabalhando. Observou-se que o percentual de usuários que não trabalham era significativamente maior do que o dos que trabalham, evidenciando a relação doença mental/incapacidade/improdutividade.

Como foi analisado no gráfico 2, embora os usuários estejam em idade produtiva, a cronicidade das doenças que apresentam, como será visto no gráfico seguinte, limita a realização de atividades de trabalho e lazer.

De acordo com a OPAS/OMS (2001), a incapacidade que ocorre na participação dessas atividades são muitas vezes decorrentes da discriminação familiar e social, e que o impacto dos transtornos mentais e comportamentais estende-se para além da esfera econômica e social, como também sobre o padrão de vida dos indivíduos e de seus familiares.

O trabalho é uma importante ferramenta para a reabilitação psicossocial do usuário, tendo em Saraceno um de seus principais representantes. Para Lussi, Pereira e Pereira Junior (2006), a reabilitação seria compreendida como:

[...] conjunto de ações que se destinam a aumentar as habilidades do indivíduo, diminuindo, conseqüentemente, suas desabilitações e a deficiência, podendo, também, no caso do transtorno mental, diminuir o dano. Para que ocorra uma efetiva reabilitação, é importante a reinserção da pessoa na sociedade. [...] consiste em “reconstrução”, um exercício pleno de cidadania e, também, de plena contratualidade nos três grandes cenários: hábitat, rede social e trabalho como valor social.

Os usuários que estiveram no mercado de trabalho apontam a dificuldade encontrada socialmente para serem (re)absorvidos e ilustram a sociedade capitalista como competitiva, preconceituosa com a diferença e insensível com relação aos limites e dificuldades do outro (SILVA; FONSECA, 2002).

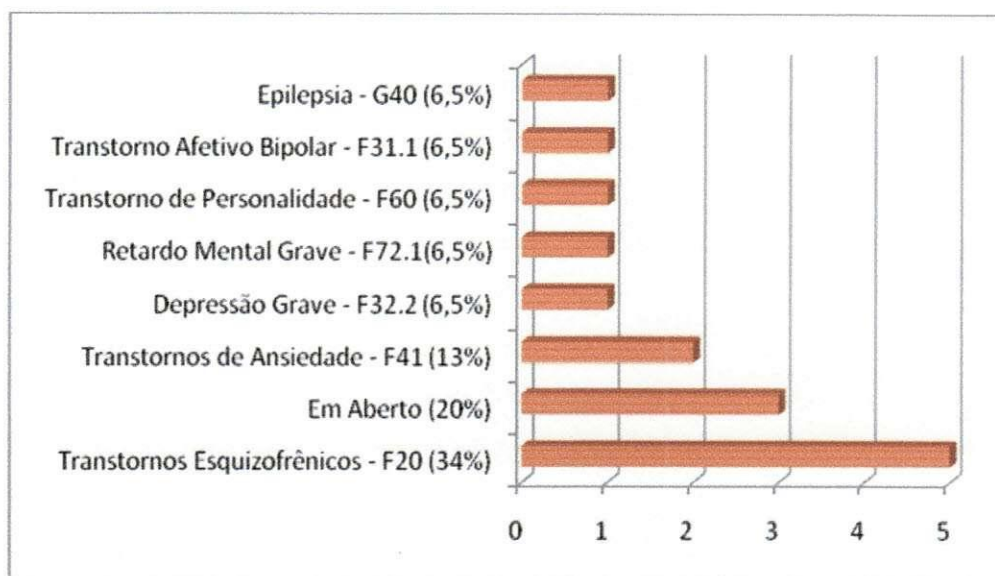
### **5.1.8 Diagnóstico**

Através do levantamento nos prontuários do serviço, verificou-se que 05 (34%) usuários foram diagnosticados pelo CID F20 (Esquizofrenia, Distúrbios Esquizotípicos e Delirantes) e 03 (20%) com diagnóstico aberto. Outras doenças diagnosticadas foram Transtornos de Ansiedade (02; 13%), Transtornos de Personalidade (01; 6,5%), Depressão Grave (01; 6,5%), Retardo Mental Grave (01; 6,5%), Transtorno Afetivo Bipolar (01; 6,5%) e Epilepsia (01; 6,5%). Ressalta-se que os diagnósticos em aberto referem-se a usuários transferidos de outros serviços, cujo prontuário ainda está retido no serviço antigo, ou pelo fato do psiquiatra ainda estar analisando as condições de doença do usuário.

Esses achados são descritos como os transtornos mais comuns que geralmente causam maior incapacitação e, correlacionando-se com o gráfico 7, há predominância dos mesmos



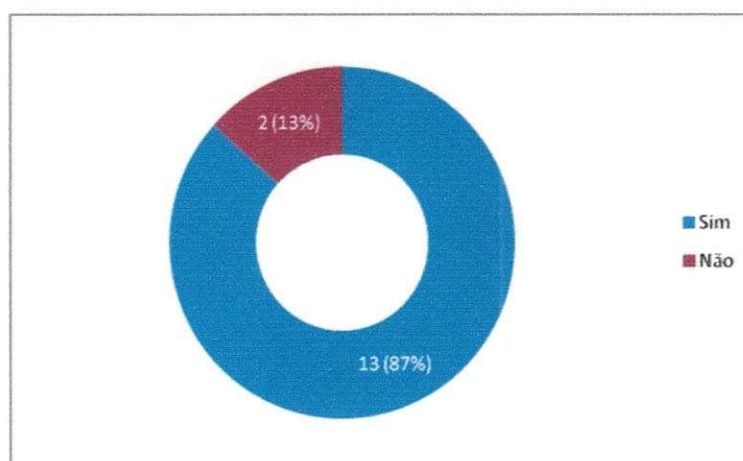
transtornos entre os usuários que não trabalham. Portanto, enfatizou-se a existência de usuários, com quadros crônicos, na faixa etária considerada produtiva, com os diagnósticos prevalentes de Esquizofrenia e Transtornos delirantes, com maior número de psicoses, e os Transtornos paroxísticos, que se referem, na grande maioria, a casos de epilepsia (MEDEIROS, 2005; OPAS/OMS, 2001).



**Gráfico 8 – Diagnóstico**

### 5.1.9 Participação em Atividades Terapêuticas

Com relação à participação em atividades terapêuticas, 13 usuários (87%) participam das atividades diárias, tanto individuais como coletivas, e apenas 02 usuários (13%) não participam diariamente.

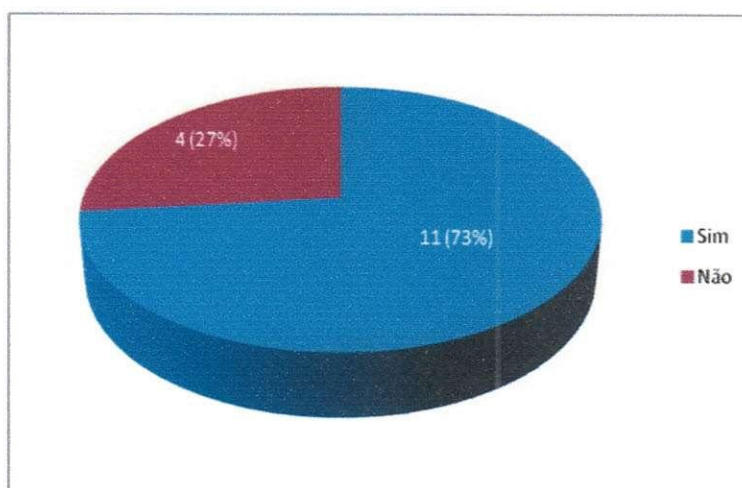


**Gráfico 9 – Participação em Atividades Terapêuticas**

As oficinas terapêuticas, juntamente com as Cooperativas Sociais, objetivam diferenciar o conceito de “tratamento moral” (trabalho como recurso terapêutico) para o novo modelo de cuidado, baseado na valorização da singularidade e potencialidade do indivíduo, ampliando suas habilidades através da arte, intervindo assim, no campo da cidadania, da (re)inserção e da reabilitação psicossocial. São importantes ferramentas para os usuários de capacitação e inserção no mercado de trabalho e na vida em comunidade (BRASIL, 2005b).

#### 5.1.10 Habilidade com Artesanato

Na caracterização dos participantes quanto à habilidade com o artesanato, 11 usuários (73%) afirmam ter habilidade na produção de artefatos artesanais e 04(27%) responderam que não possuem. Dentre as habilidades, colagem foi a mais citada (04; 27%), seguida de pintura (03; 20%), desenho (03; 20%) e por último, recorte (01; 6%).



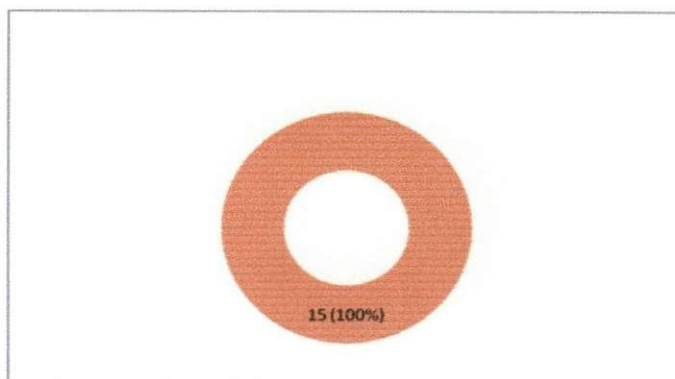
**Gráfico 10 – Habilidade com Artesanato**

O artesanato é definido como a transformação da matéria-prima em objetos úteis, sendo sua aprendizagem adquirida de maneira prática e formal, através das oficinas ou na vivência do indivíduo com o meio artesanal. Emprega-se no artesanato o material disponível, gratuito ou de baixo preço (JUNKEL; RIBEIRO; RASCOE, S/D).

Essa prática estimula a criatividade, o desenvolvimento artístico, a responsabilidade social, e proporciona, no caso específico do projeto de extensão desenvolvido, a reabilitação psicossocial de pessoas com transtornos mentais.

### 5.1.11 Importância do Projeto de Extensão para a melhoria da qualidade de vida

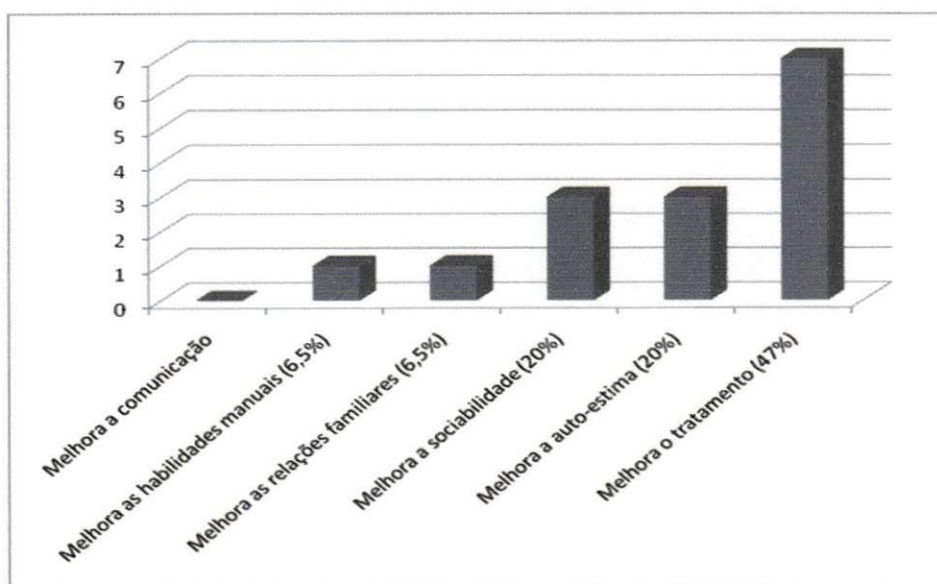
Em relação à importância do Projeto de Extensão para usuário, todos afirmam que foi de grande contribuição para a sua melhoria da qualidade de vida (15; 100%).



**Gráfico 11 – Importância do Projeto de Extensão**

Percebe-se um grande instrumento para a parceria entre saúde mental e economia solidária, favorecendo a ampliação de habilidades e valorização da singularidade e desenvolvimento do potencial criativo do usuário para produção de artefatos (VALLADARES, et al., 2003).

Dentre as alternativas do questionário, constata-se, pois, que a melhora no tratamento foi a mais citada (07; 47%), outros relataram que melhora a sociabilidade (03; 20%) e a auto-estima (03; 20%), além de melhorar as habilidades manuais (01; 6,5%) e as relações familiares (01; 6,5%). Nenhum usuário relatou melhora na comunicação.



**Gráfico 12 – Melhoria de vida através do Projeto de Extensão**

Conclui-se que o Projeto de Extensão foi de grande contribuição para a melhoria da qualidade de vida do usuário, trazendo benefícios para a vida social, atuando contra o desemprego, para a sua vida artística, despertando aptidões latentes, aprimorando-lhe o intelecto e o seu desenvolvimento de habilidades manuais, como também, benefícios terapêuticos e psicológicos, dando-lhe a certeza de ser útil à comunidade.

## 5.2 ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO PROJETO DE EXTENSÃO

Procurou-se desenvolver e promover a inclusão social de 15 usuários com transtornos mentais do Centro de Atenção Psicossocial de Cajazeiras – PB (CAPS II), por meio de sensibilização e capacitação dos mesmos para que desenvolvessem habilidades, na produção de cartões artesanais e marcadores de livro de papel reciclado, bolsas artesanais de tecidos e materiais recicláveis, e cadernos artesanais que vise à geração de renda e trabalho, a autonomia e a melhoria da qualidade de vida.

Possibilitar a geração de trabalho, por meio da produção de artefatos artesanais na confecção de papel reciclado, cartões artesanais, bolsas artesanais de tecidos e materiais recicláveis, e cadernos artesanais, significa a utilização de um produto de uso prolongado, retornável, reciclado e transformado. A reciclagem é a atividade de transformar materiais já usados em novos produtos que podem ser comercializados. Portanto, a reciclagem desse material pode provocar benefícios de ordem econômica e social por meio de produção de objetos de arte, bem como benefícios ambientais, tanto local como global. Além disso, ao utilizar material reciclado obtém-se: diminuição do lixo nos aterros sanitários e “lixões”, diminuição de extração de recursos naturais, preservação das florestas nativas, economia de energia e geração de renda e trabalho (CASTRO, 1993).

### 5.2.1 Metodologia do Projeto

A equipe se reuniu semanalmente, no período de maio de 2009 a janeiro de 2010, para planejar e avaliar sistematicamente as atividades desenvolvidas, estudar e discutir questões relacionadas à saúde mental e economia solidária, elaboração de *folders* de divulgação do projeto, planejamento do cronograma de atividades práticas e organização de um evento para apresentação do projeto a sociedade, a comunidade acadêmica, as autoridades do município e a equipe integrante da Incubadora Universitária. Esses encontros foram realizados tanto no CAPS como no CFP/UFCG. Participava ativamente, juntamente com os usuários, das atividades diárias do CAPS como terapia ocupacional, ambulatório de psiquiatria, terapia

medicamentosa, atividades de enfermagem, acompanhamento diário com o psicólogo, momentos diários com autocuidado, alfabetização, leituras de texto, momentos de música e descontração com karaokê, momento religioso com leituras bíblicas e pregação do evangelho, leitura dispersiva, psicoterapia individual e coletiva.

Desde o início das aplicações práticas do projeto (educação e capacitação dos usuários, produção e prestação de serviços) esteve presente o processo de incubagem do empreendimento, através do acompanhamento sistematizado da Incubadora Universitária de Empreendimentos Econômicos Solidários (IUEES), vinculada ao Programa Nacional de Incubadoras de Cooperativas Populares (PRONINC) da UFCG.

Estas práticas possibilitaram a formação e a capacitação da população alvo do projeto nas habilidades voltadas para o mundo trabalho, especialmente, para o objetivo direto da proposta: a produção de artefatos artesanais para a geração de renda.

### 5.2.2 Atividades Realizadas

Durante o desenvolvimento do projeto, no período de maio de 2009 a janeiro de 2010, foram realizadas as seguintes atividades:

→ Apresentação do projeto para sensibilizar e despertar o interesse dos usuários e funcionários do CAPS II para o artesanato visando à geração de renda e trabalho;



**Figura 1** – Apresentação do projeto aos profissionais



**Figura 2** – Apresentação do projeto aos usuários

→ Promoção da formação dos usuários do CAPS II, por meio da educação, para o mundo do trabalho;

A equipe do projeto participou efetivamente do Programa de Educação – Brasil Alfabetizado, ministrado pela Prof<sup>a</sup>. Maria Janice Pereira de Sousa, e do curso de alfabetização para os usuários apoiado pela Secretaria Municipal de Educação de Cajazeiras -

PB. A equipe executora do projeto, entre os meses de setembro e outubro, ministrou palestras educativas sobre: educação em saúde e prevenção de doenças, higiene pessoal (cuidados de higiene com o corpo) e higiene do lar, motivação e cidadania, reciclagem de papel e fabricação de cartões e marcadores de livro com papel reciclado, cuidados com o meio ambiente e cooperativismo e associativismo. Esta última, ministrada pelo Secretário de Cidadania e Promoção Social, Francisco Jucinério Félix Filho. Cada palestra teve duração de 1 hora.



**Figura 3 – Programa Brasil Alfabetizado**

→ Capacitação dos usuários através de oficinas de geração de renda e trabalho na perspectiva da economia solidária;

Foram realizadas entre o mês de dezembro e janeiro de 2010, oficinas de fabricação e confecção de cartões de papel reciclado e oficina de confecção de cadernos e bolsas artesanais. Salienta-se que a maior parte do material utilizado para o desenvolvimento das práticas do projeto de extensão com o artesanato foi disponibilizado pela Incubadora Universitária de Empreendimentos Econômicos Solidários (IUEES) da UFCG e a outra parte do material foi disponibilizada pelo CAPS e que os usuários receberam orientação para a utilização e manuseio correto dos equipamentos para produção do artesanato.



**Figura 4 – Produção de papel reciclado**

→ Estabelecimento de parcerias com a Incubadora de Tecnologia de Economia Solidária da UFCG, a Secretaria Municipal de Cidadania e Promoção Social e a Secretaria Municipal de Educação;

→ A equipe executora participou de cursos de capacitação durante toda a vigência do projeto, como o Curso de Incubação de Empreendimentos Econômicos Solidários em Campina Grande, a III Jornada de Capacitação em Saúde Mental, realizada no auditório da UFCG de Cajazeiras – PB, participação das atividades do aniversário de oito anos do CAPS II, discussão sobre Saúde Mental e Economia Solidária e apresentação do projeto no programa “UFCG nas ondas do Rádio”, na Rádio Comunitária FM Cidade, participação e envio do projeto para a I Chamada para Seleção de Projetos de Arte, Cultura e Renda na Rede de Saúde Mental do Ministério da Saúde, participação na 1ª Oficina de Economia Solidária, que aconteceu em Cajazeiras, participação na Feira de Eventos Praça da Gente com os usuários do CAPS com uma amostra de todos os trabalhos elaborados pelos mesmos, organização de uma tenda no calçadão da Prefeitura Municipal de Cajazeiras para venda dos Cartões de Natal e Bolsas Artesanais e por fim, realização de Encontro entre a Incubadora Universitária de Empreendimentos Econômicos Solidários – IUEES/UFCG e o Projeto de Extensão, no Auditório da Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras - CFP/UFCG, para a comunidade universitária e a sociedade civil presente.



**Figura 5 - III Jornada de Capacitação em SM**



**Figura 6 - Curso de Incubação EES**

### **5.2.3 Formas de Acompanhamento e Avaliação do Projeto**

Durante o desenvolvimento do projeto de extensão o processo de avaliação da equipe extensionista ocorreu de forma permanente e sistemática, através da realização semanal de leituras e discussões de textos referentes à temática do projeto, visitas periódicas contando com a participação de toda a equipe para a avaliação com os usuários participantes do projeto

acerca da experiência de se trabalhar com o artesanato, as dificuldades encontradas, os sentimentos positivos proporcionados pelas atividades desenvolvidas, reunião com os funcionários do CAPS II para avaliação de forma crítica e reflexiva sobre o projeto, registro das discussões, palestras e oficinas de artesanato, através de fotografias, vídeos e livro-ata, elaboração do relatório final, encaminhado à PROEX, por meio da Assessoria de Extensão do CFP/UFCG, conforme exigência do PROBEX/UFCG e avaliação final do desenvolvimento do projeto com toda a equipe envolvida no projeto. É importante ressaltar que, durante toda trajetória do projeto, trabalhou-se com compromisso, assiduidade, segurança, auto-estima e espírito coletivo.

#### **5.2.4 Resultados Obtidos**

Com o artesanato, trabalhou-se desde a coordenação motora e conhecimento intelectual até o resgate de sentimentos, emoções e criatividade, auxiliando significativamente no processo de reabilitação e inclusão social dos usuários com sofrimento psicossocial do CAPS II de Cajazeiras. Esse processo foi observado minuciosamente em cada visita e nas práticas desenvolvidas com os usuários.

No começo do desenvolvimento das atividades (apresentação da equipe e do projeto, palestras, capacitações, oficinas e debates) procurou-se explicar o significado do projeto, os objetivos propostos, a metodologia, a importância do artesanato para a mente e a reabilitação do ser humano, da reciclagem do lixo para a fabricação de novos materiais e para a ambiência, da geração de renda e trabalho para a inclusão social.

Após a realização de vários contatos entre a equipe do projeto e os usuários do CAPS, o grupo foi adquirindo um verdadeiro vínculo afetivo entre si e interagindo melhor nas atividades desenvolvidas e produzindo cada vez mais.

Percebeu-se também, que nos encontros, alguns usuários expressavam suas ideias, sentimentos, criatividade, conflitos familiares, angústias, sofrimentos psicológicos e ansiedades, mas conseguiam sempre produzir um artesanato de qualidade para venda. Com a continuação das atividades, os usuários apresentavam-se mais tranquilos, espontâneos, leves, relaxados e confiantes, aumentando seu potencial de criatividade e desenvolvimento artístico, além da aceitação das trocas sociais e maior equilíbrio de sono, tensões e bem estar (gasto de energia com as práticas do artesanato).

As palestras, oficinas e capacitações foram realizadas pela equipe do projeto de forma satisfatória e significativa, como também, as participações em eventos (feiras, encontros, cursos, capacitações e jornada), abordando todos os objetivos propostos pelo projeto, expondo



temas da atualidade, contribuindo para formação e bem estar dos usuários, além da facilitação da comercialização dos produtos artesanais com a comunidade, universidade, autoridades municipais, profissionais da saúde e secretarias municipais.

### **5.2.5 Dificuldades Encontradas**

As maiores dificuldades encontradas para a realização do projeto foram: a falta de materiais, que retardou nossas práticas com o artesanato; a peculiaridade de cada patologia dos usuários, pois muitos apresentavam sinais como o de regressão infantil e não se concentravam nas atividades; a crise da doença, quando alguns usuários apresentavam sinais de crise e se afastavam de atividades práticas de artesanato; falta de parceria com o comércio local, instituições e o governo municipal; e dificuldade com a comercialização e venda das produções artesanais, visto que, no início do projeto só conseguimos uma venda parcial do artesanato produzido.

Percebeu-se que ainda existe uma barreira, impedindo a comunidade de conhecer e apoiar (colaborar) com o verdadeiro valor social do artesanato produzido pelos usuários do CAPS. Talvez esta lacuna seja por falta de contato da sociedade considerada “normal” com os doentes mentais, ou até mesmo por ainda existir aquela visão que, o “louco” não tem ideia, criatividade e capacidade de produzir.

Há que se pontuar as dificuldades que tiveram que ser superadas para isso, considerando tratar-se de pessoas acometidas de um agravo psíquico que lhes limita e impõe restrições na relação com o tempo, com o espaço, com as pessoas e com as coisas (SILVA; FONSECA, 2002).

Algumas dificuldades encontradas foram sendo superadas paulatinamente pela equipe, trabalhando-se a singularidade de cada paciente e sua motivação para a produção do artesanato. A relevância social e a repercussão junto a comunidade foi tão positiva, que o projeto foi renovado até dezembro de 2010.

### **5.2.6 Fala dos usuários**

O desenvolvimento do projeto foi satisfatório e gratificante, tanto para equipe quanto para os usuários do CAPS, existindo uma ótima interação e aproximação entre todos. O público alvo (15 usuários do CAPS II de Cajazeiras - PB) demonstrou interesse e otimismo na realização das atividades artesanais desenvolvidas junto ao projeto, e este foi avaliado de forma positiva por toda a equipe do CAPS II, conforme os discursos expostos a seguir:

*“É muito bom trabalhar com artesanato, quando tô pintando esqueço até da hora de almoçar...” (F.Q.F., desenhista e pintor, usuário do CAPS II).*

*“Eu adoro quando vocês vêm pra cá.” (F.F.S., usuária do CAPS II).*

*“O artesanato é proveito de nossas atividades, leva a condição de trabalho criativo.” (C.S.S., usuário do CAPS II).*

*“Eu não sei fazer essas coisas, eu não tenho capacidade...” (F.R.M., usuário do CAPS II).*

*“O artesanato é um aprendizado, uma terapia, é muito bom. Eu me sinto muito bem fazendo artesanato.” (M.I.A.D., usuária do CAPS II).*

*“Antes eu achava que era difícil, agora que eu tô fazendo eu achei muito fácil.” (F.R.M., usuário do CAPS II).*

*“É muito bom quando vocês vêm pra cá, a gente se sente muito bem, nos adoramos vocês...” (J.M.S., usuária do CAPS II).*

*“Eu acho muito bom e gostaria que continuasse com o projeto de artesanato. Gosto de participar das atividades e me sinto muito bem.” (A.B.C., usuária do CAPS II).*

A partir dessas falas, percebe-se que no decorrer das atividades desenvolvidas existiu uma boa interação entre os próprios usuários, os usuários e os profissionais responsáveis pelo projeto, bem como uma integração harmoniosa entre a equipe do projeto (UFCG), a Incubadora Universitária de Empreendimentos Econômicos Solidários (IUEES) e o CAPS II, resultando numa troca de conhecimentos, práticas, experiências e afetos. Este projeto demonstrou ser de grande relevância social e acadêmica, que por sua vez, possibilitou a extensão dos conhecimentos da sala de aula para comunidade, em particular, aos usuários do CAPS II, promovendo a cidadania, a solidariedade e a confiança; devolvendo aos mesmos a valorização do seu trabalho, a auto-confiança, valor social aos seus produtos, e gerando oportunidades para quem o mercado capitalista fechou as portas.

Entende-se que o compromisso ético, o desejo dos profissionais envolvidos neste projeto de extensão, possibilitou o engajamento efetivo dos usuários do CAPS II de Cajazeiras - PB, no referido projeto, na produção de artefatos artesanais, favorecendo a inclusão social, a autonomia, a geração de renda e a melhoria na qualidade de vida de cada um.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

A geração de renda através da economia solidária é considerada um importante dispositivo para o fortalecimento da rede de atenção em saúde mental, uma vez que, um dos principais dispositivos da Reforma Psiquiátrica é a potencialização do trabalho como instrumento de inclusão social dos usuários do serviço e a ampliação do acesso a renda. Por meio desta nova alternativa de economia, busca-se incluir socialmente, reabilitar, construir cidadania e gerar renda para pacientes com transtornos mentais. Através da implantação de políticas públicas que garantem a criação e o acompanhamento de programas de geração de renda e trabalho de cooperativas e associações, as experiências de caráter solidário são efetivamente importantes para a reinserção social das pessoas com transtornos mentais de modo a promover a autonomia dos mesmos por meio da reabilitação psicossocial, além de trocas sociais, de vínculos afetivos e de produção de sentido.

O momento atual exige a conjugação de esforços no sentido de viabilizar: a articulação entre saúde mental e economia solidária, a construção de uma rede integrada à saúde, o reordenamento do CAPS e as novas formas de pensar e agir em relação ao processo saúde-doença mental, possibilitando a produção de uma rede de espaços que incentivem a autogestão e a participação democrática, permitindo a inclusão em redes de comercialização e rede de oportunidades na sociedade. A interlocução saúde mental e economia solidária, em especial por meio dos CAPS, amplia o potencial desse dispositivo de atenção para efetiva inclusão social das pessoas em desvantagem social, como as pessoas com transtornos mentais e/ou sofrimento psicossocial.

No município de Cajazeiras - PB, a falta de possibilidades de geração de renda para usuários de saúde mental ainda representa um problema grave, complexo, exigindo ações intersetoriais das diversas Secretarias Municipais de Saúde, Educação, Meio Ambiente, Ação Social e Cidadania, como também do CRAS, UFCG, SEBRAE, comércio local etc. Torna-se premente a construção de uma política pública local mais efetiva, como também a sensibilização, a mobilização da sociedade acerca dessa temática, possibilitando parcerias com o comércio local, apoio e incentivo a este projeto, despertando para o verdadeiro valor social agregado ao artesanato produzido pelos usuários do CAPS.

Acredita-se que as dificuldades encontradas para o desenvolvimento deste projeto podem ser paulatinamente superadas, desde que sejam viabilizadas as ações intersetoriais enumeradas anteriormente, o apoio do gestor municipal, profissionais do CAPS, familiares

dos usuários, comunidade e diversas instituições. Além disso, é fundamental trabalhar a singularidade, a subjetividade de cada paciente e sua motivação para a produção do artesanato.

Este projeto com artefatos artesanais representa apenas um início de um longo caminho a ser percorrido, uma vez que a população alvo deste estudo sempre esteve tutelada, institucionalizada, marginalizada. É preciso pensar as diferentes formas de inclusão social, capacitação, geração de renda e trabalho para os usuários do CAPS, como forma eficiente de proporcionar-lhes autonomia, reabilitação psicossocial e melhoria na qualidade de vida.

Neste estudo foi possível constatar que a grande maioria dos sujeitos participantes deseja contribuir para a renda mensal de sua família, como também ter participação ativa na vida social, evidenciando a necessidade de valorização do seu trabalho e de seus produtos, gerando assim, oportunidades para quem o mercado capitalista excluiu.

Este estudo possibilitou uma avaliação em nível local da importância da articulação entre saúde mental e economia solidária para a reabilitação psicossocial e melhoria na qualidade de vida dos usuários. Buscou contribuir com reflexões acerca da geração de renda como processo de (re) inserção social para os mesmos, como também, a necessidade de implementação de políticas públicas municipais e mobilização social que promovam articulação entre saúde mental e economia solidária.

Por fim, conclui-se que a economia solidária é uma ferramenta potente e viável para o exercício da cidadania, autonomia, reabilitação, estímulo à criatividade e desenvolvimento artístico dos usuários com transtornos mentais dos CAPS, uma vez que sua filosofia está baseada nos princípios norteadores da Reforma Psiquiátrica.

## REFERÊNCIAS

---

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. São Paulo: Fiocruz, 2007.

ANDRADE, M. C. et al. **Saúde Mental e Economia Solidária** – Relato de Experiência de um Projeto de Inclusão Social pelo Trabalho. IV NESOL – USP, 2008. Disponível em: <<http://www.unitrabalho.uem.br/artigos/pdf9.pdf>>. Acesso em: 11 Jun de 2010.

ANDRADE, S. R., BUCHELE, F., GEVAERD, D. Saúde Mental na Atenção Básica de Saúde em Brasil. **Revista Enfermeira Global**, 2007. Disponível em: <[www.um.es/eglobal.com.br](http://www.um.es/eglobal.com.br)>. Acesso em 06 Set 2008.

BARFKNECHT, K. S., MERLO, A. R. C., NARDI, H. C. Saúde Mental e Economia Solidária: Análise das relações de trabalho em uma cooperativa de confecção de Porto Alegre. **Psicologia & Sociedade**; vol.2. n.18: p. 54-61; mai./ago. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v18n2/07.pdf>>. Acesso em 09 Set 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho de Saúde. **IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial**: CNS aprova Recomendação sobre a realização de conferências regionais e os sub-eixos. Brasília: 2010. Disponível em: <[conselho.saude.gov.br/.../2010/12\\_mar\\_saude\\_mental.htm](http://conselho.saude.gov.br/.../2010/12_mar_saude_mental.htm)>. Acesso em 01 Out 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Saúde Mental. **CAPS**. Brasília: 2009a. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=29797&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29797&janela=1)> Acesso em 10 Jun 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. **I Chamada para seleção de projetos de arte, cultura e renda na rede de saúde mental**. Portaria GM 1169, 2009b. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em 13 Nov 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde mental em dados 5** - ano III, nº5. Informativo eletrônico. Brasília, 22p. 2008. Disponível em: <[http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/smDados/2008\\_SMD\\_05.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/smDados/2008_SMD_05.pdf)> Acesso em 01 Nov 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação de Saúde Mental. Ministério do trabalho e Emprego. Secretaria Nacional de Economia Solidária. **Relatório Final do Grupo de Trabalho Saúde Mental e Economia Solidária**. Portaria

Interministerial nº 3531, 2006. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em 11 Jun 2010.

\_\_\_\_\_. 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: Ministério da Saúde, 2005a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Superintendência de Atenção à Saúde. Diretoria de Normalização de Atenção à Saúde. **Linha Guia de Saúde Mental**. 1ª Edição. 149 p. Belo Horizonte;:2005b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996. **Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília,DF: 1996.

CASTRO, A. L. F. Coleta seletiva e reciclagem. **Resíduos sólidos e meio ambiente de São Paulo** / Secretaria do Meio Ambiente, Coordenadoria de Educação, São Paulo, 1993.

COIMBRA, A. L. S. CARVALHO, M. C. **Trabalho e autogestão entre agricultores familiares em Carvalhos/MG**: Indicações para análise dos avanços, limites e dilemas das propostas de economia solidária. Minas Gerais: 2007. Disponível em: <<http://www.estudosdotrabalho.org/anais6seminariodotrabalho/analiviacoimbraemarianacarvalho.pdf>>. Acesso em 21 Out 2009.

GIAMBIAGI, F. **A importância da educação**. Instituto de Biociências, USP. Informativo Eletrônico. São Paulo, S/D. Disponível em: <[http://www.ib.usp.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=563:a-importancia-da-educacao&catid=42:admin&Itemid=75](http://www.ib.usp.br/index.php?option=com_content&view=article&id=563:a-importancia-da-educacao&catid=42:admin&Itemid=75)>. Acesso em 10 Nov 2010.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010, **Tabela Estimativas das Populações Residentes**. Disponível em: <[http://www.censo2010.ibge.gov.br/dados\\_divulgados/index.php?uf=25](http://www.censo2010.ibge.gov.br/dados_divulgados/index.php?uf=25)>. Acesso em 20 Out 2010.

JUNKEL, L. RIBEIRO, I. RASCOE, R. **Projeto Experimental: Artesanato**. Informativo Eletrônico. UFMG. S/D. Disponível em: <<http://www.eba.ufmg.br/alunos/kurtnavigator/arteartesanato/artesanato.html>>. Acesso em 03 Nov 2010.

LUSSI, I. A. O. PEREIRA, M. A. O. PEREIRA JUNIOR, A. A proposta de reabilitação psicossocial de Saraceno: um modelo de auto-organização? **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. vol. 14. n.3. págs. 448-56. maio-junho, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n3/v14n3a21.pdf>>. Acesso em 16 Ago 2010.

MARTINS, R. C. A. **Saúde Mental e Economia Solidária: Inclusão Social pelo Trabalho**. Área temática: Trabalho na Sociedade Contemporânea. Coordenação Nacional de Saúde Mental. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde. 2007. Disponível em: <<http://www.poli.usp.br/p/agosto.neiva/nesol/Publicacoes/Anais%20-%20Grava%C3%A7%C3%A3o/arquivos%20III%20Encontro/Tra-1.htm>>. Acesso em 10 Out 2009.

MEDEIROS, A. D. de. MEDEIROS, A. C. D. de. **Relações de trabalho na economia solidária: novas formas de pensar e agir**. 2007. Disponível em: <<http://www.asbraer.org.br/Documentos/Biblioteca/rela%C3%A7%C3%A3o%20de%20trabalho%20na%20economia%20solid%C3%A1ria.pdf>>. Acesso em 20 Out 2009.

MEDEIROS, E. N. **Prevalência dos transtornos mentais e perfil sócio-econômico dos usuários atendidos nos serviços de saúde em municípios paraibanos**. 2005. 136f. Tese. (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) – Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, 2005. Disponível em: <<http://portalsaudebrasil.com/artigospsb/public019.pdf>>. Acesso em 03 Nov 2010.

NICÁCIO, F., MANGIA, E. F., GHIRARDI, M. I. G. Projetos de inclusão no trabalho e emancipação de pessoas em situação de desvantagem: uma discussão de perspectivas. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**. São Paulo. v.16 n.2 São Paulo maio/ago. 2005. Disponível em: <[http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?pid=S1415-1042005000200003&script=sci\\_arttext](http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?pid=S1415-1042005000200003&script=sci_arttext)>. Acesso em 12 Out 2010.

OLIVEIRA, F. B. de et al. O trabalho de Enfermagem em Saúde Mental na Estratégia de Saúde da Família. **Revista René**, 2010. (Artigo no prelo).

\_\_\_\_\_. Saúde Mental e Estratégia de Saúde da Família: uma articulação necessária. **Psychiatry on Line Brasil**, vol.14 – n. 9. set. 2009.

\_\_\_\_\_. Reabilitação psicossocial na perspectiva da reforma psiquiátrica. **Vivência**, EDFRN, nº 32, p.155-16, 2007.

\_\_\_\_\_. **Construindo saberes e práticas em saúde mental**. João Pessoa: UFPB/Editora Universitária, 2002.

\_\_\_\_\_. Saúde Mental: da prática psiquiátrica asilar ao terceiro milênio. **Reabilitação Psicossocial no contexto da desinstitucionalização: utopias e incertezas**. In: JORGE, M. S. B. SILVA, W. V. da. OLIVEIRA, F. B. de. (ORGs). São Paulo: Lemos Editorial, 2000.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. OPAS/OMS. **Relatório sobre saúde no mundo 2001: Saúde mental - nova concepção, nova esperança**. Genebra, 2001. Disponível em: [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_po.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf). Acesso em 01 Nov 2010.

SILVA, A. L. S. e. FONSECA, R. M. G. S. da. O Projeto Copiadora do CAPS: do trabalho de reproduzir coisas à produção de vida. **Revista Escola de Enfermagem**. USP. São Paulo. vol. 36. no.4. págs. 358-66. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v36n4/v36n4a09.pdf>. Acesso em 10 Mai 2010.

SILVA, E. P. da. OLIVEIRA, T. M. de. BERTANI, I. F. **SAÚDE MENTAL E ECONOMIA SOLIDÁRIA: UMA RELAÇÃO EM CONSTRUÇÃO**. V Encontro Internacional de Economia Solidária. O Discurso e a Prática da Economia Solidária. NES. USP. São Paulo, 2007. Disponível em: <http://www.poli.usp.br/p/augusto.neiva/nesol/Publicacoes/V%20Encontro/Artigos/Diversidade/DI-02.pdf>. Acesso em 11 Out 2009.

SILVA, J. C. C. e. **O trabalho de enfermagem em Saúde Mental na Estratégia de Saúde da Família**. 2009. 51f. Monografia (Curso Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande. Cajazeiras, 2009.

SINGER, P. Saúde Mental e economia solidária. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental e Economia Solidária: inclusão social pelo trabalho**. Brasília: Ministério da saúde, 2005.

TERENCE, A. C. F. ESCRIVÃO FILHO, E. **Abordagem quantitativa, qualitativa e a utilização da pesquisa-ação nos estudos organizacionais**. XXVI ENEGEP. Fortaleza, 2006. Disponível em: [www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2006\\_TR540368\\_8017.pdf](http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2006_TR540368_8017.pdf). Acesso em 10 Jun 2010.

TOMASI, E. **Saúde Mental, trabalho e economia solidária em Centros de Atenção Psicossocial – CAPs**. Escola de Psicologia – UCPEL – Pelotas, RS, 2008. Disponível em: [www.capspelotas.com.br/projeto/projeto-saude-trabalho.pdf](http://www.capspelotas.com.br/projeto/projeto-saude-trabalho.pdf). Acesso em 23 Nov 2009.



VALLADADES, A. C. A. et al. Reabilitação Psicossocial através das oficinas terapêuticas e/ou cooperativas sociais. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.5 n.1 p.04 – 09, 2003. Disponível em: <<http://200.137.221.132/index.php/fen/article/view/768/851>>. Acesso em 22 Out 2009.

WEIRICH, C. F. et al. **O trabalho gerencial do Enfermeiro na Rede Básica de Saúde.** Texto & Contexto - enferm. vol.18 n.2 Florianópolis abr./jun. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072009000200007&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000200007&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 12 Set 2010.

## APÉNDICE

**QUESTIONÁRIO – PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E SOCIOECONÔMICO DOS  
USUÁRIOS DO CAPS II**

Dados sobre a entrevista

**Data:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Local:** \_\_\_\_\_

**Hora:** \_\_\_\_\_ (INÍCIO) \_\_\_\_\_ (TÉRMINO)

Dados de identificação do participante do estudo

1. **Sexo:** ( ) F ( ) M
2. **Idade:** \_\_\_\_\_
3. **Estado civil:** ( )Solteiro(a) ( )Casado(a) ( )Viúvo(a) ( )Divorciado(a)
4. **Número de filhos:** \_\_\_\_\_
5. **Grau de instrução:** ( )Analfabeto  
( )1º Grau incompleto  
( )1º Grau completo  
( )2º Grau incompleto  
( )2º Grau completo
6. **Renda familiar:** ( )Menos de 1 salário mínimo  
( )De 1 a 2 salários mínimos  
( )De 3 a 4 salários mínimos  
( )Não sabe responder
7. **Trabalho antes de tornar-se usuário do CAPS:** ( )Sim ( )Não  
**Local:** \_\_\_\_\_
8. **Diagnóstico:** \_\_\_\_\_
9. **Participação em atividades terapêuticas:** ( )Sim ( )Não
10. **Habilidade com artesanato:** ( )Sim ( )Não **Qual?** ( ) Colagem  
( ) Pintura  
( ) Desenho  
( ) Recorte
11. **Este projeto de extensão é importante para a melhoria de sua qualidade de vida:**  
( ) Sim ( ) Não

12. **Caso responda sim, por que:**
- ( ) melhora a comunicação
  - ( ) melhora a sociabilidade
  - ( ) melhora a auto-estima
  - ( ) melhora as habilidades manuais
  - ( ) melhora o tratamento
  - ( ) melhora nas relações familiares

## **ANEXOS**

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, \_\_\_\_\_, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa **ARTICULAÇÃO SAÚDE MENTAL E ECONOMIA SOLIDÁRIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UM PROJETO DE INCLUSÃO SOCIAL PELO TRABALHO.**

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

O trabalho **ARTICULAÇÃO SAÚDE MENTAL E ECONOMIA SOLIDÁRIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UM PROJETO DE INCLUSÃO SOCIAL PELO TRABALHO** terá como objetivo: Identificar o perfil epidemiológico, socioeconômico e as habilidades com artesanato dos participantes do Projeto de Extensão de “Capacitação de Usuários do Centro de Atenção Psicossocial de Cajazeiras – PB (CAPS II) para Produção de Artefatos Artesanais.

Ao voluntário só caberá a autorização para responder a um questionário composto de questões objetivas para a identificação do perfil epidemiológico e socioeconômico e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.

- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, revelando os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, se assim o desejarem.

- Não haverá utilização de nenhum indivíduo como grupo placebo, visto não haver procedimento terapêutico neste trabalho científico.

- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.

- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.

- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.

- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (083) **86703289** com a **Professora Doutora Francisca Bezerra de Oliveira.**

- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.

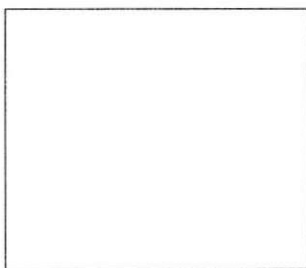
- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

---

Pesquisador responsável

---

Participante



Assinatura Dactiloscópica  
Participante da pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA  
COORDENAÇÃO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CAMPUS DE CAJAZEIRAS - PARAÍBA

Ofício 127-2010 – Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem

Cajazeiras, 15 de outubro de 2010.

DA: Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem  
Prof. Dr. Francisco Fábio Marques da Silva

À: Ilma Sra. Maria de Abreu Feitosa Cabral  
Diretora do CAPS de Cajazeiras-PB

Solicitamos a V. Sa, autorização para a aluna ARIADNE PEREIRA PEDROZA matrícula 50622143 aluno matriculada no Curso Bacharelado em Enfermagem coletar dados referente ao Trabalho de Conclusão de Curso intitulada: **ARTICULAÇÃO SAÚDE MENTAL E ECONOMIA SOLIDÁRIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UM PROJETO DE INCLUSÃO SOCIAL PELO TRABALHO** sob a orientação da professora Francisca Bezerra de Oliveira. Na certeza do pronto atendimento a este pleito, agradecemos a vossa atenção, e nos despedimos cordialmente com votos de elevada estima e consideração.

Atenciosamente,

Prof. Doutor Francisco Fábio Marques da Silva  
Coordenador do Curso de Graduação em Enfermagem

**Francisco Fábio M. da Silva**  
COORD. DO CURSO DE ENFERMAGEM  
SIAPE: 1149343-7

Dr. Nancy M. de Abreu F. Cabral  
Coordenadora



## **DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa: ARTICULAÇÃO SAÚDE MENTAL E ECONOMIA SOLIDÁRIA:  
relato de experiência de um projeto de inclusão social pelo trabalho**

Eu, Francisca Bezerra de Oliveira, Professora, Pesquisadora da Universidade Federal de Campina Grande, portadora do RG 721721, declaro que estou ciente do referido Projeto de pesquisa e comprometo-me em verificar seu desenvolvimento pela aluna Ariadne Pereira Pedroza para que se possam cumprir integralmente os itens da Resolução 196/96, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

---

**Orientadora**

---

**Orientanda**

**Cajazeiras, 2010**

**TERMO DE COMPROMISSO DO RESPONSÁVEL PELO PROJETO EM  
CUMPRIR OS TERMOS DA RESOLUÇÃO 196/96 DO CNS**

**Pesquisa: ARTICULAÇÃO SAÚDE MENTAL E ECONOMIA SOLIDÁRIA: relato de  
experiência de um projeto de inclusão social pelo trabalho**

Eu, Francisca Bezerra de Oliveira, Professora, Pesquisadora da Universidade Federal de Campina Grande, portadora do RG 721721 e CPF 111.117.473-34, comprometo-me em cumprir integralmente os itens da Resolução 196/96 do CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

---

**ORIENTADORA**

**Cajazeiras, 2010**

## TERMO DE COMPROMISSO PARA USO DE DADOS EM ARQUIVO

**Título do Projeto: ARTICULAÇÃO SAÚDE MENTAL E ECONOMIA SOLIDÁRIA:  
relato de experiência de um projeto de inclusão social pelo trabalho**

**Pesquisadores: Francisca Bezerra de Oliveira  
Maria Lucinete Fortunato  
Ariadne Pereira Pedroza**

Os pesquisadores do projeto acima identificados assumem o compromisso de:

- I. Preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados;
- II. Assegurar que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto em questão;
- III. Assegurar que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa.

**Cajazeiras, 2010**

---

Francisca Bezerra de Oliveira

---

Assinatura da Pesquisadora  
Responsável

---

Maria Lucinete Fortunato

---

Assinatura da Pesquisadora  
Participante

---

Ariadne Pereira Pedroza

---

Assinatura da Pesquisadora  
Participante



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAJAZEIRAS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL II**

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL**

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado: “Articulação Saúde Mental e Economia Solidária: relato de experiência de um projeto de inclusão social pelo trabalho”, desenvolvida pela aluna Ariadne Pereira Pedroza do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, sob a orientação da professora Francisca Bezerra de Oliveira.

**Cajazeiras, 2010**

**Necy Maria de Abreu Cabral  
Coordenadora do CAPS II de Cajazeiras, PB.**



## UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

### FORMULÁRIO DE PARECER DO CEP – UEPB

**PROJETO: CAAE N: 0446.0.133.000-10**

**Data da entrega: 19/10/2010**

**Data da 2ª avaliação 03/11/2010**

### PARECER

- APROVADO**
- NÃO APROVADO**
- PENDENTE**

**TÍTULO: Articulação Saúde Mental e Economia Solidária: relato de experiência de um projeto de inclusão social pelo trabalho.**

**PESQUISADORA: Francisca Bezerra de Oliveira**

**PARECER APROVADO: Projeto organizado e bem fundamentado. Considerando que o projeto de pesquisa atendeu as exigências listadas no check-list do CEP/UEPB, somos de parecer favorável ao desenvolvimento da pesquisa pelo cumprimento das considerações éticas necessárias.**

**CAMPINA GRANDE, 04 de novembro de 2010**

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Profª Dra. Doralúcia Pedrosa de Araújo  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

**PARECERISTA 06**

UNIVERSIDADE FEDERAL  
DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
BIBLIOTECA SETORIAL  
CAJAZEIRAS - PARAÍBA



Universidade Federal  
de Campina Grande



Pró-Reitoria  
de Pesquisa  
e Extensão

## Certificado

Certificamos que **ARIADNE PEREIRA PEDROZA** participou como extensionista colaboradora no Projeto de Extensão intitulado: Capacitação de usuários do Centro de Atenção Psicossocial de Cajazeiras – PB (CAPS II) para produção de artefatos artesanais, coordenado pela Profa. Dra. Francisca Bezerra de Oliveira, do Centro de Formação de Professores, vinculado ao Programa de Bolsa de Extensão – PROBEX/UFCG, no período de maio de 2009 a janeiro de 2010, com carga horária de 384 horas.

Campina Grande, 12 de julho de 2010

**Prof.ª Dr.ª Ana Célia Athayde Rodrigues**  
Pró-Reitora de Pesquisa e Extensão

**Prof. Dr. José Luiz Ferreira**  
Coordenador Geral de Extensão

APOIO: Creduni



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
INCUBADORA UNIVERSITÁRIA DE EMPREENDIMENTOS  
ECONÔMICOS SOLIDÁRIOS (IUEES-UFMG)



## CERTIFICADO

CERTIFICAMOS, que **Ariadne Pereira Pedroza**, participou da 1ª ETAPA DE CURSOS DE CAPACITAÇÃO PARA IMPLANTAÇÃO DA INCUBADORA UNIVERSITÁRIA DE EMPREENDIMENTOS ECONÔMICOS SOLIDÁRIOS (IUEES-UFMG), e assistiu aos cursos de: **Economia Solidária, Metodologia da Incubação e Gestão de Empreendimentos Solidários**, perfazendo um total de 32 horas, no período de 27 a 30 de abril de 2009.

  
**Profa. Dra. Crislene Rodrigues da Silva Moraes**  
**Coordenadora da IUEES-UFMG**