

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS
MESTRADO EM CIÊNCIAS SOCIAIS - GESTÃO DAS CIDADES

Luciana Assis Costa

O NOVO LUGAR DO TRABALHO ENTRE A SOCIEDADE E A LOUCURA
ESTUDO DE CASO DE PROGRAMAS DE GERAÇÃO DE TRABALHO E
RENDA PARA AS PESSOAS PORTADORAS DE SOFRIMENTO MENTAL
DESENVOLVIDOS EM CAMPINAS E BELO HORIZONTE

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em
Ciências Sociais – Gestão das Cidades da Pontifícia
Universidade Católica de Minas Gerais como requisito
parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências
Sociais.

Linha de Pesquisa: Trabalho e Cidade

Orientadora: Prof. Maria Regina Nabuco

Belo Horizonte

Junho de 2003

Agradecimento

Em primeiro lugar gostaria de expressar minha satisfação por ter escolhido este percurso acadêmico que possibilitou mudanças tão significativas nestes dois anos de minha vida.

Gostaria de agradecer as pessoas responsáveis pelo Mestrado de Ciências Sociais da PUC Minas, especialmente por apostarem na construção do conhecimento a partir da diversidade, explícita nas formações tão distintas dos seus alunos.

Gostaria de agradecer a amizade dos colegas do mestrado, pelo bom humor que prevaleceu frente a tantas angústias, ansiedades inerentes ao que nos propúnhamos.

Aqueles que mais do que colegas, se transformaram em grandes amigos – Mauro, Ricardo, Fátima, Glória - é sempre um prazer estar na companhia de vocês.

Um agradecimento especial a todos aqueles que disponibilizaram seu tempo para ouvir minhas dúvidas e questionamentos. Aos coordenadores dos Centros de Convivência de Belo Horizonte, coordenadora da saúde mental de BH, representantes do Fórum Mineiro de Saúde Mental, presidente da ASUSAM, Secretário de Políticas Sociais da PBH, ao vereador Carlão, ao Alfredo, do Ministério da Saúde, e tantos outros que de certa forma enriqueceram e viabilizaram esta pesquisa.

Também de uma forma especial dirijo meu agradecimento à equipe do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, principalmente aos profissionais ligados ao NOT, pela hospitalidade e simpatia com as quais me atenderam nas várias visitas feitas a Campinas. Ao Sérgio, agradeço a gentileza com que disponibilizou dados que enriqueceram muito este trabalho.

Aos colegas de trabalho do CERSAM, que me vêm oferecendo o privilégio de aprender e compartilhar a riqueza que é a construção diária da clínica da saúde mental.

Aos usuários da saúde mental minha grande inspiração para a realização deste estudo.

Aos meus pais, Rogério e Maria de Lourdes, pelo amor e aconchego que nos acolhem e principalmente, pela aposta constante que fazem nos filhos .Amo muito vocês!

Aos meus irmãos, pela forma distinta e especial de cada um que me faz aprender e amar a diferença.

Ao meu companheiro, amigo, amor, que com seu dom musical e sua alegria de viver, suportou minhas impaciências e desânimo sem perder a harmonia no nosso relacionamento. Te amo muito.

Por último, e com uma gratidão enorme, à minha orientadora Regina Nabuco, primeiramente pela paciência e sensibilidade com as quais valorizou minhas pequenas conquistas, no desafio de me fazer acreditar na possibilidade deste projeto ser viabilizado. E ainda por conseguir transformar este processo de aprendizagem em momentos tão agradáveis, que mereceram ser brindados.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO 1 – DO LUGAR SEGREGADOR DO TRABALHO NA INSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA À APOSTA NO TRABALHO COMO POSSIBILIDADE DE ACESSO SOCIAL DAS PESSOAS PORTADORAS DE SOFRIMENTO MENTAL	24
Introdução	24
1.1 – A valorização do trabalho e o descarte do indivíduo improdutivo levando à segregação do louco junto aos demais marginais sociais	26
1.2 – Separando o “Joio do Trigo” – A distinção entre os loucos e os marginais através da institucionalização da loucura e a valorização do trabalho como prática terapêutica nos asilos	29
1.3 – Especificidades e semelhanças do processo de institucionalização da loucura no Brasil em relação à Europa	32
1.4 – Breve relato das reformas psiquiátricas no cenário mundial e a influência da psiquiatria democrática italiana na reforma psiquiátrica brasileira	36
1.5. Discussão sobre a centralidade ou não do trabalho na organização social e o consenso entre os teóricos da saúde mental sobre a importância do trabalho no aumento do acesso social das Pessoas Portadoras de Sofrimento Mental	43
1.5.1 – O trabalho discutido sob a ótica da Reabilitação na Saúde Mental e os distintos Modelos de Relações de Trabalho propostos para as Pessoas Portadoras do Sofrimento Mental	49
1.5.2 – Anos 80: reestruturação produtiva, queda do trabalho formal, desemprego, trabalho precário e exclusão social. A busca de alternativas de trabalho e a criação de novas relações de trabalho para a inserção da população marginalizada	54
1.5.3 – Economia Solidária ou Popular: formas alternativas de inclusão no mercado de trabalho	59

**CAPÍTULO 2 – FASES DO PROCESSO DE TRANSFORMAÇÃO DO
MODELO DA ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL: SURGIMENTO
DO MOVIMENTO CRÍTICO AO MODELO PSIQUIÁTRICO VIGENTE
BASEADO NA AUSÊNCIA DE DEMOCRACIA SOCIAL E NOVAS
PROPOSTAS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL COM ÊNFASE NO
DIREITO AO TRABALHO DAS PESSOAS PORTADORAS DE**

SOFRIMENTO MENTAL -----	66
Introdução -----	66
2.1 – Surgimento do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental – Críticas à qualidade e ao sistema privativista do Modelo Psiquiátrico no final dos anos 70:	
Ditadura Militar -----	71
2.1.1 – Início dos anos 80 – Uma reforma limitada à instituição hospitalar baseada no modelo preventista americano que visava principalmente a redução de gastos públicos na saúde -----	74
2.1.2 – 1987: Marco da Reforma Psiquiátrica no Brasil – Avanço conceitual do Movimento no sentido da desinstitucionalização e criação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico -----	76
2.1.3 – Redirecionamento da assistência no sentido do Modelo Substitutivo de Saúde Mental e estruturação da rede de atenção à saúde mental -----	79
2.1.4 – Dados que revelam o sentido do processo de transição do modelo de assistência à saúde mental no Brasil -----	83
2.1.5 – As pouco freqüentes implementações de inserção das Pessoas Portadoras de Sofrimento Mental no trabalho hoje no Brasil e no exterior -----	91
CAPÍTULO 3 – A RELAÇÃO DAS POLÍTICAS MUNICIPAIS DE SAÚDE MENTAL COM OS PROGRAMAS DE GERAÇÃO DE RENDA PARA USUÁRIOS DA SAÚDE MENTAL DAS CIDADES DE CAMPINAS E BELO HORIZONTE -----	100
Introdução -----	100
3.1 – Aspectos essenciais da assistência à saúde mental em Belo Horizonte a partir de 1988 – Destaque para os serviços substitutivos que desenvolvem os Programas de Geração de trabalho e renda -----	101

3.1.1 – A falta de prioridade e de investimento da Política de Saúde Mental de Belo Horizonte nos Programas de Geração de Trabalho e Renda desenvolvidos nos Centros de Convivência -----	108
3.2 – Aspectos essenciais da assistência à saúde mental em Campinas a partir de 1988 – Destaque para o projeto “Armazém das Oficinas – antigo NOT” que desenvolve o Programa de Geração de Trabalho e Renda -----	115
3.2.1 – Núcleo de Oficinas: Frente de Trabalho e Geração de Renda -----	122
3.3 – Os diferentes Modelos de Geração de Trabalho e Renda desenvolvidos em Belo Horizonte -----	127
3.3.1 Projeto de Trabalho articulado à Secretaria de Assistência Social – Foco na comercialização dos produtos realizados pelos usuários da saúde mental -----	128
3.3.2 – O trabalho formal como alternativa de inserção das Pessoas Portadoras de Sofrimento Mental – Uma parceria entre o Centro de Convivência e empresas privadas	129
3.3.3 – Trabalho informal integrado à saúde – cooperado, flexibilizado, protegido -----	131
3.3.4 – Modelo de trabalho – parceria ONG e Secretaria de Modernização Administração da Prefeitura de Belo Horizonte: trabalho cooperado, baixo nível de proteção -----	136
3.3.5 – Modelo de trabalho cooperado, protegido, integrado à saúde, com fortes características do fordismo – Campinas -----	139
CONSIDERAÇÕES FINAIS -----	142
SUMMARY -----	149
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----	150
ANEXOS -----	158
Entrevistados -----	159
Formulários das Entrevistas -----	160

LISTA DE SIGLAS

ABP - Associação Brasileira de Psiquiatria

ADS - Agência de Desenvolvimento Solidário

AFAUCEPA – Associação dos Familiares, Usuários, Amigos e Funcionários do Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

AMOCAIS – Associação dos Amigos do CAIS

APACOJUM – Associação dos Parentes e Amigos dos Pacientes do Complexo Juliano Moreira

APAC – Atendimento e Procedimento de Alta Complexidade

ASUSAM - Associação dos Usuários da Saúde Mental

AUFACAPS – Associação dos Usuários, familiares e amigos do CAPS Pedro Pellegrino

BANCOOP – Banco de Cooperativa Popular

BH - Belo Horizonte

CAC - Centro de Apoio Comunitário

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial/ Centro de Apoio Psicossocial

CAPSad- Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Droga

CAPsi- Centro de Atenção Psicossocial Infantil

CC - Centro de Convivência

CERSAM - Centro de Referência de Saúde Mental

CNBB - Confederação Nacional de Bispos do Brasil

CNSM - Conferência Nacional de Saúde Mental

COHAB – Companhia de Habitação

COPPE (UFRJ) – Coordenação dos Programas de Pós-graduação de Engenharia

CRAISA – Centro Integral à Saúde de Adolescentes

CRIAD – Centro de Informação de Alcoolismo e Drogadição

CUT - Central Única dos Trabalhadores

DIEESE - Departamento Intersindical de Estudos Estatísticos Sociais e Econômicos

DINSAM - Divisão Nacional de Saúde Mental

DISAB - Distrito Sanitário do Barreiro

ES - Economia Solidária

FAT - Fundo de Amparo ao Trabalhador

FBH – Federação Brasileira de Hospitais
FEAC – Federação das Entidades Assistenciais de Campinas
GEDE - Gerência das Ações de Desenvolvimento Sócio-Econômico
IBGE - Instituto de Geografia e Estatística
IFB - Instituto Franco Basaglia
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
IPUB – Instituto de Psiquiatria da Universidade do Rio de Janeiro
ITCP - Incubadora Tecnológica de Cooperativas Populares
MST - Movimento dos sem Terra
NADEQ – Núcleo de Atenção ao Dependente Químico
MTSM – Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial
NOT – Núcleo de Oficinas de Trabalho
NUSAM – Núcleo de Saúde Mental e Trabalho
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONG – Organização Não Governamental
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
PAM – Posto de Assistência Médica
PBH - Prefeitura de Belo Horizonte
PEA - População Economicamente Ativa
PETI – Programa de Erradicação do Trabalho Infantil
PGTS – Programa de Geração de Trabalho Solidário
PNASH - Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares
PPSM – Pessoa Portadora de Sofrimento Mental
PRODESAM – Cooperativas de profissionais em serviços de desenvolvimento técnico, econômico, cultural e sócio-ambiental
PSF – Programa de Saúde da Família
PT – Partido dos Trabalhadores
PUC – Pontifícia Universidade Católica
SADA – Serviço de Atenção em Distúrbio de Aprendizagem
SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SAS – Secretaria de Assistência à Saúde
SENAC - Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial

SENAI – Serviço Nacional de aprendizagem Industrial

SESC – Serviço Social do Comércio

SESI – Serviço Social da Indústria

SETRAB - Secretaria Estadual de Trabalho

SIH - Sistema de Informações Hospitalares do SUS

SINE – Sistema Nacional de Emprego

SMAS – Secretaria Municipal de Assistência Social

SSCF – Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro

UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas

UNITRABALHO – Rede Interuniversitária de Estudos e Pesquisas sobre o Trabalho

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Número de Hospitais Psiquiátricos, Leitos, Internações e Gastos Totais, Brasil, 1990/2001 -----	85
TABELA 2 – Evolução dos gastos (em R\$) com internação psiquiátrica e com Atenção Substitutiva, Brasil, 1997-2002 -----	86
TABELA 3 – A via de mão-dupla da Reforma Psiquiátrica: declínio dos leitos psiquiátricos e ampliação dos serviços diurnos de atenção substitutiva (CAPS), 1996-2002 -----	87
TABELA 4 – Custos dos serviços públicos de saúde mental de Campinas -----	119
TABELA 5 – Custo total e custo/paciente por área de assistência dos serviços de saúde mental coordenados pelo Cândido Ferreira, 1999 -----	121
TABELA 6 – Custo da vaga/ano do paciente inserido no projeto do NOT – 1999, Repasse de verba para o NOT proveniente do SUS – Prefeitura de Campinas – 1999	124
TABELA 7 – Demonstração de resultado do exercício financeiro 2001 – Associação Cornélia – Campinas -----	125
TABELA 8 – Resultado do exercício financeiro de dois Grupos de Produção de Belo Horizonte no período de set/02 a dez/02 -----	135

RESUMO

O trabalho tem sido visto por alguns especialistas em saúde mental como um dos eixos de desconstrução do modelo manicomial, visto que o trabalho passa a ser considerado um mediador no acesso e pertencimento social das Pessoas Portadoras de Sofrimento Mental - PPSM. Enquanto alguns Cientistas Sociais vêm negando a centralidade do trabalho na organização social e na construção da identidade dos indivíduos devido à precarização das relações de trabalho, profissionais da saúde mental apostam em um resgate da humanização do trabalho principalmente através da solidariedade e associativismo.

Neste sentido, esta pesquisa objetivou identificar o novo sentido que é dado ao trabalho para as PPSM no atual processo de transformação da assistência à saúde mental, buscando identificar os modelos de Programas de Geração de Trabalho e Renda que vêm sendo desenvolvidos para as PPSM. E, ainda, compreender como estes programas estão sendo inseridos na atual política pública local de Saúde Mental. Para isso, foi realizado um estudo de caso em duas cidades, Belo Horizonte e Campinas, que vêm implementando ações com características bastante distintas, visando à inserção das PPSM no trabalho.

SUMMARY

The work has been seen by some specialists in Mental Health as one of the pillars in the deconstruction of mental treatment model.

The work is considered a mediator in the access and social belonging to the people with mental disorder.

While some social scientists deny the objectivity of this work in social organization and also in the construction of the individual identity, due to the weakness of work relationship, the professionals that deal with mental health see a return to the humanization of the work mainly through solidarity and partnership.

In this sense, this research focused on identifying the new value given to work for the people with mental disorder in the transformation process of assistance to mental health.

The research try to identify the work and wage generation program models for people with mental disorder. Moreover, it tries to understand how these programs are being inserted in local public policies for mental health today.

It was carried on a study of case in two cities, Belo Horizonte and Campinas, which distinct characteristics focusing the insertion of people with mental disorder in the work market.

INTRODUÇÃO

Basicamente todo o meu percurso profissional esteve inserido na assistência à saúde mental. Enquanto terapeuta ocupacional, as questões relacionadas ao “fazer humano” das pessoas portadoras de sofrimento mental sempre foram foco de minha atenção. Se fizermos um retrocesso histórico, veremos que o uso do trabalho como recurso terapêutico para as *Pessoas Portadoras de Sofrimento Mental* - PPSM foi precursor da profissão Terapia Ocupacional. Embora concorde com todas as críticas relacionadas à utilização do trabalho nos “asilos pinelianos”, como forma de punição e normatização de comportamento dos doentes mentais, acredito que esta relação histórica entre a origem da Terapia Ocupacional e o uso do trabalho como “tratamento” das PPSM despertou em mim um interesse particular em realizar esta pesquisa, na qual eu busco analisar a relação atual das PPSM com o trabalho.

Além deste interesse particular, acredito na importância da discussão atual sobre o dilema entre a clínica x trabalho na desinstitucionalização das PPSM. O trabalho tem sido visto por alguns especialistas em saúde mental como um dos eixos de desconstrução do modelo manicomial, visto que o trabalho passa a ser considerado um mediador no acesso e pertencimento social das PPSM. Sendo assim, através deste estudo procurei conhecer as relações de trabalho que são propostas para as PPSM, a partir dos *Programas de Geração de Trabalho* desenvolvidos pelos Serviços de Saúde Mental, e ainda compreender como estes programas estão sendo inseridos na atual política pública de Saúde Mental.

Assim, este estudo estará dividido em três Capítulos sendo que, no primeiro, abordaremos os diferentes papéis que o trabalho ocupou em relação à loucura, seja na exclusão social do louco, a partir de sua institucionalização, até o momento em que o trabalho passa a ser visto como uma possibilidade de inclusão social e aumento de contratualidade das PPSM na sociedade. No capítulo 2 iremos analisar o momento atual no qual se encontra o processo de reforma psiquiátrica brasileira, partindo de um breve relato histórico sobre o momento inicial das transformações da assistência à saúde mental no Brasil, para analisarmos a transição na qual este processo se encontra. Para isto, fizemos um levantamento de dados, registros e depoimentos que ilustram os avanços e limites da reforma em relação aos aspectos teóricos, jurídicos e políticos, bem como as reais dificuldades de implementação de serviços substitutivos de assistência em função, principalmente, do escasso repasse financeiro da União para os municípios, e ainda o desinteresse político local em relação à ampliação do projeto de reforma psiquiátrica em nível municipal. A importância de demonstrar a situação atual da assistência à saúde mental, para compreender a relação atual das PPSM com o

trabalho, é justificada devido ao fato de que a implantação dos *Programas de Geração de Trabalho e Renda* para as PPSM só veio a acontecer, apesar de toda a precariedade, a partir de avanços no processo de reforma psiquiátrica em algumas regiões do país. Isto porque somente com a transformação do modelo manicomial os direitos das PPSM passam a ser reconhecidos e considerados pela assistência à Saúde Mental. Neste sentido, o direito ao trabalho passa ser um dos eixos de atuação da Saúde Mental, a partir da implantação de Programas de inserção no trabalho, visando à ampliação dos acessos sociais às PPSM, bem como a construção de uma outra identidade social, que não a de doente mental (geralmente a única identidade que representa estas pessoas). Finalmente, no Capítulo 3, apresentaremos as análises da pesquisa empírica, a partir do estudo de duas cidades, Campinas e Belo Horizonte - BH, que vêm avançando, diferenciadamente, no processo de reforma psiquiátrica e implementando programas de inserção das PPSM no trabalho.

O primeiro capítulo analisa historicamente o processo de institucionalização da loucura, sendo a incapacidade para o trabalho condição crucial em todo o processo de segregação dos doentes mentais. De forma geral, os demais indivíduos, quando considerados socialmente inaptos ao trabalho, eram tratados como marginais, principalmente quando o trabalho passou a constituir meio principal de geração de riqueza e desenvolvimento para os Estados. Justamente neste momento, todas as pessoas que não respondessem à demanda exigida pelo processo de produção de mercadorias e valor - tais como vadios, loucos, desempregados - foram retirados da cena social. De acordo com Foucault (1997), o mundo da loucura torna-se neste momento o mundo da exclusão, engendrado por motivos econômicos, políticos, morais e religiosos.

No caso da loucura, desde então a psiquiatria, junto às demais ciências humanas, vem legitimando o lugar de exclusão e segregação dessas pessoas em espaços especializados para acolher aqueles classificados como anti-sociais.

No caso específico da loucura, apesar de a inabilidade dos loucos para o trabalho ter sido um dos motivos de exclusão social, contraditoriamente, dentro dos asilos, o trabalho adquire lugar de tratamento e função moralizadora para os internos. A escola do “tratamento moral” lidou com o trabalho como algo essencial para transformar o tempo ocioso e improdutivo dos doentes mentais em tempo útil, bem como reprimir paixões e impulsos dos alienados (Nicácio, 1994). Durante muitos anos a utilização do trabalho nos manicômios esteve presente, seja como forma de normatização, como entretenimento ou até mesmo como terapia. Segundo Saraceno (2001), desde sempre os doentes mentais foram postos a trabalhar, seja para passar o tempo, para ter maior poder de barganha dentro dos asilos e, muitas vezes,

até mesmo para substituir mão-de-obra nos manicômios, embora a exclusão dos mesmos se devia, inclusive, à improdutividade.

No mesmo capítulo, fazendo um corte para apresentar sucintamente o mesmo processo no Brasil, demonstramos que o mesmo se deu de forma bastante semelhante aos países europeus, bem como a utilização do trabalho nas colônias agrícolas repetiu alguns princípios do “tratamento moral”. No entanto, vimos que estes fatos históricos ocorreram em períodos cuja distância se aproxima de um século entre os países desenvolvidos e o Brasil. No entanto, a defasagem entre o processo de reforma psiquiátrica nos países desenvolvidos (Pós-Segunda Guerra) e no Brasil (final da década de 70) foi de apenas 40 anos.

Sendo assim, é evidente que o processo de reforma psiquiátrica nos países desenvolvidos afeta profundamente a dinâmica das medidas tomadas no Brasil. Nesse sentido, analisaremos estas mudanças ocorridas na assistência à saúde mental a partir do processo de Reforma Psiquiátrica iniciado na maioria dos países desenvolvidos ainda em meados do século XX e nos países em desenvolvimento, como no caso do Brasil, já no final dos anos 70. Atualmente, em quase todos os países as políticas de saúde mental vêm privilegiando ações de desinstitucionalização, ou seja, a construção de um novo modelo de atenção à saúde mental, não mais baseado no modelo manicomial. No caso do Brasil, o modelo italiano teve uma influência marcante na condução das reformas legislativas, teóricas e práticas em direção à desinstitucionalização, inclusive no que diz respeito à inserção das PPSM no trabalho. Como em todo processo, as mudanças têm sido lentas, mesmo porque demandam rompimentos com paradigmas e crenças cristalizadas sobre a loucura, começando pelo questionamento sobre a função de controle social exercida durante séculos pelos manicômios. Neste sentido, encontramos ainda uma relação hierárquica pautada no poder e na tutela dos profissionais em relação aos loucos, e o mito da periculosidade e da incapacidade civil, incluindo, neste caso, a crença de que as PPSM são consideradas inábeis para o trabalho.

No entanto, pode-se constatar transformações no modelo de assistência à saúde mental - embora seja um processo lento e muitas vezes focalizado em determinados países e regiões - no que se refere à legalização e efetivação dos direitos das PPSM, bem como a possibilidade de sua maior participação e acesso aos bens materiais, culturais e humanos. Estes pontos também passam a orientar o processo de reforma psiquiátrica. Por sua vez, o trabalho passa a ser considerado como um dos pilares para a desconstrução do lugar excluído e inócuo do louco no contexto social.

Porém, justamente no momento atual em que o trabalho, ou melhor, a precarização das relações de trabalho passa a ser motivo maior de exclusão e desagregação social, e por isso a

centralidade do trabalho é questionada enquanto princípio da organização social, surge no cenário da assistência à saúde mental uma busca de novas relações de trabalho, bem como uma valorização humana do trabalho, visando à participação da PPSM como um ser social e produtivo.

Desta forma, é importante inserir aqui o debate sobre as diferentes concepções acerca da centralidade do trabalho na organização social e formação identitária. Embora exista uma corrente nas Ciências Sociais que afirma a importância do trabalho na formação humana e social, conforme cita Antunes (2002), temos alguns teóricos das Ciências Sociais que contrapõem este discurso afirmando que, em função da degradação das relações de trabalho, o mesmo deixa de ser considerado princípio organizador das estruturas sociais, perdendo assim seu potencial identitário, constituinte da personalidade humana e referência normativa de vida (Offe, 1989; Ahumada e Mariana 2001b). De acordo com Offe (1989), as tentativas mais recentes de valorização “moral e espiritual” relacionadas ao trabalho são propostas por protagonistas de modelos alternativos e utópicos, que passam valorizar o trabalho por “conta própria”, uma nova autonomia baseada na solidariedade.

Ao contrário destes, os teóricos da saúde mental apresentam um consenso em relação à centralidade do trabalho no processo de inclusão e acessibilidade social das PPSM, seja via processo de socialização, pertencimento social, mudança de papel social, conquista de direito social, bem como o aumento da auto-estima, crença e respeito pessoal, ou seja, o trabalho passa ser considerado a chave da estruturação da existência humana (Saraceno, 2001; Nogueira, 1997; Nicácio, 1994; Rotelli, 1989; Barros, 1994; Giudice, 1998).

Neste sentido, o trabalho é visto também a partir do conceito de Reabilitação, longamente discutido por teóricos da saúde mental. O conceito de reabilitação possui distintas concepções, dentre as quais podemos encontrar pelo menos três que são bastante utilizadas na saúde mental. Uma primeira associa a reabilitação à Saúde Mental através da tentativa de readaptação das PPSM ao modo de vida normal dos indivíduos. Neste sentido, as abordagens reabilitadoras lançam mão de modelos comportamentais e psico-educacionais voltados ao treinamento dos indivíduos para viverem em sociedade (Lieberman apud Saraceno, 2001). Esta concepção de reabilitação é bastante utilizada nos EUA e Inglaterra, embora tais práticas sejam bem vistas e aplicadas em vários outros países, como no caso do Brasil. Este modelo é bastante criticado em função de sua ênfase ser na normatização e adaptação das PPSM, partindo do princípio de que a diferença do sujeito é sinônimo de anormalidade e, por isso, deve ser “consertada” para que ele possa ser integrado à sociedade. Sob esta visão, a questão da exclusão social passa a ser identificada como uma dificuldade individual do sujeito e não a

partir de uma avaliação coletiva dos preconceitos e resistências da sociedade em aceitar o diferente. Nos países que utilizam esta concepção de reabilitação as propostas direcionadas ao trabalho para as PPSM enfocam geralmente o mercado formal, a partir de programas de qualificação profissional para este público e/ou trabalho apoiado nas empresas privadas.

Uma segunda concepção associa a reabilitação à construção de uma clínica da saúde mental mais ampliada, que englobe não apenas o tratamento medicamentoso e psicoterápico, mas também os direitos sociais e políticos, a ética, a acessibilidade e aumento da contratualidade da PPSM no seu contexto social. Neste sentido, o trabalho passa a ser visto como um dos eixos de intervenção da saúde mental para a desinstitucionalização das PPSM, respeitando a particularidade do sujeito com transtorno mental. Esta concepção de reabilitação é bastante utilizada na Itália, e conseqüentemente no Brasil, devido à influência da reforma italiana aqui. As propostas de trabalho sob este enfoque geralmente buscam no formato de associação, na ênfase na solidariedade e na qualidade da relação de trabalho a sobreposição do trabalho humano em relação ao capital, geralmente buscando apoio do Estado e da sociedade civil. Como exemplo, temos as cooperativas, os grupos de produção, as frentes de trabalho subsidiadas pelo Estado e etc. (Pitta, 2001; Saraceno, 2001; Nicácio & Kinker, 1997).

Uma terceira concepção de reabilitação utiliza-se da abordagem psicanalítica para explicar que o foco da intervenção está no sujeito e não no social. Assim, o social não é visto como um potencial reabilitador (Vigannó, 1999). Neste sentido a questão do trabalho deixa de ser vista como reabilitação, mas sim como um direito social, onde o paciente só conseguirá ingressar nesta relação de trabalho a partir da sua construção subjetiva pelo viés da clínica da psicanálise. A abordagem psicanalítica é utilizada também na Itália, França e, no caso do Brasil, tem uma forte influência em Minas Gerais. No caso de BH, em particular, o referencial psicanalítico é praticamente unânime na clínica da saúde mental, e conseqüentemente está presente muitas vezes nos programas de geração de trabalho e renda para as PPSM, onde o discurso do técnico da saúde mental prioriza leituras mais subjetivas em relação às ações dos sujeitos que estão envolvidos no processo de trabalho e aos significados imbricados naquela ação, em detrimento das questões acerca do trabalho.

Assim, encontramos basicamente dois tipos de programas que visam à inserção no trabalho para as PPSM. O primeiro deles, encontrado na literatura anglo-saxã, enfoca o mercado de trabalho formal, a partir da oferta de cursos de qualificação e treinamento nas empresas; já o segundo, próximo da literatura italiana, baseia-se no trabalho cooperado e/ou associativo, realizado de uma forma mais protegida, quando inserido dentro dos próprios serviços de saúde mental, ou ainda, buscando uma maior autonomia dos grupos quando

executados em parcerias com o poder público-estatal ou via *Organizações Não Governamentais* - ONG's.

Embora a questão da inserção no trabalho para as PPSM esteja sendo discutida sob a ótica da “reabilitação” na saúde mental, pode-se perceber que estas iniciativas e propostas de trabalho para este grupo não diferem em muito das propostas implementadas para a população em geral, que se encontra fora do mercado de trabalho. Por isso, ainda no capítulo 1 buscaremos compreender as transformações que ocorrem nas relações atuais de trabalho a partir da precarização, e aumento da exclusão social, bem como as alternativas de inserção no trabalho para esta população marginalizada. Com isso, verificaremos que os modelos de inserção da PPSM no trabalho se aproximam em muito das alternativas propostas para as populações excluídas, seja via processo de qualificação com foco no mercado formal, seja via formação de cooperativas ou associações.

Desta forma, enfocaremos as relações de trabalho tal como são vistas pela chamada Economia Solidária, em função do aumento significativo dos empreendimentos populares baseados na livre associação, no trabalho cooperado, bem como na autogestão. Estas iniciativas vêm apresentando uma opção para os segmentos sociais de baixa renda, atingidos pelo quadro atual de desemprego (Gaiger, 1999a). Neste sentido, também para as PPSM o trabalho cooperado ou associativo passa a ser visto como uma possibilidade real de participação deste grupo no trabalho. No caso do Brasil, este modelo de trabalho tem sido priorizado nas propostas de geração de trabalho e renda para as PPSM. Teóricos e trabalhadores da saúde mental acreditam que esta relação de trabalho possa resgatar o valor humano do trabalho, bem como criar um novo modelo de organização democrática e igualitária, superando a condição de mero paliativo contra o desemprego e a exclusão.

Esta busca de alternativas de trabalho, neste momento de elevado índice de desemprego e exclusão social, não se limita aos grupos de PPSM, mas também envolve uma parcela significativa da população que se encontra nesta situação de marginalidade. Ou seja, a exclusão social deixa de ser privilégio de um grupo social e passa a ser um problema social. Sendo assim, a luta das PPSM pela inclusão social é fortalecida por uma questão que passa ser um problema enfrentado pelo país, e um dos caminhos escolhidos para enfrentar esta situação é a abertura de oportunidades de inserção no mercado de trabalho. Com isso, a sociedade civil, através de iniciativas individuais ou solidárias, e ainda o governo, através de políticas públicas, junto à sociedade civil, representada pelas ONG's e empresas privadas, buscam viabilizar projetos de geração de trabalho e renda direcionados à população marginalizada. Se por um lado as relações de trabalho que surgem como alternativas para os grupos excluídos

do mercado de trabalho formal estão basicamente associadas à sobrevivência, ao invés de representarem uma possibilidade real de inclusão e melhoria da qualidade de vida, por outro lado, para as PPSM elas passam a apresentar uma oportunidade real de participação, em função das características presentes nestas relações de trabalho, como o seu caráter solidário, associativo, flexível, que enfatiza o desenvolvimento de atividades manuais e artesanais a partir da criatividade e originalidade.

Isto não significa dizer que o mercado de trabalho abre oportunidade para as PPSM, pelo contrário, este grupo ainda permanece em situação de exclusão. No entanto, em relação às formas alternativas de trabalho, é possível vislumbrar a inserção das PPSM, principalmente por serem relações que permitem diferenças pessoais, bem como a valorização do trabalho em detrimento da exploração do capital. Neste caso, as cooperativas e/ou associações são apontadas pelos teóricos e profissionais da saúde mental como alternativas viáveis e talvez mais adequadas à participação das PPSM no trabalho.

Neste sentido, no Capítulo 2 buscaremos compreender o atual momento em que se encontra o processo de reforma psiquiátrica no Brasil, para contextualizarmos as propostas de geração de trabalho e renda existentes nas regiões mais avançadas, dentro dos objetivos da reforma da assistência à saúde mental. De início, analisaremos a formação dos movimentos sociais que se organizam após o enfraquecimento do regime militar no Brasil e passam a criticar o atendimento desumano aos doentes mentais realizado pelos hospitais psiquiátricos. Estas denúncias são consideradas precursoras do processo de reforma psiquiátrica no Brasil. Já nos anos 80 iniciam-se as primeiras transformações ocorridas na assistência psiquiátrica, bastante limitadas por terem sido referenciadas pelo modelo preventivista americano que tinha como prioridade o corte de gastos públicos em detrimento de uma reforma qualitativa na assistência. Em seguida analisaremos o momento durante o qual o processo de reforma psiquiátrica passa ser orientado pelos princípios e diretrizes da reforma sanitária, bem como por um novo conceito de desinstitucionalização, baseado na implantação de uma rede de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos.

O levantamento de dados e registros que efetuamos ainda neste capítulo revela o sentido atual do processo de reforma psiquiátrica no Brasil, apontando avanços e dificuldades que demonstram que o modelo substitutivo não constitui ainda o modelo hegemônico na assistência à saúde mental, embora se possa considerar que a política nacional de saúde mental está legitimando a ampliação do modelo de desinstitucionalização. Neste sentido, consideramos que algumas regiões no Brasil encontram-se mais avançadas na transformação da assistência à saúde mental e, por isso, estão desenvolvendo ações mais inovadoras, tais

como aquelas ligadas aos programas de geração de trabalho e renda para as PPSM, lembrando que o direito ao trabalho passa a constituir-se como um dos eixos para a conquista da inserção social das PPSM. Sendo assim, destacaremos os poucos programas de geração de trabalho e renda para as PPSM implantados no exterior e no Brasil. Verificaremos que existem basicamente dois modelos de trabalho, referenciados pelas literaturas anglo-saxã e italiana, que vêm orientando os programas de geração de trabalho e renda para as PPSM. No caso do Brasil, vimos que não existe um único modelo em funcionamento, mas sim uma diversidade de iniciativas que mesclam ambos os modelos citados acima, e com isso dão novos formatos aos mesmos.

A fim de verificarmos a importância e o processo de desenvolvimento de dispositivos substitutivos de assistência à saúde mental no Brasil, vamos proceder à análise de dois *case-studies* de *Programas de Geração de Trabalho e Renda* para as PPSM em duas grandes cidades do Brasil: um em São Paulo - Campinas, e outro em Minas Gerais - BH. Nosso interesse nestes dois casos se deve ao sucesso reconhecido pelo processo de Campinas, principalmente no que se refere aos programas de reabilitação voltados à moradia, lazer e trabalho. O caso de BH, ao contrário, vem experimentando uma série de dificuldades de implantação dos dispositivos ligados à inserção das PPSM no trabalho, desde sua própria definição ao fato de o debate teórico e da escolha de metodologia terem durado mais tempo do que o devido. Neste momento utilizamos o método de observação participante para obtermos maiores informações sobre o funcionamento dos grupos. Num segundo momento, realizamos uma Coleta de Dados, em Campinas, através de pesquisa nos prontuários dos usuários que participavam dos projetos de Geração de Renda, e em BH através de entrevistas individuais, onde foi possível traçar o perfil dos participantes dos grupos de produção. Finalmente, na terceira etapa, tanto em Campinas como em BH, realizamos entrevistas com gestores e coordenadores dos projetos. No caso de BH, entrevistamos também o Coordenador Municipal da Saúde Mental, o Presidente da *Associação dos Usuários da Saúde Mental de Minas Gerais* - ASUSAM, os Coordenadores do *Fórum Mineiro de Saúde Mental* e o representante da *Secretaria de Modernização Administrativa da Prefeitura de BH*. Neste sentido, foi possível identificar percursos distintos do processo de reforma em cada uma das cidades, a partir de interesses políticos, ideológicos e de identificação com modelos de reforma.

No decorrer do estudo, foi possível compreender características distintas das políticas públicas locais de saúde mental das duas cidades analisadas, bem como o porquê da priorização de determinadas ações na assistência à saúde mental. Neste sentido, vimos que a

questão do trabalho na cidade de Campinas foi, desde o início do processo de desinstitucionalização, pensado e estruturado como um importante dispositivo da assistência à saúde mental, enquanto em BH ações mais ligadas ao atendimento da urgência psiquiátrica foram priorizadas como forma de um embate direto contra os hospitais psiquiátricos, embora a questão do trabalho esteja sendo pensada e implementada por alguns grupos inseridos na assistência à saúde mental e/ou integrados a organizações não governamentais.

Sendo assim, no Capítulo 3 analisaremos o processo de reforma psiquiátrica nas cidades de Campinas e BH, a partir da década de 90, quando em ambas as cidades inicia-se a implementação das reformas na assistência à saúde mental. Este período está marcado pela Constituição de 1988 e, especificamente no caso da saúde, pela criação do *Sistema Único de Saúde - SUS*, a partir da *Reforma Sanitária*.

É justamente neste período que inicia a implantação dos serviços substitutivos embasados nos princípios da reforma psiquiátrica e da reforma sanitária, tanto em Campinas como em BH.

O início das transformações na assistência psiquiátrica em ambas as cidades foi favorecido por uma Administração Municipal Popular, gestão esta que propiciou algumas reformulações no Setor da Saúde em geral e, em especial, na saúde mental. Vale lembrar que muitos dos gestores destas administrações haviam participado dos movimentos, no final dos anos oitenta, a favor das reformas Sanitária e Psiquiátrica.

Porém, em cada cidade o processo de reforma apresentou suas particularidades, não sendo possível falar em um único modelo de reforma psiquiátrica quando estes processos são analisados.

Entre as particularidades da assistência à saúde mental de Campinas e de BH encontramos, em ambas as cidades, desde o início da implantação dos serviços substitutivos, trajetórias distintas e possivelmente complementares.

No caso de BH, a transformação da assistência psiquiátrica além de ter sido favorecida por um governo de esquerda, que contava com gestores públicos que se identificavam com a proposta de desinstitucionalização psiquiátrica, contou com uma ênfase na mobilização dos trabalhadores da saúde mental, que exerceram um papel importante na construção deste novo modelo de assistência. Assim, este contexto político favoreceu a tomada de decisões, não sob um caráter centralizador, mas a partir do diálogo com os trabalhadores da saúde mental, visando à construção de uma política de saúde mental nos moldes dos princípios da reforma. Estes trabalhadores, integrantes do movimento de luta antimanicomial, tiveram papéis importantes na construção de um novo modelo de saúde mental do município, e continuam

bastante ativos nas reivindicações de uma melhor assistência para as PPSM, seja em nível municipal, estadual ou federal.

Os modelos de reforma santista e italiano foram essenciais no direcionamento da reforma em BH. O objetivo da reforma era a substituição gradativa dos hospitais psiquiátricos, que representavam um número bastante expressivo na cidade, por uma rede de serviços de saúde mental que atendesse desde a urgência à reabilitação das PPSM. A proposta baseava-se na criação de serviços ligados diretamente à clínica, como os *Centros de Referência de Saúde Mental – CERSAM’s* e os ambulatórios, bem como de dispositivos que favorecessem a reconstrução dos direitos básicos das PPSM - negados até então pelo aparato manicomial – sejam eles ligados ao lazer, à cultura, à moradia e/ou ao trabalho, no sentido de possibilitar maior acesso social a estes indivíduos.

Porém, em função de um confronto explícito em relação aos manicômios, e da forte presença do referencial psicanalítico na clínica da saúde mental, a questão da atenção à clínica da urgência psiquiátrica desde o início foi vista como prioridade na implantação de serviços substitutivos em BH. A priorização da abertura de serviços de urgência – os CERSAM’s - marcava um confronto direto com os hospitais psiquiátricos. Acreditava-se que para conseguir uma “sociedade sem manicômios” era preciso que os serviços substitutivos dessem conta dos casos de urgência destinados, até então, aos hospitais psiquiátricos. Para isso abrem-se serviços que desafiam atender pacientes agitados, em crise, reafirmando que era possível a substituição dos hospitais por uma assistência descentralizada no município.

Por outro lado, a assistência básica - *Centro de Saúde* em BH - sempre foi avaliada como dispositivo sem resolutividade, que criava uma “demanda artificial” de casos psiquiátricos leves, não acolhendo a demanda de pacientes graves da saúde mental. Ao contrário, estes casos eram diretamente encaminhados do *Centro de Saúde* para a internação em Hospitais psiquiátricos, negando assim a proposta da reforma psiquiátrica. O grande desafio ainda presente na assistência à saúde mental em BH é o de como integrar este equipamento ambulatorial na proposta de rede substitutiva de saúde mental.

Em síntese, podemos dizer que em BH houve uma priorização dos serviços de urgência – CERSAM’s em detrimento dos dispositivos ligados à reinserção social das PPSM. Neste sentido, perde-se a discussão sobre reabilitação, e isto pode ser demonstrado pela própria carência de equipamentos na rede de atenção à saúde mental que acolhesse os pacientes crônicos, e também aqueles que já não se encontravam em crise. Sendo assim, muitos pacientes crônicos ainda permaneciam nos hospitais psiquiátricos ou sob o cuidado exclusivo das próprias famílias, como no caso dos pacientes egressos de hospitais de longa

permanência. Neste sentido, a rede de serviços voltados à reabilitação, como as *Residências Terapêuticas* e os *Programas de Geração de Renda e Trabalho*, encontrava-se bastante precária. Até hoje estes serviços associados à reabilitação das PPSM vêm sendo construídos em um ritmo mais lento, como é o caso das moradias protegidas, atualmente em número de seis, e dos programas de geração de trabalho e renda.

Os equipamentos de reabilitação que tiveram certa prioridade foram os *Centros de Convivência*, no entanto há que se considerar o baixo custo destes serviços se comparado aos demais dispositivos da rede de saúde mental.

Um ponto forte destes serviços de urgência, os CERSAM's, apresentados como substitutos dos hospitais psiquiátricos na atenção da crise em BH, vêm demonstrando que é possível a supressão dos hospitais para realizar esta assistência, desde que haja um número adequado de serviços substitutivos relativos à demanda da população com sofrimento mental. Porém, sabe-se que esta não é a realidade atual, pois em função de um número ainda reduzido de CERSAM's em BH, há uma necessidade dos leitos em hospitais psiquiátricos públicos para atender toda a demanda do município e das cidades vizinhas.

Voltando à questão do trabalho para as PPSM, é possível perceber porque esta não é questão significativa para a política municipal de saúde mental de BH. A preocupação maior encontra-se com o impasse entre os leitos hospitalares e a ampliação dos serviços de urgência, visando à superação das internações nos hospitais.

No entanto, os poucos programas existentes que enfatizaram a questão do trabalho para as PPSM dependeram de iniciativas isoladas, particulares e praticamente sem nenhum respaldo político. Assim, até o presente momento nos deparamos com distintas iniciativas de geração de trabalho e renda para as PPSM, ora partindo de dentro dos próprios serviços de saúde mental, neste caso os *Centros de Convivência*, ora buscando parcerias com políticas de assistência social e/ou tentando integrar-se às políticas públicas de geração de trabalho e renda para a população marginalizada do município - no entanto, sem estabelecer-se enquanto política pública, seja na saúde seja no desenvolvimento social.

Enquanto em BH prima-se pela atenção à crise na saúde mental, no caso de Campinas o que nos chama a atenção é o número de serviços voltados à reabilitação, tais como moradias protegidas e o *Núcleo de Oficinas de Trabalho* - NOT, que teve seu início em 1991 - possivelmente uma das primeiras ações visando à assistência das PPSM. Isto confirma o que já foi dito: a questão do trabalho em Campinas sempre foi considerada como um dispositivo essencial neste novo modelo de assistência aos usuários da saúde mental. Inicialmente isto pode ser explicado em função das primeiras ações de transformação da assistência ter

ocorrido a partir da desconstrução de um dos manicômios da cidade, ou seja, as ações iniciais foram direcionadas à desospitalização dos pacientes que estavam cronificados no regime manicomial, dando-lhes moradia no caso de pacientes que haviam perdido seus vínculos sociais e familiares, bem como trabalho, como possibilidade de resgate de autonomia e renda.

Pelo fato do hospital psiquiátrico ter decretado falência e ter sido entregue à Prefeitura, não houve um conflito maior direto com este equipamento. Neste sentido, a partir do processo de transformação vivenciado pelo antigo *Hospital Cândido Ferreira*, ele passou a ser um dos parceiros mais importantes da Prefeitura, em função do número de serviços substitutivos criados e inseridos na rede pública de assistência à saúde mental. Situação diversa dos embates ocorridos em BH frente aos hospitais.

Trazendo para a questão do trabalho para as PPSM, em função de uma rede de assistência estruturada principalmente para atender às questões ligadas à reabilitação psicossocial das PPSM temos em Campinas um programa de geração de trabalho e renda que funciona há 13 anos como um dos dispositivos fundamentais neste novo modelo de assistência à PPSM. A legitimidade deste programa enquanto uma política pública de saúde mental possibilitou uma maior efetivação do programa de geração de trabalho e renda para as PPSM, considerando a existência de uma verba específica da saúde que garante a sustentabilidade do mesmo, além de uma equipe adequada que lida tanto com as questões pessoais dos usuários quanto com a contabilidade e orçamento do programa. Há também uma maior inserção do mesmo no mercado de consumo, através da qualidade e competitividade dos seus produtos. No entanto, há que se considerar que este programa funciona em uma tônica de trabalho protegido, tutelado pelo serviço, em que os usuários são acompanhados sistematicamente por profissionais que integram esta equipe, com pouca autonomia no que diz respeito à gestão do programa. Por outro lado, existe uma dinâmica de trabalho com características mais formais, com horários pré-estabelecidos e folha de ponto, rituais que se aproximam de qualquer relação de trabalho sem, no entanto, desconsiderar as particularidades de cada integrante do programa.

Não são estas apenas as diferenças e similitudes que procuramos demonstrar entre os modelos de Campinas e BH. A riqueza dos programas é de tal monta no seu processo de construção que muitos fatos, dados, entrevistas, problemas, soluções deixam de aqui constar. Para tal esta dissertação aponta para uma série de linhas de pesquisa que poderão surgir a partir destes primeiros achados.

CAPÍTULO 1 - DO LUGAR SEGREGADOR DO TRABALHO NA INSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA À APOSTA NO TRABALHO COMO POSSIBILIDADE DE ACESSO SOCIAL DAS PESSOAS PORTADORAS DE SOFRIMENTO MENTAL

Introdução

Este capítulo busca analisar a evolução da relação entre o conceito de trabalho e os diferentes papéis que ele ocupou na história da loucura, a fim de compreender como sucedeu a passagem de uma relação de trabalho excludente para uma aposta no trabalho como possibilidade de acessibilidade social para as pessoas portadoras de sofrimento mental.

Em primeiro lugar, pretende-se demonstrar como a questão do trabalho permeou todo o processo de institucionalização da “loucura”, da Antigüidade aos tempos atuais, demonstração esta ilustrada por experiências principalmente européias, onde esse processo de institucionalização foi considerado como a questão central no nascimento da psiquiatria.

Em segundo lugar, apresentaremos um breve relato da história da loucura no Brasil, ainda investigando a relação entre esta e o trabalho, a partir das semelhanças e peculiaridades do processo de institucionalização psiquiátrica, se comparado ao ocorrido na Europa e nos EUA. Sabe-se que modelos europeus e americanos importados pelo Brasil geralmente apresentam, na sua implantação, uma defasagem temporal. No caso dos modelos psiquiátricos, esperou-se um século para serem experimentados no Brasil. Talvez seja possível compreender este hiato entre os acontecimentos se considerarmos que em todo momento a psiquiatria esteve vinculada diretamente ao desenvolvimento social, econômico e político dos países nos quais se desenvolveu, o que pode explicar os diferentes momentos experimentados pela psiquiatria européia e brasileira.

Sendo assim, esta contextualização é importante para identificar nestes diferentes períodos históricos, a presença de uma relação íntima e secular entre o trabalho e a loucura. Pode-se perceber três momentos históricos, no que diz respeito à relação trabalho/exclusão.

Em um primeiro momento, presencia-se forte exclusão social, que segregou loucos e não loucos, indistintamente, da sociedade e do trabalho. Tratava-se de uma exclusão absoluta dos considerados inaptos para qualquer atividade produtiva e, portanto, excluídos de todo o convívio social e considerados marginais. Em um segundo momento, assiste-se à utilização do trabalho como recurso terapêutico, inserido no funcionamento e na lógica dos asilos. Finalmente, o trabalho adquire lugar e função na transformação do modelo manicomial, inscrevendo-se como medida de suporte social e inclusão das pessoas com sofrimento mental

à vida societária. Desta forma, a questão do trabalho hoje se encontra em foco nos programas de reabilitação para usuários da saúde mental. Pode-se portanto considerar que algo de novo marca a história atual da loucura, a partir da fase inovadora do modelo psiquiátrico, caracterizada pelo processo de desinstitucionalização. Embora esta fase se mostre incipiente e cheia de problemas no que diz respeito à resistência dos aparatos manicomial ao processo de reforma psiquiátrica - sejam eles físicos, teóricos e práticos - e que isto inviabilize, muitas vezes, os projetos de reabilitação, existem tentativas reais de implantação de novas formas de pensar a relação entre o trabalho e a saúde mental. No entanto, não podemos desconsiderar que tais projetos de inclusão das PPSM no trabalho estão inseridos em um contexto de exclusão mais amplo, caracterizado pela precarização do trabalho, que vem mantendo grande parte da população à margem das relações atuais de trabalho. Esta situação de exclusão em massa faz com que a demanda por direito ao trabalho para as PPSM não seja exclusividade de apenas um grupo, mas sim uma demanda de todos aqueles que buscam alternativas para ingressarem no mercado de trabalho.

Sendo assim, percebe-se que a questão do trabalho, historicamente, esteve próxima à questão da loucura, na sua institucionalização ou exclusão, sendo atualmente um dos caminhos possíveis para a conquista de maior pertencimento social, inclusive das pessoas com sofrimento mental.

Desta forma, os próximos itens deste capítulo analisarão estes quatro diferentes processos de interação/exclusão entre o trabalho e a loucura. No item 1.1 delimitaremos o período histórico em que o louco e os demais indivíduos considerados inaptos à nova ordem social condizente com os princípios da sociedade industrial na Europa são separados do convívio social em condição de internados.

No item 1.2, abordaremos a crítica ao sistema de exclusão nas *Casas de Correção*, principalmente no que diz respeito à forma homogênea de lidar com a loucura e com os demais excluídos. Neste momento, o louco é separado dos desempregados, vadios, imigrantes, mas permanecerá internado junto aos seus pares. Este contexto possibilitará avanços na Medicina e o surgimento da Psiquiatria, bem como a primeira terapêutica baseada na educação do doente mental para o trabalho.

Já no item 1.3 enfocaremos o percurso histórico da loucura e sua institucionalização no Brasil, apresentando as suas peculiaridades e proximidades em relação à história européia. Enfatizaremos a presença contínua da relação entre o trabalho e a loucura, do período escravista aos movimentos de reforma do modelo asilar, que marcam o início de uma transformação mais profunda na estrutura das instituições psiquiátricas. Dentre os

movimentos de reforma destacaremos o modelo Italiano, através da *Psiquiatria Democrática*, que será referência para o movimento de reforma psiquiátrica brasileiro, principalmente no que se refere à questão do trabalho como instrumento de desinstitucionalização.

Finalmente, no item 1.4 trataremos das mudanças ocorridas na organização social do trabalho, analisando suas possíveis alternativas frente à situação de desemprego e exclusão social, que podem vir a ser uma possibilidade de maior participação social das pessoas acometidas pelo transtorno mental. Assim buscamos compreender a nova relação que está sendo construída entre a loucura, o trabalho e a sociedade.

1.1 - A valorização do trabalho e o descarte do indivíduo improdutivo levando à segregação do louco junto aos demais marginais sociais

Durante todo o período da Antigüidade e da Idade Média o louco gozou de um certo grau de “extraterritorialidade”, sendo a loucura, no essencial, experimentada em estado livre, circulando e fazendo parte do cenário e de linguagem comuns. A doença mental era uma questão basicamente determinada pelos costumes.

O conceito de doença mental era mais restrito do que nos dias de hoje e se limitava aos aspectos eminentemente exteriores da loucura, ao comportamento diretamente observável, sobretudo quando este constituía um obstáculo para o desenvolvimento do ambiente familiar e da comunidade (Resende, 1998).

Devemos ainda considerar que nas sociedades pré-capitalistas, aptidão e inaptidão para o trabalho não eram critérios importantes na determinação do comportamento normal e do anormal. As formas de organização do trabalho naquelas sociedades eram, por sua natureza, pouco discriminativas para as diferenças individuais. Tanto o trabalho agrícola de subsistência como o artesanato para o consumo imediato ou trocas nos restritos mercados da época, tinham em comum serem capazes de acomodar largas variações individuais e de respeitar o tempo e o ritmo de cada trabalhador (Resende, 1998).

Embora esta relação de trabalho artesanal pudesse permitir uma maior diversidade entre os trabalhadores, justamente devido à simplicidade do processo de produção, o valor designado ao trabalho até o fim do século XVI era extremamente segregador e seletivo. Os trabalhadores eram identificados como a classe infortunada, que nada mais possuíam além da sua própria atividade braçal. Por estarem subordinados às classes dominantes, à Igreja e à nobreza, aqueles que não podiam oferecer ao Estado algo de valor deveriam pagar tributos

retirados do seu trabalho. Uma pessoa era considerada pobre quando não tinha outro meio de sobreviver senão pelo próprio trabalho. Naquela época, não era o tipo de trabalho que definia o lugar do indivíduo na sociedade, mas sim a necessidade que a pessoa tinha ou não de ganhar sua vida trabalhando para sobreviver (Jacob, 1995).

Neste caso, o trabalho estava ligado diretamente à necessidade. E tudo aquilo que estava ligado à necessidade não definia a liberdade nem a grandeza do homem. Assim, a necessidade de produzir e de comercializar ficava a cargo dos pobres (Enriquez, 1997).

Neste momento o trabalho ainda não determinava o padrão de normalidade ou anormalidade do indivíduo, como virá a acontecer mais tarde, mas sim se associava à condição de pobreza e subordinação de um determinado grupo social.

No entanto, a questão do trabalho, ao longo de vários séculos, passará desta situação fortemente negativa para ser designado como um valor imprescindível na vida das pessoas, do trabalho ligado à condição do pobre ao trabalho fonte quase única de identidade social (Jacob, 1995).

Esta valorização positiva do trabalho foi um fenômeno que se acentuou com o desenvolvimento do capitalismo e a necessidade de valorizar o trabalho como fonte de riqueza. A mudança na concepção de trabalho passa a identificá-lo como meio de pertencimento pleno à nova sociedade. Desde então o pensamento econômico passa a desenvolver argumentos para apresentar o trabalho como útil e necessário para enriquecer a sociedade, além de ser considerado uma atividade “natural” do homem. Constrói-se, assim, uma nova moral social na qual o trabalho transforma-se num valor social total, fonte de identidade e de pertencimento, símbolo de liberdade do homem para transformar a natureza, as coisas e a sociedade (Enriquez 1997; Jacob 1995).

Como o valor estava na produção de riquezas e mercadorias, dependentes diretamente da força humana de trabalho, o trabalhador passa a ser peça fundamental para o desenvolvimento da economia e, exatamente por isso, o desemprego e a incapacidade de atender a exigência da produção passam a ser sinônimos de enfermidade. Freud já dizia que a saúde estava relacionada com a capacidade de amar e trabalhar (Ahumada e Mariana, 2001a).

A própria premissa marxista sobre a sociedade capitalista explicitou a função do trabalho e das relações de produção na vida das pessoas. Para Marx os indivíduos, ao produzirem, organizavam-se socialmente estabelecendo relações sociais. O processo de produção e reprodução da vida através do trabalho era visto como a principal atividade humana. Neste caso, o modo de produção da vida material condicionava o desenvolvimento da vida social, política e intelectual em geral (Quintanero, 2002).

Esta nova mentalidade sobre o trabalho desenvolverá a idéia de que os indivíduos que não trabalham devem ser associados à delinquência e inutilidade. Trata-se realmente do início da civilização do trabalho e dos trabalhadores (Enriquez, 1997). Neste sentido, a concepção de trabalho supera em muito os objetivos da economia, transformando-se na trama do tecido social. Nesta mesma época ficam em evidência aqueles que não podiam agregar valor à sociedade com seu trabalho, e por isso eram excluídos do convívio social.

Resende (1998) assinala que foram justamente o fim do campesinato como classe e o declínio dos ofícios artesanais que vieram selar a sorte do louco e elevar a loucura à categoria de problema social. A partir de então, a loucura é varrida da cena social, e os loucos e seus companheiros de infortúnio passam a ser selados pelas más sortes e compelidos a viverem na exclusão e na marginalidade.

Em resposta às exigências da sociedade industrial, criaram-se então, na Europa, as *Casas de Correção* e os *Hospitais Gerais*, grandes estabelecimentos para internar não somente os loucos, mas todos aqueles julgados inaptos à nova ordem social.

O internamento, em suas formas primitivas, funcionou como um mecanismo social, sendo ele a dominação espontânea dos “a-sociais”. Esta época teria neutralizado, com segura eficácia, aqueles que, não sem hesitação nem perigo, foram distribuídos entre as prisões, casas de correção e hospitais. Internar alguém que é “furioso” sem especificar se é doente ou criminoso é um dos poderes que a razão clássica atribui-se a si mesma (Foucault, 1997).

Com o avanço do capitalismo industrial e as freqüentes ondas de inovação tecnológica, ampliou-se o desemprego e, conseqüentemente, o número de pessoas consideradas inaptas para o trabalho. Desta forma, reforça-se o papel das casas de correção, onde eram recolhidos não só os loucos como os chamados vagabundos, pessoas inadequadas à vida social burguesa.

Entretanto, não se pode considerar tal internamento como o primeiro esforço na direção da hospitalização da loucura, já que o tempo que marca e limita o internamento é sempre apenas o tempo moral, tempo para que o castigo cumpra seu efeito. O prazo não é de cura, mas antes de um sábio arrependimento. Na verdade, destinava-se a limpar as cidades dos mendigos e anti-sociais em geral, a prover trabalho para os desocupados, punir a ociosidade e reeducar para a moralidade mediante instrução religiosa e moral (Resende, 1998).

Assim, o mundo da loucura tornou-se o mundo da exclusão, que Foucault denominou de o *Grande Enclausuramento*, engendrado por motivos econômicos, políticos, morais e religiosos. As casas de internamento se espalharam por toda a Europa, desempenhando um duplo papel de assistência e repressão.

De acordo ainda com Foucault, junto aos loucos estavam os inválidos pobres, os velhos na miséria, os mendigos, os desempregados, os portadores de doenças venéreas, libertinos de toda espécie, pais de família dissipadores, eclesiásticos em infração, ou seja, todos aqueles que davam mostras de alteração, seja em relação à ordem da razão, da moral ou da sociedade.

A necessidade econômica de ordenar o mundo da miséria, de controlar o pauperismo estava colocada. O que havia de comum entre os elementos da população internada era sua incapacidade de tomar parte na produção, circulação e acúmulo de riquezas (Nicácio, 1994).

1.2 Separando o “Joio do Trigo” - A distinção entre os loucos e os marginais através da institucionalização da loucura e a valorização do trabalho como prática terapêutica nos asilos

Tendo em vista a variedade de categorias de excluídos nos *Asilos* ou *Casas de Correção* foram iniciados estudos no intuito de diferenciar os tipicamente loucos, com o objetivo não só de um cuidado mais humano, mas também com o interesse científico genuíno sobre os insensatos.

A loucura adquiriu nova realidade institucional no princípio do século XVIII, a partir das críticas ao *Grande Asilo*, que impuseram a necessidade de outras formas no confronto com a população do “mundo dos internos”. A presença dos médicos Pinel, na França, e Tuke, na Inglaterra, possibilitou a criação de um espaço de internação exclusivo para os alienados, que distinguia o doente mental dos demais indivíduos internados (Foucault, 1997).

Esse processo implicou a transformação do *Grande Asilo*, que passou a distinguir duas categorias de asilados. Um grupo seria o dos “pobres válidos”, ou seja, pessoas essenciais à riqueza que podiam e deviam trabalhar e que, portanto, precisavam ser reintroduzidas no espaço social. O segundo grupo ou categoria pertencia aos chamados “pobres doentes”, considerados pesos mortos, elementos negativos. O pobre válido aparece como novo personagem, sendo reintroduzido na comunidade, libertado do internamento. O pobre doente, ao contrário, deve ser assistido, e as diferentes formas de como fazê-lo dominaram os debates nos anos que precederam a *Revolução Francesa* (Nicácio, 1994).

E nesse mecanismo de inclusão/exclusão do mercado de trabalho a loucura se encontrou novamente nos lugares de confinamento. Neste momento a mudança que ocorre nos *Grandes Asilos* não diz respeito à condição de internados, pois os loucos permanecem

isolados em casas de internamento. A diferença é que agora os loucos se isolavam com seus pares, em um ambiente especial.

Para a sociedade contratual instaurada pela *Revolução Francesa*, domínio da razão, o louco continua sendo insensato e, por isso, destituído de direitos e incapaz de trabalhar ou de servir, devendo ser retirado, assim, do circuito regulado das trocas.

A relação de tutela constitui dominação e subordinação regulamentadas, cuja violência é legitimada na competência do tutor versus a incapacidade do tutelado (Castel, 1978). Este estatuto jurídico concretizava a diferença que se estabeleceu no plano social entre o louco, o cidadão e o criminoso: o cidadão é responsável, obedece as leis, tem suas relações pautadas no contrato livre e, portanto, é digno de liberdade. O criminoso transgrediu as leis, mas é culpado porque é racional e responsável e cabe-lhe outra instituição: a prisão. O louco é incapaz na relação de trocas, mas é isento de responsabilidade e, portanto, merecedor de assistência. A Medicina utilizava fundamentalmente a estratégia da ordem que orientou toda a prática asilar, e o asilo constitui o paradigma que irá dominar por um século e meio toda a intervenção em Psiquiatria.

Dessa forma, o alienado era tido como desprovido de tudo e principalmente da razão: não tem acesso à ordem contratual e só pode tê-la através de uma mediação que é a relação de tutela. Sendo assim, a nova relação terapêutica, submetida aos valores racionais da sociedade contratual, tem seu modelo de assistência baseado na relação de tutela, concretizada no manicômio (Nicácio, 1994).

Em síntese, pode-se dizer que o enclausuramento, durante esse período, não possui uma conotação de medicalização, ou natureza patológica. O critério que vai marcar a exclusão dos loucos refere-se à figura da desrazão (Amarante, 1998a).

E é nesta época, mais especificamente na segunda metade do século XVIII, que a Psiquiatria surge como uma ciência médica, ocupando um lugar específico no processo de ruptura entre loucura e razão. Foucault (1997) realiza uma crítica ao ideal de civilização que impera nesta época. As “luzes” descobriam a liberdade, com a dessacralização do mundo, a cidadania, a democracia representativa, a liberdade de expressão, mas, ao mesmo tempo, anulavam, com uma rede de poderes e saberes, as possibilidades subjetivas das pessoas, confinando-as aos limites da normalidade. E é justamente sob essa contradição que o tratamento e a prevenção morais tornam-se as estruturas de base da Psiquiatria. A Psiquiatria, apresentada como uma nova medicina do espaço social, irá intervir na relação do homem com seu meio ambiente, a partir da preocupação fundamental da manutenção da saúde das cidades que então se organizavam, do controle das epidemias, da higiene das coisas, espaços, corpos e

paixões. O modelo que embasou a Medicina generalizou-se com o nome de *Tratamento Moral*. Sobre sua teoria e prática as opiniões dos historiadores da Psiquiatria aparecem notoriamente polarizadas entre, de um lado, a possibilidade da liberdade dos grilhões da loucura e a presença familiar nos saguões dos hospícios e, de outro, a crítica de que o asilo transformava-se numa instância perpétua de julgamento. Ali as amarras que atavam fisicamente foram rompidas e substituídas por outras mais perigosas porque sutis, consentidas e sofisticadas. Grosso modo, seria a utilização conveniente da disciplina, onde todos os aspectos que compõem a instituição asilar concorrem para este fim (Resende, 1998).

O *Tratamento Moral* se realiza através da hierarquia, ordem, vigilância e dominação. A noção de dominação era central nesse sistema, uma vez que o objetivo principal do *Tratamento Moral* era submeter o alienado de forma a inseri-lo num sistema hierárquico. Retomando a analogia com a educação, o *Tratamento Moral* tinha o lugar de uma segunda educação, configurando-se como aprendizagem de valores: a ordem, o trabalho, a realidade e a sociabilidade eram os principais temas que os “alunos-loucos” deveriam assimilar (Nicácio, 1994).

Neste momento, a questão do trabalho realizado dentro da instituição surgiu como um tema especial a ser transmitido na aprendizagem. O trabalho era fundamental para transformar o tempo ocioso e improdutivo em tempo útil. Além de reprimir as paixões e impulsos dos alienados, produzia uma maior tranqüilidade asilar. Neste momento, o trabalho, como atividade terapêutica, começou a se universalizar, expandindo-se para todos os alienados.

A partir de então, verificam-se tentativas de sistematizar formas de trabalho específicas para tipos de alienação, ou seja, gradações do trabalho em termos de complexidade, de acordo com a “degradação” moral e intelectual dos alienados.

Nos textos de Pinel encontra-se uma tentativa de explicação, a partir da Medicina, para os efeitos terapêuticos da utilização do trabalho, encobrindo seu aspecto fundamental de instrumento de repressão sobre o corpo e as idéias do alienado, justificando a ação curativa de forma clínica: “isto tornaria a circulação mais uniforme; preveniria as congestões cerebrais; prepararia um sono tranqüilo” (Pinel apud Nicacio, 1994).

A obra de Pinel, estruturada sobre uma tecnologia de saber e intervenção sobre a loucura e o hospital, representada pela constituição da primeira nosografia, a partir da organização do espaço asilar e imposição de uma relação terapêutica (o *Tratamento Moral*), representa o primeiro passo histórico para a apropriação da loucura pelo discurso e prática médicos. Ou seja, significa a primeira reforma da instituição hospitalar, com a fundação da Psiquiatria e do Hospital Psiquiátrico.

A partir da segunda metade do século XIX a Psiquiatria, assim como outros saberes do campo social, seguirá a orientação das demais Ciências Naturais, assumindo um matiz eminentemente positivista. Constituirá um modelo centrado na *Medicina Biológica*, que se limita a observar e descrever os distúrbios nervosos em busca de um conhecimento objetivo do homem (Amarante, 1998a).

Assim se estabelece a tão curiosa função do hospital psiquiátrico do século XIX, isto é, como lugar de diagnóstico e classificação das patologias, onde as espécies de doenças são repartidas em pátios fechados (Foucault, 1997).

No entanto, o avanço do conhecimento científico pouco contribuiu para a terapêutica dirigida aos doentes mentais. Os asilos, embora respaldados cientificamente, traziam características bastante similares às dos modelos de instituição asilar da era do *Grande Enclausuramento*.

De acordo com Goffman (1975), os *Hospitais Psiquiátricos* são considerados *Instituições Totais*, que estabelecem barreiras  relação social do interno com o mundo externo. São locais estabelecidos para cuidar de pessoas incapazes de cuidar de si mesmas e que também ameaçam a comunidade, embora de maneira não institucional.

A partir deste breve histórico sobre a institucionalização da loucura no contexto europeu abordaremos, no próximo item, como este mesmo processo se estabeleceu no Brasil, apresentando as suas particularidades e proximidades à história européia.

1.3 – Especificidades e Semelhanças do Processo de Institucionalização da Loucura no Brasil em relação à Europa

No Brasil, a história da Psiquiatria, embora tivesse suas peculiaridades, conduziu à segregação social do louco por caminhos bastante semelhantes aos experimentados na Europa do século XVI.

Enquanto na Europa dos séculos XVI e XVII os loucos e todos aqueles considerados inaptos à nova ordem social - principalmente de produção - inaugurada pela *Revolução Industrial* foram isolados nas *Casas de Correção* e nos *Hospitais Gerais*, no Brasil, nos séculos XVIII e XIX, em pleno regime escravocrata, distante ainda da industrialização, foi a ausência do trabalho livre que provocou a exclusão e isolamento daqueles que não se adaptavam a esta única condição de trabalho. Neste contexto, novamente os loucos e os vadios eram isolados da vida social. Sendo assim, tanto o capitalismo europeu quanto o

sistema agro-exportador brasileiro excluía aqueles que não serviam para trabalhar.

Na Europa, a transição da ordem feudal para a emergência do capitalismo mercantil criou a necessidade de um “novo” homem, introduzindo exigências que selecionaram e excluíram indivíduos da ordem social, entre os quais os loucos. No Brasil, a circulação do doente mental pelas cidades era impedida pelas autoridades, antes mesmo da industrialização e urbanização no país, ou seja, teve plena vigência na sociedade rural pré-capitalista.

Desta forma o doente mental surge na cena social muito antes da alteração da organização social, o que descarta a existência de uma revolução industrial e de um processo importante de urbanização como pré-condições para determinar uma baixa no limiar de tolerância da sociedade ao doente mental (Resende, 1998).

É a economia primitiva, baseada no trabalho escravo, que moldará preconceitos e determinará transformações e conseqüências que exigirão providências e ações concretas.

Na metade do século XIX, a força de trabalho da economia brasileira estava basicamente constituída por grande massa de escravos, que gerava uma forte inelasticidade da oferta de trabalho. A presença do escravo tanto na atividade produtiva como na doméstica, na cidade ou no campo, restringirá o espaço reservado ao trabalho livre, sendo que poucas ocupações dignas restarão ao homem livre. E ainda, a mão-de-obra livre não servia para a *Grande Lavoura* em função da dificuldade de adaptação à disciplina do trabalho agrícola e às condições de vida nas fazendas (Furtado, 2000).

A vida social da época parece assim fortemente polarizada entre os dois extremos da vida social: de um lado uma minoria de senhores proprietários e, de outro, a multidão de escravos. Entre estes, a massa indefinida que não cessa de crescer, dos inadaptados, dos indivíduos sem trabalho definido ou totalmente sem trabalho.

Esta terceira subcategoria social é a casta numerosa dos “vadios” e desocupados permanentes que, nas cidades e no campo, é tão numerosa e de tal forma caracterizada por sua ociosidade e turbulência que se torna uma das preocupações constantes das autoridades. Desordem e ociosidade, perturbação da paz social e obstáculo ao crescimento econômico, constituíam as mesmas circunstâncias sociais que alguns séculos antes reprimiam os doentes mentais na Europa. Sendo assim, tanto no Brasil do século XIX como na Europa do século XVII - para o capitalismo europeu e para o sistema agro-exportador brasileiro - os loucos não serviam como mão-de-obra e foram excluídos socialmente.

A loucura vem engrossar as levas de vadios e desordeiros nas maiores cidades, e será arrastada na rede comum da repressão à desordem, à mendicância, à ociosidade. As *Santas Casas de Misericórdia* os incluem entre os seus hóspedes, amontoando-os em porões, sem

assistência médica, entregues a guardas e carcereiros, seus delírios e agitações reprimidos por espancamentos ou contenção em troncos, condenados à morte por maus tratos, desnutrição e doenças infecciosas (Resende, 1998).

Nesse primeiro momento do contato com a loucura, os loucos estavam em prisões dividindo espaço com criminosos, arruaceiros e bêbados. A solução era a remoção dos elementos perturbadores e a sua reeducação para o trabalho. A partir da segunda metade do século XIX começa a se manifestar no Brasil, sob a forma de discurso normativo, a preocupação com a saúde coletiva brasileira, que envolveria duas áreas da saúde pública: a área das epidemias e a da loucura. Ambas consideradas doenças interclasses, ou seja, que afetavam e destruíam contingentes de camadas sociais diversas (Luz apud Amarante, 1994).

A primeira política de Saúde Mental do Brasil data do início do século XIX, coincidindo com a chegada da *Família Real Portuguesa* ao Brasil e com as mudanças sociais e econômicas que exigiam medidas eficientes de controle social, visando orientar o crescimento das cidades. Em 1830, uma comissão da *Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro* realiza um diagnóstico da situação dos loucos na cidade, elevando-os à categoria de doentes mentais e, portanto, merecedores de espaço próprio para reclusão e tratamento (Bortolotto, 2001).

É a partir de então que se inicia o segundo momento na história da relação oficial com a loucura no Brasil, quando os loucos passam a ser reconhecidos com uma certa especificidade e suas manifestações como algo não necessariamente voluntário. A data de 1852 foi conhecida como o marco institucional da *Assistência Psiquiátrica Brasileira*, devido à inauguração do primeiro *Hospício* no Rio de Janeiro, pelo Imperador Dom Pedro II, que recebe o seu nome. A direção desses hospitais permaneceu subordinada à *Santa Casa de Misericórdia* até a data da *Proclamação da República*. Esta situação, que excluía os médicos da direção dos asilos, provocou uma reivindicação dos mesmos frente à ausência de um projeto assistencial científico e de uma intervenção mais ativa no campo da doença mental e da assistência psiquiátrica nos asilos. Com a chegada dos republicanos ao poder, o *Hospital D. Pedro II* é desvinculado da *Santa Casa*, ficando subordinado à administração pública. A partir de então uma nova modalidade de atendimento aos doentes mentais é criada, onde as colônias agrícolas, que objetivam a cura dos doentes pelo trabalho e para o trabalho com a reeducação por laborterapia - caricatura de campos de trabalho forçado - são o projeto institucional dominante (Resende, 1998).

As primeiras colônias de alienados construídas no Rio de Janeiro e em São Paulo foram inspiradas nos modelos europeus. A questão do trabalho, valor decisivo na formação

social burguesa, passa a merecer uma função nuclear na terapêutica asilar. As colônias geralmente eram construídas distantes das cidades, com a justificativa de proporcionar aos doentes mentais tranquilidade, calma e espaço.

No Brasil, a maioria dos estados brasileiros incorporou colônias agrícolas para assistir os doentes mentais, apropriando-se da vocação agrária da sociedade brasileira. Tentou-se, a título de solução terapêutica, recriar artificialmente o ambiente rural pré-capitalista. Pretendia-se tratar e recuperar esses doentes mentais pelo trabalho agrícola e devolvê-los à comunidade como cidadãos úteis. Mas, ao contrário de uma eficácia terapêutica embasada na Psiquiatria científica de princípios humanitários, o que realmente cumpriam as colônias ou hospícios agrícolas era a exclusão do doente mental de seu convívio social.

A população de internados, condenados a um caminho sem retorno, não cessou de crescer, e a construção de novos hospitais ou a ampliação dos já existentes eram meros paliativos, ampliando-se as demandas por mais verbas e mais leitos.

No início do século XX funda-se a *Liga Brasileira de Higiene Mental*, que constitui um programa de intervenção no espaço social com características eugenistas, xenófobas, antiliberais e racistas. O asilo passa a ter uma nova ideologia em que a Psiquiatria deve operar visando à reprodução ideal do conjunto social que se aproxima de uma concepção modelar de natureza humana: asséptico e de normalidade, em busca de uma coletividade sadia (Amarante, 1998a).

Em suma, o período que vai da constituição da Medicina Mental no Brasil, em meados do século XIX, até as primeiras décadas do século XX, foi denominado de período *Higienista*. Esta denominação diz respeito a um projeto de medicalização social no qual a Psiquiatria surge como um instrumento tecnocientífico de poder, fundado em uma Medicina que se autodenomina social, que auxiliava na organização das instituições e do espaço das cidades como um dispositivo de controle político e social, conhecida como *Psiquiatria da Higiene Moral* (Mendes, 1995). Neste momento o Estado passa a se interessar tanto pelas epidemias como pela loucura como problema de saúde pública, pois ambas eram consideradas doenças interclasses, ou seja, que afetavam e destruíam contingentes de camadas sociais diversas. As populações urbanas expostas às epidemias e à doença mental comprometiam não só o bom andamento dos negócios de exportação como o equilíbrio do Estado. Por isso organizou-se um sistema de controle sanitário (Luz apud Amarante, 1998a).

Com o processo de industrialização e urbanização do país, especialmente a partir dos anos 30, revela-se a possibilidade de o país ter também uma vocação industrial, e as colônias agrícolas abandonam o trabalho do campo como atividade terapêutica, tornando-se a

reeducação para o trabalho rural um anacronismo. Em seu lugar surge, limitada a pequenos grupos de pacientes, a praxiterapia, constando de atividades monótonas repetitivas, no interior dos asilos, que serviam para a manutenção da ordem institucional. Também surgem novas técnicas para o tratamento das doenças mentais, tais como o choque insulínico, a eletroconvulsoterapia e as lobotomias. Com estes equipamentos, a Psiquiatria torna-se mais poderosa e o asilamento mais freqüente (Nicácio, 1994).

No entanto, a assistência continuou a ser prestada quase que exclusivamente por estruturas manicomiais, demonstrando que as novas técnicas terapêuticas pouco contribuíram para o processo de desinstitucionalização ou reforma do modelo asilar. A exclusão continuou sendo a tendência central da assistência psiquiátrica brasileira. As mudanças quanto à organização do cuidado ao doente mental foram relativamente lineares, ocorrendo mais as de natureza quantitativa, com o crescimento do número de instituições asilares, do que de caráter qualitativo. No Brasil, até final dos anos 80, poucas foram as alterações quanto à melhora da qualidade de vida dos doentes mentais.

1.4 - Breve relato das reformas psiquiátricas no cenário mundial e a influência da psiquiatria democrática italiana na reforma psiquiátrica brasileira

No cenário mundial, após a *Segunda Guerra Mundial*, não apenas nos países mais diretamente vitimados - tais como a Inglaterra, França, EUA - mas numa grande parte dos países do Ocidente, inclusive no Brasil, surgem experiências socioterápicas como a *Comunidade Terapêutica*, a *Psicoterapia Institucional*, a *Psiquiatria de Setor* francesa e a *Psiquiatria Preventivo-Comunitária* Norte Americana, que constituem a trajetória da Saúde Mental a partir desse período (Desviat, 1999).

Esta nova trajetória vai superar a concepção da *Psiquiatria Higienista ou Profilática* da doença mental a partir da construção de um novo objeto da psiquiatria, que passa a ser a Saúde Mental.

A *Segunda Guerra Mundial* havia provocado uma redução na população, quando então se pensou na possibilidade de reabilitar um enorme contingente de pessoas que estavam inertes nos manicômios para suprir as necessidades do sistema produtivo que sofria grande baixa devido ao envio de soldados à guerra. Assim, no *Pós-Guerra*, o novo lema era dinamizar a estrutura hospitalar, criar novas formas e condições de tratamento para uma recuperação mais eficaz dos pacientes como sujeitos de produção (Birmam e Costa apud

Guanaes, 2000).

A expressão *Psiquiatria Reformada* faz referência a estes movimentos reformistas da Psiquiatria na contemporaneidade. As *Psiquiatrias Reformadas* podem ser organizadas em três etapas. Na primeira etapa temos a *Psicoterapia Institucional* e as *Comunidades Terapêuticas*, representando ambas reformas restritas ao âmbito asilar. A questão central deste período encontra-se referida à crença de que o manicômio é uma instituição de cura e que se torna urgente resgatar este caráter positivo da instituição, através de uma reforma interna da organização psiquiátrica. Na reformulação dos espaços asilares uma das propostas é a da *Terapêutica Ativa* ou praxiterapia. Retoma-se a utilização da Praxiterapia, ou seja, o uso do trabalho dentro da instituição como possibilidade de transformação dos pacientes em sujeitos marcados pela “sociabilidade de produção” (Amarante, 1998b). Também no modelo da Psicoterapia Institucional a introdução da psicanálise marca uma transformação na assistência.

Em um segundo momento, a *Psiquiatria de Setor* e a *Psiquiatria Preventiva* representam um nível de superação das reformas referidas no espaço asilar, por estender a Psiquiatria ao espaço público, organizando-o com o objetivo de prevenir e promover a Saúde Mental. Embora a Psiquiatria Preventiva apresente problemas inerentes à sua concepção, estas propostas de reforma propunham avanços em relação ao tratamento segregador das PPSM. O paciente deveria ser tratado dentro do seu próprio meio social, e o *Hospital Psiquiátrico* seria etapa transitória do tratamento. No entanto, esta idéia de uma psiquiatria pública, responsável pela assistência integral, contínua e individualizada foi perdendo cada vez mais sua prioridade. Ao contrário, a expansão de setores privados e a política neoliberal colocaram em decadência a Psiquiatria de setor e preventiva. No caso dos EUA, o fechamento dos hospitais psiquiátricos não reduziu o grau de exclusão social dos pacientes, resultado de uma política de desassistência e privatização característica do modelo americano de reforma (Cavalcanti apud Ornellas, 1998).

Por fim desenvolvem-se a *Antipsiquiatria*, e também as experiências surgidas a partir do psiquiatra italiano Franco Basaglia (*Psiquiatria Democrática*). Estes dois últimos modelos são instauradores de rupturas com os movimentos anteriores, colocando em questão o próprio dispositivo médico-psiquiátrico e as instituições a ele relacionadas.

Desta forma, os modelos de *Comunidade Terapêutica* (Inglaterra), de *Psicoterapia Institucional* (França), de *Psiquiatria de Setor* (França) e da *Psiquiatria Preventiva* (EUA), embora sejam considerados movimentos de reforma por terem provocado algumas transformações no âmbito asilar - como maior humanização dos hospitais e tentativa de aproximá-los da realidade externa, transformação da dinâmica institucional asilar com maior

participação dos pacientes nas atividades hospitalares e introdução da psicanálise nas instituições - são criticados por representarem reformas restritas ao âmbito asilar, sem real questionamento do modelo psiquiátrico tradicional (Amarante, 1998b). No entanto, estes movimentos reformistas serviram de referência para que a reforma italiana avançasse em sua proposta, mesmo porque esta só viria a acontecer duas décadas após as demais reformas. Sendo assim, a *Reforma Italiana*, deflagrada pelo psiquiatra Franco Basaglia no início dos anos 60, e representada pela *Psiquiatria Democrática*, é considerada como a única que realmente colocou em questão o próprio dispositivo médico-psiquiátrico, as instituições e os dispositivos terapêuticos a ele relacionados. Por isso, daremos um enfoque maior à *Reforma Italiana*, que teve grande importância nas definições e estratégias realizadas no movimento da *Reforma Psiquiátrica* no Brasil, iniciada mais tardiamente do que os demais países citados, já no final dos anos 70.

Considera-se que o grande mérito da *Psiquiatria Democrática Italiana* é referido à possibilidade de denúncia civil das práticas simbólicas e concretas de violência institucional, a partir de alianças com forças sindicais, políticas e sociais. Este movimento traz ao cenário político mais amplo a revelação da impossibilidade de transformar a assistência sem reinventar o território das relações entre cidadania e justiça, com o objetivo de construir bases sociais cada vez mais amplas para a viabilização da *Reforma Psiquiátrica*. A *Psiquiatria Democrática* traz em seu interior a necessidade de uma análise histórica crítica a respeito da sociedade e da forma como esta se relaciona com o sofrimento e a diferença. Atribui aos movimentos sociais um lugar nuclear, como atores sociais concretos no confronto com o cenário institucional.

Em 1978, após quinze anos de discussão e práticas inovadoras na assistência à saúde mental, foi aprovada pelo Parlamento a Lei Italiana 180, posteriormente inserida na Lei 833 da *Reforma Sanitária Italiana*. Esta Lei proibia novas internações em manicômios, determinava seu esvaziamento progressivo e definia a necessidade de criação de estruturas territoriais para a assistência das pessoas com transtornos mentais, bem como abolia a ligação imediata entre a doença mental e a noção de periculosidade social (Barros, 1998). Assim decretava-se o fim do hospital psiquiátrico e permitia-se a entrada das pessoas com sofrimento psíquico no mundo dos direitos. Depois da liberdade dos manicômios, tratou-se de construir a liberdade de habitar, estar no comércio, buscar habilidade e competência para a independência na vida cotidiana e de relação, o acesso mínimo à cultura e instrução básica, sendo a formação profissional terreno ativo de empenho dos profissionais de saúde mental (Giudice, 1998).

No trabalho da desinstitucionalização na Itália, na queda do manicômio e dos aparatos

científicos e legislativos que o sustentavam, a construção do direito ao trabalho e a construção das cooperativas dos ex-internos e internos foram etapas fundamentais para a entrada das pessoas com doença mental no contrato social (Amarante, 1998b). No entanto, mesmo a reforma italiana apresenta suas limitações, tanto em relação ao alcance da implementação do modelo de reforma no país quanto pela própria escassez de investimento em recursos materiais e humanos necessários à nova forma de assistência (Vasconcelos, 1992).

A Itália é um país marcado por uma forte descentralização político-administrativa, pelo contraste sócio-econômico e cultural e por uma política de saúde diversificada no que se refere às diferentes regiões do país, principalmente entre o sul e o centro/norte. Por isso, não se pode falar em uma única reforma italiana, mas sim em várias reformas, cada qual condizente a uma região do país. Enquanto no Norte - região onde aconteceu todo o processo de reforma psiquiátrica, especificamente nas cidades de Gorizia e Trieste - a necessidade do manicômio foi superada e uma ampla e eficiente rede de serviços comunitários foi implantada para atender as pessoas portadoras de sofrimento mental, no Sul do país a implantação da reforma psiquiátrica aconteceu sem uma intervenção política da *Psiquiatria Democrática*, o que favoreceu não só a manutenção de hospitais psiquiátricos e de alas psiquiátricas em hospitais gerais, bem como a permanência de muitas instituições privadas que ofereciam atendimentos precários aos pacientes da saúde mental e desassistência. Assim, os serviços de saúde mental considerados eficientes e consolidados compreendem apenas 31,8% do total do país e estão localizados nas regiões da Emilia - Romagna, Umbria e Friulle - e em algumas partes da Toscana, áreas de maior sedimentação do modelo de reforma psiquiátrica (Vasconcellos, 1992).

Trieste, cidade onde o modelo de reforma teve um impacto significativo na assistência às PPSM, foi o local de implantação da primeira cooperativa de trabalho, construída em 1972, que marcava o fim da ergoterapia, ou seja, do trabalho terapêutico dentro do espaço asilar. Como já foi dito, a questão do trabalho como direito para as PPSM constituiu dispositivo importante para o processo de desinstitucionalização. A cooperativa executava por empreitada os serviços de limpeza, transporte, culinária e lavanderia no hospital psiquiátrico, que já se encontrava em transformação.

A partir da Lei Italiana 381/1991, as cooperativas sociais passaram a constituir recursos operativos do departamento de saúde mental, sendo caracterizadas pelo fato de 30% dos seus trabalhadores serem pessoas com alguma desvantagem física, psíquica, sensorial, toxicodependentes, alcoolistas. A bolsa de trabalho tornou-se um recurso dos *Centros de Saúde Mental*, instrumento terapêutico reabilitativo, com o objetivo de integração e

emancipação social da pessoa e da consolidação de uma identidade e de um papel não mais ligados à doença. Neste contexto, cria-se uma nova concepção de trabalho, que deixa de ser condizente com as práticas institucionais psiquiátricas e passa a dizer respeito ao indivíduo de direito (Giudice, 1998).

O *Modelo Italiano* foi muito acolhido no Brasil na década de 80, principalmente por coincidir com as mudanças na conjuntura sócio-política brasileira decorrentes da nova fase política chamada *Nova República* (1984/1988). Neste contexto, era expressivo o surgimento de inúmeros movimentos sociais, dentre eles os Movimentos das Mulheres, dos Índios, dos Negros e os Movimentos Ecológicos, dentre outros. De acordo com Gonh (1997), os movimentos dos anos 80 demarcaram novos aspectos no que diz respeito à demanda de reivindicação. Em primeiro lugar, a demanda deixou de ser apenas por bens e serviços necessários à sobrevivência, ou seja, no campo dos direitos sociais tradicionais, como a reivindicação de alimentos, abrigo e etc., para a construção de uma outra ordem de demanda relativa aos direitos sociais modernos, que apelavam para a igualdade e a liberdade em termos das relações de raça e gênero.

Uma outra característica destes movimentos é que tinham caráter extra-institucional, e por isso não estavam contaminados pelos vícios da política oficial, bem como possuíam autonomia em relação aos partidos e aparelhos do Estado.

Este foi o contexto que possibilitou a visibilidade do movimento de reforma psiquiátrica no país.

O *Modelo Italiano* ou *Psiquiatria Democrática*, desde o surgimento do movimento de *Reforma Psiquiátrica Brasileira* até os dias atuais, apresenta-se como uma influência significativa na construção de um novo modelo de assistência, principalmente no que se refere à idéia de desconstrução dos manicômios, à criação de serviços de saúde mental territoriais e a uma prática assistencial pautada nos direitos humanos, em que o trabalho constitui um dos eixos principais dessa mudança.

A tentativa de superar e transformar o modelo manicomial não significa apenas uma renúncia passiva à prática da Psiquiatria, mas, ao contrário, é uma pesquisa teórica e prática dos caminhos cotidianos, em busca de modos de operar que confluam para a reconstrução da cidadania do paciente psiquiátrico. Basta lembrar que o aspecto central das instituições psiquiátricas é a ruptura das barreiras que comumente separam as esferas da vida dos doentes mentais. Tais barreiras se situam preponderantemente no fato de que, nos asilos, todos os aspectos da vida são realizados no mesmo local e sob uma única autoridade. Além de cada atividade diária realizada ser acompanhada de um grupo relativamente grande de pessoas,

todas elas tratadas da mesma forma e obrigadas a fazer as mesmas coisas em conjunto. Por último, todas as atividades são rigorosamente estabelecidas em horários, e são, na sua maioria, planejadas para atender os objetivos da instituição, por isso denominada por *Instituição Total* (Goffman, 1975).

A complexidade do aparato manicomial e seu papel de controle social foram sendo construídos por muitos anos em sólidas estruturas, sendo estas reconhecidas e legitimadas por instituições políticas, econômicas, familiares e, sobretudo, culturais. Isto demonstra o quão difícil se torna a sua desmontagem, bem como a construção de um novo modelo de atenção à saúde mental que não repita a função controladora e segregadora, mas que acolha as demandas antes suprimidas e precariamente supridas pelas instituições manicomiais, tais como os direitos básicos de sobrevivência das PPSM. Por isso, falar em cidadania do paciente psiquiátrico não é a simples restituição de seus direitos formais, mas a construção de seus direitos substanciais - até então negados - via construção afetiva, relacional, material, habitacional e produtiva (Saraceno, 2001).

Os contextos nos quais essas práticas reabilitadoras vêm acontecendo têm variado de *settings* e ideologias. As práticas territoriais têm sido mais coerentes com os propósitos reabilitadores, articulando diferentes serviços comunitários: *Centros* ou *Núcleos de Atenção Psicossocial*, *CERSAM's*, *Cooperativas* ou *Grupos de Produção*, *Moradias Protegidas*, *Centros de Convivência* etc. Estas práticas comunitárias, quando bem estruturadas e articuladas, tendem a enfraquecer o modelo de instituição total característico do modelo psiquiátrico tradicional, possibilitando um processo de restituição do poder contratual dos usuários, com vistas a ampliar sua autonomia - como a capacidade de um indivíduo gerar normas para sua vida, conforme diversas situações que enfrente.

Atualmente, no entanto, o que se observa no processo de reforma brasileiro é a presença de serviços substitutivos funcionando em situações precárias, pelo descompromisso de políticos locais com os princípios da reforma psiquiátrica, acarretando falta de recursos humanos, físicos e financeiros, além de uma demanda excedente em relação ao potencial de funcionamento dos mesmos. Esta situação geralmente vem dificultar o processo de reforma psiquiátrica e, conseqüentemente, confirmar que ainda há necessidade dos hospitais psiquiátricos para atender a demanda de pacientes que, neste momento, ainda não é suprida pelos poucos serviços substitutivos existentes. Esta situação vem limitar as ações dos serviços substitutivos que buscam oferecer uma assistência às PPSM que envolva desde à clínica médica à construção e conquista de direitos básicos para uma maior participação na vida societária.

Baseado na proposta da reforma psiquiátrica, Saraceno (2001) afirma que existem eixos sobre os quais se constrói o aumento de capacidade contratual dos pacientes psiquiátricos e, para ele, o trabalho - enquanto produção de mercadoria e valor social - constitui-se como tal.

No trabalho de desinstitucionalização na Itália, na desconstrução do manicômio e dos aparatos científicos e legislativos que o sustentavam, a construção do direito ao trabalho e a construção das cooperativas de ex-internos foram uma etapa fundamental para a entrada da pessoa com sofrimento mental no contrato social (Giudice, 1998).

Atualmente, em diferentes projetos de *Reforma Psiquiátrica* uma das questões centrais que se apresenta é a qualidade do trabalho. Diversos autores concordam que o trabalho possa contribuir para a ampliação do espaço social e reintegração das pessoas portadoras de sofrimento mental num contexto social mais diversificado. No entanto, além de conhecer as diferentes dimensões do trabalho já experimentadas na história da assistência psiquiátrica, a compreensão da nova relação que vem sendo estabelecida entre a loucura e o trabalho no processo de transformação da assistência à saúde mental só será possível se houver uma compreensão das transformações que vêm ocorrendo no mundo do trabalho, bem como o significado que ele passa a ter na organização social atual.

Sendo assim, no item 1.5 abordaremos a concepção atual acerca do trabalho a partir da discussão de cientistas sociais e teóricos da saúde mental sobre sua centralidade ou não na organização social e formação humana. Enfocaremos o consenso defendido pelos teóricos da saúde mental em relação à importância do trabalho na formação do ser social e cultural. No item 1.5.1 analisaremos como o trabalho para as PPSM está sendo discutido sob a ótica da Reabilitação, além de identificarmos distintas propostas de modelos de trabalho implementados nos países desenvolvidos, principalmente EUA, Inglaterra e Itália, e também no Brasil. No item 1.5.2 analisaremos as transformações ocorridas na organização do trabalho a partir dos anos 80, e ainda a dimensão que o problema do desemprego alcançou nas últimas décadas. No item 15.3 analisaremos as alternativas frente à questão da exclusão pelo trabalho, tendo a economia solidária como foco dos movimentos sociais e políticas públicas pela promessa de cidadania e humanitarismo.

1.5 Discussão sobre a centralidade ou não do trabalho na organização social e o consenso entre os teóricos da saúde mental sobre a importância do trabalho no aumento do acesso social das PPSM

Desde a constituição do capitalismo enquanto modelo econômico, político e social vários cientistas sociais referem-se à questão da centralidade do trabalho na organização social, constitutiva da identidade e fator fundamental na construção e reprodução do tecido social. Segundo tradições clássicas da sociologia marxista ou burguesa, o trabalho seria o dado social central. No entanto, mais recentemente estudiosos das ciências sociais como Habermas apud Offe (1989), Claus Offe (1989) e Ahumada e Mariana (2001a) estão pessimistas com relação à precarização e fragmentação que vem sofrendo a organização do trabalho, o que vem desconstruindo a identidade social do trabalho e, assim, mudando seu simbolismo.

Justamente em consequência da crise do mercado, fala-se hoje também em uma crise da sociedade do trabalho. Isto ocorre na medida em que se acumulam indícios de que o trabalho remunerado formal perdeu sua qualidade subjetiva de centro organizador das atividades humanas, da auto-estima e das referências sociais, assim como das orientações morais.

A redução relativa da capacidade de absorção do mercado de trabalho e dos efeitos motivadores e disciplinadores do trabalho remunerado tem como efeito imediato a exclusão social. A redução drástica do potencial de absorção do mercado de trabalho, com o surgimento de uma parcela da população marginalizada, reduz a centralidade do trabalho enquanto referência normativa de vida e de integração da personalidade (Offe, 1989). Em uma sociedade onde as possibilidades de renda, de participação e de vida estão vinculadas ao trabalho remunerado, aqueles que não conseguem se inserir de forma estável no sistema operacional, vendo-se frequentemente exilados em um asilo institucional, estão ameaçados com o estigma do fracassado, do descartável, e por isso prejudicados em suas condições de vida. Segundo Ahumada e Mariana (2001b), o sentido do trabalho como sofrimento e reconhecimento são considerados arquétipos do passado, codificação superada e arcaica, enquanto o trabalho como possibilitador de identidades está amplamente em decadência. O trabalho está sendo associado àquilo que é utópico, inalcançável, semelhante ao que acontece com outras configurações que também estão sofrendo essas transformações - tais como a solidariedade, a igualdade, a cidadania e os direitos – e que a cada dia estão mais distantes de

serem alcançadas e, talvez por isso, tão almejadas nos tempos atuais.

Assim, percebe-se um rompimento com concepções de que experiências na esfera do trabalho possuiriam poder privilegiado na determinação da consciência e das ações sociais.

Cientistas Sociais cada vez mais buscam seus temas nas estruturas parciais, localizadas à margem da esfera do trabalho, isto é, nas áreas como família, papéis em relação ao gênero, saúde, comportamentos divergentes e outros. Novas orientações conceituais substituem o “modo de produção” em “modo de vida”, embora estes novos paradigmas ainda não tenham sido integrados a uma teoria dinâmica da mudança social (Habermas apud Offe, 1989).

Para Habermas apud Antunes (2001) a partir da concepção da teoria da ação comunicativa, no mundo contemporâneo o papel do trabalho na socialização é relativizado e minimizado, sendo substituído pela esfera da intersubjetividade, que se converte no momento privilegiado do agir societal. Assim, o reconhecimento do entendimento entre os seres sociais por meio da interação subjetiva, da intersubjetividade que ocorre no mundo da vida e que tem como elementos constitutivos básicos a linguagem e a cultura, assume o caráter de centralidade na ação humana. Neste sentido o autor distingue o “mundo da vida” do “sistema”. Para ele, enquanto o sistema engloba as esferas econômicas e políticas voltadas à reprodução societal, incluindo neste caso o trabalho, o mundo da vida é o *locus* do espaço intersubjetivo, da organização dos seres em função da sua identidade e dos valores que nascem da esfera da comunicação (Habermas apud Antunes, 2001).

Todavia, uma sociedade estruturada por estes significantes em relação ao trabalho não encontra facilmente neste contexto atual outros significantes que possam suplantá-lo para dar coesão ao universo simbólico dos sujeitos e do coletivo (Ahumada e Mariana, 2001b).

De acordo com Offe (1989), as tentativas mais recentes de valorização “moral e espiritual” da atividade ocupacional parecem limitadas, ou são propostas por protagonistas de modelos alternativos utópicos, que não propagam exatamente a atividade ocupacional usual, mas o trabalho por conta própria, “a nova autonomia” e a ajuda mútua. Ainda segundo o autor, a situação do trabalhador apresenta necessidade de funcionamento de políticas estatais de humanização, de trabalho e no campo social em geral.

Antunes (2001) faz uma crítica aos autores que vêem o trabalho como um elemento não mais estruturante da lógica da organização social. Para ele, esta é uma visão unilateral do trabalho, “visão eurocentralizada”; ao contrário, o trabalho deve ser visto como multifacetado, e ser pensado a partir de sua complexidade e dialética. Neste sentido, o trabalho deve ser visto como atividade vital, condição do gênero humano e constituição do ser social, mas também pelo lado da servidão, de perda de vitalidade. Ainda para o autor, ao mesmo tempo em que

não é possível falar do fim da centralidade do trabalho, não é possível dar “um viva ao trabalho”. É preciso compreender o trabalho sob sua nova morfologia, multifacetada. Pensar um novo modo de vida a partir de um novo sentido do trabalho, pois não há uma nova forma de vida fora do trabalho.

Contudo, autores ligados à saúde mental trazem uma leitura que reforça a centralidade do trabalho na vida societal. Ao contrário de associá-lo a algo inatingível, preferem a idéia de que o trabalho possa ser experimentado a partir de nova conotação, de um novo formato, não mais referenciado ao trabalho formal assalariado, mas ainda arriscando a acreditar no resgate social e humano do trabalho, principalmente através da cooperação e solidariedade. Aproximam-se do que Offe (1989) denomina de valorização “moral e espiritual” da atividade ocupacional, segundo ele modelos de trabalho limitados e utópicos.

Esta “nova” concepção de trabalho, ao contrário de negar a degradação do mesmo enquanto estrutura da organização social, parte desta crítica para pensar alternativas de participação e coesão social de determinados grupos excluídos do mercado de trabalho. Sob esta ótica, o novo modelo de assistência às pessoas portadoras de sofrimento mental implantado no Brasil vem construindo alternativas de trabalho para este grupo de pessoas, numa vertente que se aproxima dos princípios da economia solidária associados às particularidades do grupo.

Sendo assim, o enfoque será dado à forma com que a questão do trabalho está sendo recolocada no contexto da saúde mental, a partir do processo de transição do modelo de assistência à saúde mental, que vem possibilitando discussões a respeito do novo lugar do trabalho para as pessoas com distúrbios psiquiátricos e, ainda, como estas reflexões se comunicam com as transformações mais amplas que vêm ocorrendo no mundo do trabalho.

Diante da situação histórica já apresentada, que nos conta as diferentes funções que o trabalho ocupou na institucionalização da loucura - ora como fator de exclusão e segregação daqueles que não conseguiam produzir de forma desejável para uma necessidade social, ora como uma saída terapêutica utilizada por alguns anos nos manicômios, como meio de moralizar e apaziguar a vida daqueles considerados inválidos - atualmente o trabalho continua sendo questão para este grupo de pessoas. Desta vez, no entanto, com um avanço significativo quanto ao lugar que ele pretende ocupar. Pela primeira vez, busca-se pensar o trabalho enquanto direito e possibilidade de integração social das pessoas PPSM.

No entanto, o percurso para efetivar o direito ao trabalho para as pessoas que sofrem de distúrbios psiquiátricos encontra-se ainda mais difícil, pois está inserido justamente num momento em que o trabalho passa a ser menos valorizado no processo de produção em geral,

provocando um crescimento vertiginoso das pessoas que estão sem possibilidade de trabalhar. Esta dificuldade está associada ao fato dessas pessoas se depararem com um problema estrutural da falta de trabalho, e também ao fato de que na nossa cultura permanece a crença de que estas pessoas são incapazes para trabalhar. Se por um lado a relação atual entre o trabalho e a saúde mental avançou, quando este passa a ser visto como direito da PPSM, por outro a situação de precarização do trabalho tende a reforçar não somente o lugar de exclusão das PPSM, mas também de um percentual grande da população em geral.

Contrapondo-se, porém, a este cenário aparentemente desvantajoso, autores como Rotelli (1989), Saraceno (2001), Barros (1994), Silva (1996), Nicacio (1994), Nogueira (1997), Giudice (1998), dentre outros, envolvidos com o processo de *Reforma Psiquiátrica*, insistem na questão do trabalho para as pessoas que sofrem de distúrbios mentais, resgatando a importância do trabalho na vida das pessoas, seja no processo identitário, na emancipação do indivíduo, nas interações sociais e culturais, bem como na própria reformulação e ampliação das condutas terapêuticas. Neste caso, parecem não acreditar na perda simbólica do papel do trabalho para a construção da organização social, mas sim numa construção alternativa de processo de trabalho - que para muitos é considerada utópica - em que caiba a individualidade e subjetividade dos trabalhadores, ou seja, em que se retome o valor do trabalho em sobreposição ao do capital.

Sob uma ótica mais otimista do trabalho, os teóricos da saúde mental refutam a relação trabalho/doença, quando esta passa a ser vista, de acordo com Dejours (1995), como uma organização que exerce, sobre o homem, um sofrimento que pode ser atribuído ao choque entre uma história individual, portadora de projetos, de esperanças e de desejos, ignorada por uma organização do trabalho, ou seja, quando a relação homem-trabalho é bloqueada. Ainda neste sentido, em virtude da fragilidade dos segmentos excluídos, a própria luta pela manutenção do emprego/trabalho torna-se prioritária e obrigada a relegar as questões da saúde a um plano secundário nas relações de trabalho (Minayo e Costa, 1997).

Porém, a questão do trabalho debatida na saúde mental não trará à tona o conceito trabalho/doença, mesmo porque se acredita na possibilidade de construção de uma “nova relação de trabalho” que possa resgatar o valor humano até então perdido na atual organização de trabalho.

De acordo com Nogueira (1997), neste momento de transição do modelo de assistência à saúde mental, em que a questão da integração social das pessoas e a reconsideração de direitos civis e sociais para os loucos passam a ser o eixo condutor de todas as transformações em relação à forma de lidar com os mesmos, a questão do trabalho passa a

ser vista como um instrumento de desmontagem da instituição psiquiátrica, fortalecendo o processo de transformação da condição de paciente para a condição de trabalhador, construtor de sua vida.

Sendo assim, o trabalho é considerado uma das estratégias que fazem parte do processo de desinstitucionalização. Acredita-se que a partir da construção de moradias, pensões, formação de cooperativas, grupos de produção, bolsas de trabalho, pode-se criar condições materiais mínimas às pessoas para o acesso social, bem como novas formas de reprodução de sua subjetividade (Barros, 1994).

Segundo Rotelli (1989), o trabalho é um direito do cidadão, não pode ser transformado em tratamento - embora a posse de um trabalho e de um salário seja elemento de definição da Saúde Mental nossa sociedade.

O trabalho é também fator determinante na construção de uma identidade socialmente intercambiável e na aquisição de autonomia. É lugar de reforço da crença e respeito pessoal, de trocas e relacionamentos, de aprendizagem, de crescimento pessoal e profissional. O trabalho é transformado na chave do acesso aos direitos e chave da estruturação da existência humana e social (Giudice, 1998).

Uma outra forma de pensar o trabalho o associa a uma perspectiva terapêutica, no entanto bastante ampliada, pois considera o trabalho como um dos instrumentos no processo de restituição, aos pacientes, das condições culturais e materiais para participar de uma vida mais digna, sendo este processo uma pré-condição fundamental para a reabilitação. Em síntese, refere-se ao trabalho como possibilidade de enfrentamento da privação, base da cronicidade (Nicácio, 1994).

Segundo Rotelli (1989) o trabalho pode ser considerado terapêutico se ampliarmos o conceito de terapêutico para tudo aquilo que diz respeito ao acesso aos direitos, tudo aquilo que nos permite ter uma vida com qualidade.

Para Silva (1996), a experiência de trabalho na assistência à saúde mental possibilita a construção de relações entre os técnicos e os usuários que ajudam a romper com a identidade de assistido, de paciente, por isso não deve ser considerado como um dispositivo de atividade “extraclínica”. Neste caso, percebe-se a questão do trabalho enquanto ação de uma clínica ampliada, não excluindo a responsabilidade da assistência nesse sentido. Ao introduzir na assistência a dimensão produtiva dos valores pertinentes ao mercado, como custo de produção, impedimentos e fracassos, não se está propondo gerar trabalhadores, mas sim cidadãos. Neste caso, a questão do trabalho é associada a uma “clínica ampliada”, que não responde apenas por ações mais tradicionais da assistência à saúde mental, tais como a

medicamentosa e psicoterápica. A questão do trabalho para as PPSM é integrada, neste sentido, à assistência à saúde mental.

Segundo Crowther (2001), o trabalho para estas pessoas diz respeito à questão ética, pensada através do direito social, pelo fato de existir um número elevado de pessoas em situação de desemprego e conseqüentemente excluídas. Também por razões clínicas, acredita-se que o trabalho para essas pessoas reduz a dependência, diminui os sintomas psiquiátricos, além de elevar a auto-estima. É comum nos estudos americanos a presença de dados relativos aos ganhos clínicos em relação ao trabalho. A falta de trabalho mais tarde aumenta os riscos de morbidez e mortalidade para usuários (Evans e Repper, 2000).

O trabalho oferece uma sensação de propósito e pertencimento, uma oportunidade de contribuir com objetivos divididos, reuniões sociais, status e reconhecimentos por nosso esforço e alcance. É um componente fundamental de como nos definimos e persistimos no mundo social (Galloway apud Evans e Repper, 2000).

Na verdade, existe um consenso entre os autores em recuperar no trabalho algumas características que este possuía quando ainda era um ofício de artesãos, ou seja, aparentemente, há um sentimento nostálgico quanto às práticas primitivas do trabalho, uma aposta nos empreendimentos sociais como alternativa, para que o mundo do trabalho esteja a serviço do homem e não dos “fetiches” produzidos pelo capital (Kinker, 1997).

Neste sentido pode-se perceber duas percepções distintas em relação à função do trabalho na constituição social e identitária do indivíduo. Enquanto alguns cientistas sociais estão destituindo o trabalho do lugar de “entidade principal” na organização social, principalmente considerando a precarização das relações de trabalho, autores da saúde mental apresentam um discurso bastante uníssono, que se aproxima dos princípios da Economia Solidária, apostando numa transformação das relações de trabalho pelo viés solidário, humanista, bem como resgatando o lado subjetivo do trabalhador. Embora este discurso demonstre um consenso na centralidade do trabalho para as PPSM - indo ao encontro daquilo que é almejado e viável para a participação das PPSM no trabalho, numa relação que o sujeito e sua interação passam a ser supervalorizados, num trabalho que deixa de ser associado diretamente à necessidade de sobrevivência - não existe um único modelo de trabalho proposto para este grupo de pessoas. No item 1.5.1 veremos como estes modelos de trabalho estão ligados às distintas concepções teóricas a respeito do processo de reabilitação da PPSM.

1.5.1 - O Trabalho discutido sob a ótica da Reabilitação na Saúde Mental e os distintos Modelos de Relações de Trabalho propostos para as PPSM

Recentemente, questões relacionadas ao trabalho para as pessoas portadoras de sofrimento mental passaram a ser incluídas numa discussão mais ampla sobre o conceito de Reabilitação na Saúde Mental.

Somente na década de 90 a noção de *Reabilitação* passou a realmente fazer parte do “discurso” psiquiátrico na maioria dos países e a receber atenção relevante dos profissionais da saúde mental. Em relação às interpretações sobre o conceito de *Reabilitação*, existem múltiplas definições e pressupostos (Saraceno, 2001).

A partir de autores que vêm contribuindo para a construção do conceito de reabilitação, tais como Libermann apud Saraceno (2001), Spivak (1988), Pitta (2000), Saraceno (2001), Rotelli (1989), Ciompi (1987), Vigannó (1999), é possível fazer um levantamento das diferentes concepções que buscam compreender as práticas da reabilitação.

Um primeiro modelo de reabilitação busca a readaptação do sujeito no social, visando à redução de déficit a partir da melhoria dos atributos supostamente danificados. Neste caso, parte-se do princípio de que a diferença do sujeito é sinônimo de anormalidade, por isso deve ser “consertada” para que ele possa ser integrado à sociedade. Sob esta visão, a questão da exclusão social passa a ser identificada com a dificuldade individual do sujeito e não com uma avaliação coletiva dos preconceitos e resistências da sociedade em aceitar o diferente. Um dado importante é que a maioria dos modelos de reabilitação, principalmente americanos e ingleses, é baseada nesta concepção de normatização, apoiada nas teorias *Comportamental e Psicoeducativas* (Ciompi, 1987; Spivak, 1988; Libermann apud Saraceno, 2001).

Num segundo modelo, temos a concepção de reabilitação que se refere à abertura de espaços de negociação para o paciente na família, na comunidade, no trabalho, nas relações sociais, agora como direito ativo de participação e convivência do “diferente” na sociedade. Neste caso, refere-se ao aumento da contratualidade do indivíduo no campo social, ou seja, busca-se uma maior autonomia e acesso do mesmo no seu meio social. Este modelo associa a concepção de reabilitação a uma clínica ampliada, envolvida por questões éticas e políticas, que demanda uma reavaliação da forma de tratar, lidar com as pessoas com transtornos mentais. Talvez pudéssemos falar de uma ampliação do conceito de terapêutico, deixando de localizar a reabilitação em campos separados da assistência, mas sim colocá-la presente como ótica, como tensão, como conduta, em todas as atividades do cuidar (Dell’Ácqua e Mezzina

apud Nicácio, 1994; Pitta, 2001; Saraceno, 2001; Tykanori, 1997).

Como um terceiro modelo temos uma concepção de reabilitação, embasado na psicanálise, afirmando que somente a partir da construção subjetiva do sujeito é possível criar condição para que ele se relacione socialmente com os aparatos jurídicos e assistenciais. Neste caso, o campo social refere-se aos direitos sociais, civis, à cultura, e não à possibilidade direta de reabilitação (Vigannó, 1999).

Por último temos uma concepção que consegue reunir alguns pontos já levantados, mas apesar das afirmações sobre a importância do trabalho na vida dos pacientes e sobre a necessidade de intervenção reabilitativa, o lugar real do trabalho na organização de assistência à saúde mental é ainda bastante precário. Ambos os modelos parecem ser fortemente funcionais como instrumento de reabilitação subordinados à “cura” e, sucessivamente, ao modelo biopsicomédico que o sustenta, enquanto indicador de retorno à normalidade. A cultura reabilitadora através do trabalho enfatiza ora o aspecto da terapia, ora a formação profissional, ora a reinserção no trabalho. É comum a disputa entre Reabilitação e Terapia no que diz respeito ao trabalho para as PPSM (Saraceno, 2001).

Ainda segundo o autor, não são claras as relações entre entretenimento, adestramento, reinserção e, sobretudo, não é claro o “sentido” que é atribuído ao trabalho no processo de reabilitação. Muitos são os programas que apresentam o problema da incapacidade de aplicar fora do *setting* de reabilitação as capacidades apreendidas, principalmente em função da distância existente entre serviços de reabilitação e mundo externo, característica comumente presente nos programas de trabalho protegido realizado dentro dos serviços de saúde mental.

Há também a tendência de o problema do trabalho ser lido e resolvido em termos individuais e psicológicos. Neste sentido busca-se a adaptação do sujeito portador de sofrimento mental ao mercado de trabalho, promovida ou reforçada pela intervenção reabilitadora. Neste caso, são comuns os programas americanos de qualificação profissional e inserção no mercado competitivo formal.

De acordo com Rotelli (1989), é necessário “reconstruir a exatidão da necessidade”, separando o par trabalho/salário, mais freqüentemente fonte de desperdício que de produtividade; trata-se assim de desinstitucionalizar o trabalho, tendo como pré-condição a noção de que trabalho e lucro são pontos de partida e não de chegada do processo reabilitativo (eis a diferença substancial com modelos de reabilitação cujo objetivo é o trabalho). É esse processo que confere cidadania àqueles que trabalham.

Pode-se identificar pelo menos cinco *Modelos Reabilitadores* que visam à inserção da PPSM no trabalho.

O primeiro, conhecido como *Modelo Anglo-Saxão*, busca realizar uma intervenção sobre a desabilitação com ênfase na reinserção do paciente no mundo do trabalho, segundo uma lógica fortemente pragmática, com a utilização de técnicas cognitivas, comportamentais, incentivos morais e técnicas de concentração. Este é um exemplo típico de programa que apresenta grandes dificuldades de passagem da situação protegida ao mercado livre de trabalho.

Um segundo modelo, conhecido como *Modelo Francês de Readaptação*, aposta na normalização do desabilitado para confrontos com o mercado de trabalho. A reinserção ao trabalho acontece através de contratos de formação ou vagas de trabalho financiadas em parte pela previdência social e em parte por contratadores de trabalho. Após o período de observação e avaliação, se a reinserção é considerada impossível, os pacientes são enviados de novo aos locais de tratamento (Fournier apud Saraceno, 2001). Este modelo também é utilizado nos EUA, sendo conhecido como “trabalhos transitórios”, e consiste em inserir os usuários em trabalhos competitivos por seis meses. Se o trabalho é interrompido por causa de uma crise ou qualquer outro problema, ele é automaticamente substituído (Rogers, 1998). Este trabalho transitório é considerado um importante meio de ajudar as PPSM a aprenderem como construir suas próprias resistências e se tornarem trabalhadores efetivos.

Um terceiro modelo, também americano, conhecido como *Transitional Employment Program*, se baseia na captação de postos de trabalho em nome do serviço de reabilitação, em que o trabalho é distribuído e executado pelos usuários que estão participando do processo de reabilitação. Esta proposta busca garantir um trabalho protegido a partir de uma terceirização da mão de obra dos usuários (Saraceno, 2001).

O quarto modelo, bastante utilizado nos EUA e Inglaterra, visa ao mercado formal através de programas de formação profissional. No entanto, existem dois tipos de programas que trabalham pela inserção formal, mas que apresentam uma distinção em suas metodologias. Enquanto o primeiro programa, o de *Treinamento Profissional*, acredita apenas na necessidade de um período de preparação para as PPSM ingressarem no mercado de trabalho e conquistarem sua autonomia, o segundo - *Programa de Emprego Apoiado* - apesar de também objetivar o mercado competitivo, realiza um acompanhamento contínuo ao trabalhador, focalizando a reabilitação pelo trabalho como componente fundamental do tratamento em saúde mental. A partir de um estudo comparativo sobre a efetividade dos mesmos, ficou constatado que o emprego apoiado é o programa mais efetivo na obtenção e manutenção de empregos no mercado de trabalho para PPSM.

Outra alternativa na qual os americanos apostam para a inserção das PPSM no

mercado de trabalho é através de trabalhos voluntários, que podem ajudar as pessoas que não estão preparadas para o meio competitivo do mercado de trabalho a adquirirem autoconfiança, perder os medos e descobrirem suas especialidades – e qualificações que possuem (Rogers, 1998).

Finalmente temos o modelo italiano de *Cooperativa Social*, implementado a partir da reforma psiquiátrica italiana. Este modelo busca enfrentar o problema da relação do trabalho e doença mental a partir de um ponto de vista totalmente alternativo, que permita uma reviravolta da lógica, uma radical recomposição do campo do trabalho (De Leonardis, 1994; Rotelli, 1989).

Segundo Saraceno (2001) a cooperativa é, nesse momento histórico, a forma organizacional mais inovadora, opondo a lógica da exploração do trabalho dependente, e ainda constituindo uma forma concreta de solidariedade.

De acordo com Barros (1994), as cooperativas constituem uma possibilidade de enfrentamento do mito da incapacidade laborativa dos ex-internos, buscando promover um espaço de produção que, além da viabilidade de ganho real, permite maior diversidade entre os trabalhadores, com diferentes ritmos e formas de produção. A cooperativa tem a finalidade de formação e trabalho, além de ser instrumento para um processo de participação social.

Considera-se que a formação de cooperativas sociais rompe com a prática de trabalho utilizada até então nos manicômios, esvaziada de significação em sua relação com a loucura, para criar condições de trabalho que realmente possam favorecer a entrada dessas pessoas no circuito social, com acesso aos bens materiais e humanos.

Estes modelos representam situações distintas em relação à inserção da PPSM no trabalho. Existem aqueles que, embora priorizem o mercado formal, mantêm um certo nível de proteção ao usuário. Neste caso, o serviço de saúde mental é o mediador do usuário no mercado de trabalho, seja através da terceirização de seu serviço ou mesmo pela captação de vagas nas empresas com o acompanhamento do usuário no trabalho. Ainda com o enfoque no mercado formal, têm-se aqueles programas que apostam exclusivamente na profissionalização dos usuários para que possam competir no mercado de trabalho. Neste caso, existe uma aposta maior na igualdade de condições destes indivíduos, delegando toda a responsabilidade e possibilidade de sucesso de inserção para o paciente.

Existem também programas que optam por um modelo “alternativo” de trabalho, via mercado informal e cooperado. Neste sentido, acredita-se que a relação de trabalho solidário possa atender melhor às necessidades dos usuários, bem como viabilizar um contexto de

maior qualidade desta relação. Supervalorizam o resgate da humanização pelo trabalho em detrimento do trabalho para a sobrevivência.

Segundo Saraceno (2001), paradoxalmente a situação de proteção do mercado pode tornar o trabalho protegido mais “verdadeiro” ou dotado de sentido para quem o executa, ainda que sejam muito conhecidos os riscos de assistencialismo derivados da inércia dos cenários de mercado protegido. Como exemplo têm-se as pequenas cooperativas protegidas que apresentam alta rentabilidade reabilitativa e baixa rentabilidade econômica. Por outro lado, as grandes cooperativas de produção ou as inserções no mercado formal podem gerar altas rentabilidades econômicas - embora não seja comum para os usuários da saúde mental – mas ficam comprometidas as capacidades reabilitativas do usuário, ocasionando muitas vezes sua rápida exclusão.

Segundo Guanaes (2000), permanece em aberto a questão da ausência de efetivas oportunidades para os sujeitos portadores de sofrimento mental retornarem ao mundo do trabalho, seja em função de um contexto recessivo bem como devido ao estigma que a própria doença mental carrega consigo.

Embora teóricos da saúde mental enfoquem a centralidade do trabalho na vida das PPSM, é importante saber que neste movimento encontram-se proposições de várias naturezas acerca do tema do trabalho, em especial relacionadas à questão do emprego, do desemprego, da geração de renda, da qualificação profissional, do cooperativismo etc., principalmente porque a exclusão social, decorrente da precarização das relações do trabalho, deixou de ser um problema focalizado e se transformou em um problema social, conforme já foi discutido. Com o aumento do desemprego nos últimos vinte anos, formas alternativas de ocupação surgem como propostas e práticas. Como exemplos principais temos a organização de associações, cooperativas, microempresas, ONG's, *Economias Solidárias* - formas alternativas ao emprego assalariado - além da incipiente intervenção estatal e privada na implementação de programas de geração de trabalho e renda. Estas práticas dão novo vigor à discussão da relação entre loucura e trabalho porque são iniciativas criativas, nas quais talentos específicos são mais considerados do que a mera posição de um ser humano na linha de produção repetitiva, e nas quais se aumenta o valor de bens de consumo e serviços intensivos em trabalho, em que o trabalho manual, artesanal, original passam a ter um espaço no mercado de consumo. No entanto, não podemos desconsiderar que estas alternativas de trabalho correm o risco de estarem reforçando não só a precariedade das relações de trabalho como também a posição marginalizada destes grupos menos favorecidos.

Como já foi dito, para compreender as novas discussões e perspectivas a respeito da

relação do trabalho com a loucura, presente na construção do modelo substitutivo de assistência psiquiátrica, bem como os caminhos que os serviços públicos de saúde mental estão construindo em busca de uma maior participação das pessoas portadores de sofrimento mental no trabalho, é de fundamental importância o entendimento das transformações que ocorrem nas relações de trabalho e as mobilizações que estas vêm provocando na sociedade, no que diz respeito à política, à sociedade civil, ao mercado, etc.

1.5.2 Anos 80: reestruturação produtiva, queda do trabalho formal, desemprego, trabalho precário e exclusão social. A busca de alternativas de trabalho e a criação de novas relações de trabalho para a inserção da população marginalizada

Os anos 80 são marcados pela desconstrução do eixo básico da industrialização, assentado até então na capacidade de intervenção e regulação do Estado, e pela elevação do desemprego, com o agravamento da insegurança no mundo do trabalho e crescentes mudanças nas relações de produção. Também é constatado, nos anos 80 e 90, um deslocamento da geração de empregos, em grande parte da atividade industrial para o setor de serviços, criando ofertas de empregos cada vez mais informalizadas e terceirizadas, gerando um momento de profunda insegurança quanto à possibilidade de obtenção de emprego, ocupação, renda, além da garantia de inserção na sociedade (Dedecca, 1998). Pressupõe-se que pelo menos quatro elementos são condicionantes da configuração da estrutura produtiva e dos mercados de trabalho neste momento, sendo eles os processos de reestruturação produtiva, a internacionalização e a expansão dos mercados financeiros, a maior abertura comercial das economias e a desregulamentação dos mercados (Cacciamali, 2000).

Agravando essas transformações econômicas e sociais ainda temos, no contexto mundial, a ideologia neoliberal que estabelece sua hegemonia elegendo o mercado como o grande regulador e dinamizador da vida econômica, inaugurando, assim, uma nova fase fundada no tripé da liberação, privatização e desregulamentação (Neves, 2001).

Tem-se em todo o processo histórico da sociedade capitalista a existência, em maior ou menor grau, da exclusão e da desigualdade social e do desemprego. Nesse sentido, o modelo social adotado pelo Estado brasileiro, centrado no trabalho, passou a dividir os trabalhadores formais – certificados pela carteira assinada, enfatizado o conceito de

“cidadania regulada”¹ – e os demais, considerados como trabalhadores do setor informal². A estes couberam apenas políticas compensatórias fundadas no assistencialismo e ações de cunho voluntário (Sposati, 1997).

Saboia (1998) considera que a nova estrutura do mercado de trabalho, ancorada em princípios de acumulação flexível, ressalta as divergências entre as categorias de trabalhadores, tornando nítidas a divisão dos grupos ou categorias, que são segregados entre os ocupantes do mercado formal de trabalho e articulados a um grupo de trabalhadores autônomos, além de a um grande grupo periférico de sub-contratados. Uma outra clivagem entre os trabalhadores refere-se àqueles trabalhadores excluídos do mercado de trabalho e que compõem, em sua grande maioria, o setor informal e desregulamentado, imersos em condições precárias de trabalho.

Não obstante, a nova formatação do mercado de trabalho traz como peculiaridade a sua fragmentação, sustentada pelos processos de terceirizações, franquias, sub-contratações e informalização, gerando um espaço novo que, em sua maioria, acaba sendo ocupado por uma quantidade enorme de pequenas e médias empresas que dão suporte à cadeia produtiva central com custos menores. Com isso, os riscos são repassados para as unidades contratadas, além de propiciar o conforto quanto à facilidade do rompimento do contrato de sub-contratação sem gerar maiores desgastes para a contratante. Outro fator que incentiva esta característica contratual reside na condição de transferência dos ônus fiscais, trabalhistas, preservação ambiental, dentre outros (Dupas, 1998).

Entretanto, na década de 90 o desemprego transformou-se em uma das principais características do modo de inserção da *População Economicamente Ativa* no mercado de trabalho brasileiro. Dos 13,6 milhões de pessoas que ingressaram no mercado de trabalho nos anos 90, apenas 8,5 milhões (62,5%) obtiveram acesso a algum posto de trabalho (Pochmann,

¹ “(...) o conceito de cidadania cujas raízes encontram-se não em um código de valores políticos, mas em um sistema de estratificação ocupacional, e que, ademais, tal sistema de estratificação ocupacional é definido por norma legal. (...) são cidadãos todos aqueles membros da comunidade que se encontram localizados em qualquer uma das ocupações reconhecidas e definidas em lei. A extensão da cidadania se faz, pois, via regulamentação de novas profissões e/ou ocupações, em primeiro lugar, e mediante ampliação do escopo dos direitos associados a estas profissões, antes que por expansão dos valores inerentes ao conceito de membro da comunidade. A cidadania está embutida na profissão e os direitos do cidadão restringem-se aos direitos do lugar que ocupa no processo produtivo, tal como reconhecido por lei. Tornam-se pré-cidadãos, assim, todos aqueles cuja ocupação a lei desconhece (...)” (Santos, 1979, p.75).

² Cacciomali (2000, p.155) estabelece que: “O termo ‘setor informal’ origina-se e difunde-se por meio de inúmeros estudos realizados no âmbito desse programa, sendo sua apreensão circunscrita pelo conjunto de características expostas a seguir: (a) propriedade familiar do empreendimento; (b) origem e aporte dos recursos; (c) pequena escala de produção; (d) facilidade de ingresso; (e) uso intensivo do fator trabalho e de tecnologia adaptada; (f) aquisição das qualificações profissionais à parte do sistema escolar de ensino; (g) participação em mercados competitivos e não regulamentados pelo Estado”.

2001).

Pode-se dizer que parte do recente aumento do desemprego deve-se à reestruturação tecnológica e à adoção das novas formas de organização do trabalho e de gerência que as empresas brasileiras vêm praticando com o objetivo de reduzir custos e de aumentar a competitividade dentro de uma economia mais aberta e globalizada, gerando altos níveis de rotatividade.

Nas áreas metropolitanas, a participação dos autônomos e dos empregados sem carteira no total das pessoas ocupadas vem aumentando significativamente. Isto significa que, apesar dos direitos garantidos pela *Consolidação das Leis do Trabalho* - CLT, ocorre uma queda acentuada no grau de proteção dos trabalhadores brasileiros mediante contrato de trabalho. Essas mudanças ocorrem em sentido inverso do que seria esperado de um padrão clássico de emprego gerado por um mercado de trabalho moderno e capitalista.

Esse aumento da informalidade do trabalho, associado a uma ausência institucional do Estado nas relações de trabalho, gerou uma assimetria nas relações capital/trabalho que, por sua vez, acarreta uma flexibilidade elevada dos contratos de trabalho, com baixos salários e altos níveis de rotatividade.

Concomitantemente a essas transformações, o setor de serviços vem crescendo significativamente a partir do processo de terceirização de serviços promovidos pelas empresas brasileiras, o que provocou a transferência de empregos do setor secundário para o terciário. Porém, é sobretudo nas atividades terciárias que se concentra grande parte da informalização observada na população ocupada.

A modernização do parque industrial e do setor de serviços foi combinada com diversos fatores, como o trabalho precário, o aumento do número de desempregados, os níveis salariais extremamente baixos e as condições urbanas de vida espoliativas.

Parcelas cada vez maiores da população se encontram em formas alternativas de ocupações, gerando novos problemas a um mercado de trabalho historicamente desigual e excludente.

Além do montante de pessoas desempregadas, cabe ressaltar a alteração na composição do desemprego. Ou seja, o desemprego mudou de perfil, deixando de ser um fenômeno que atingia segmentos específicos da sociedade para se generalizar por quase toda a população ativa. Assim, pode-se concluir que não há mais extratos sociais imunes ao desemprego no Brasil. Por outro lado, as ocupações não assalariadas podem ser identificadas como uma das novas formas de inserção ocupacional, especialmente no caso do trabalho autônomo.

No entanto, no Brasil o trabalho por conta própria que realmente tem se expandido é o trabalho autônomo tradicional, que se caracteriza, em geral, por ser portador de condições de trabalho precário e de remuneração contida (Pochmann, 2001).

Além disto, num país como o Brasil, onde o emprego formal nunca se expandiu para a maioria da população e onde encontramos a carência das redes de proteção social típica ao *Welfare State* europeu, a acomodação destas novas tendências do mercado de trabalho pode se traduzir em veredictos intoleráveis, consagrando uma situação de total desamparo social para os trabalhadores.

Portanto, o "projeto neoliberal" - compatível com o processo de reestruturação produtiva do capital - dificulta o enfrentamento do desemprego e o combate às desigualdades sociais. As questões que eram tratadas em termos políticos ou étnicos passaram a ser tratadas com argumentos econômicos. Como exemplos, temos a utilização dos gastos públicos com encargos financeiros, ou juros a serem pagos ao sistema financeiro; o incentivo à privatização das empresas estatais e o enxugamento das empresas privadas, desconsiderando a drástica redução dos trabalhadores; e a prevalência de um Estado mínimo que, além de limitar e restringir o uso das políticas públicas, reduz o problema do desemprego ao funcionamento do mercado de trabalho (Pochmann, 1999).

De acordo com Moretto (1998) um exemplo que temos é a política de emprego, que somente a partir da década de 90 passou a contar com um sistema mais amplo de ações, tais como o seguro-desemprego, o *Programa de Geração de Renda - PROGER*, o *Programa de Formação Profissional - PLANFOR*, além do Sistema Nacional de Emprego - SINE, órgão mais antigo que faz a mediação da mão-de-obra. No entanto, este sistema ainda apresenta um alcance bastante limitado, não somente pela dificuldade operacional dos serviços prestados - que ainda atuam de forma desintegrada - mas principalmente devido à gravidade em que se encontra o problema do desemprego e da situação macroeconômica do país, caracterizada por alta taxa de desemprego, número elevado de pessoas inseridas no trabalho informal, e ainda pela persistência de uma política de flexibilização do mercado de trabalho.

No entanto, não se podem desconsiderar a necessidade e importância das políticas de emprego para o enfrentamento do desemprego no país. Porém, em um cenário como o do Brasil, de baixo crescimento econômico, estagnação de investimentos e aceleração do desemprego, as potencialidades do sistema público de emprego tendem a ser desperdiçadas e tais políticas são avaliadas como medidas paliativas e de baixa eficácia (Moretto, 1998).

No final dos anos 90, a crença no mercado desregulado e flexível como propulsor de geração e renda já não se sustentava mais frente ao alto índice de desemprego, tanto nos

países avançados quanto nos países mais pobres que enfrentavam uma situação cada vez mais grave de pobreza e exclusão social (Neves, 2001).

A urbanização da pobreza, a sedimentação de uma camada de pobres estruturais, a acentuação da desigualdade entre as regiões do Brasil e a concentração de renda nos estratos sociais superiores caracterizam um padrão contemporâneo de exclusão socioeconômica, política e educacional. Termos como marginalidade, sub-cidadania, espoliação urbana, *underclass* e exclusão social são categorias de estudo que servem para a compreensão deste processo avassalador que tomou conta do Brasil e de outros países no final do século XX (Gallo e Eid, 2001).

Conseqüentemente, enormes contingentes - alijados do mercado de trabalho e abandonados pelas políticas sociais em recuo - viram-se compelidos a criar suas próprias oportunidades de trabalho e sobrevivência. Expandiu-se o setor informal, multiplicaram-se os pequenos negócios e resgataram-se, por outro lado, práticas de entre-ajuda, com o crescimento do interesse pelo trabalho cooperado³. No campo do solidarismo econômico popular contam-se empreendimentos os mais diversos, de caráter familiar ou comunitário, sob forma de sociedades informais, microempresas ou cooperativas de trabalhadores. Identificam-se por seus princípios de equidade e participação, que procuram colocar em prática organizando-se de forma autogestionária e democrática (Singer, 1999).

No entanto, não se pode esquecer que em tais alternativas de trabalho é comum verificar que os atores que desenvolvem tais atividades não possuem uma lógica de lucros, mas apenas a sobrevivência de seus trabalhadores (Cacciamali, 2000).

Parcelas crescentes da população passaram a depender, em maior escala, de atividades assentadas no trabalho realizado de forma individual, familiar ou associativa. Pode-se afirmar que essas atividades, em seu conjunto, sustentam uma economia dos setores populares.

A nova economia social aparece como uma alternativa diante da flagrante impotência do Poder Público e do setor privado capitalista. Favorecendo-a, nota-se um processo de renovação dos movimentos sociais, com a valorização da criação de empresas por razões sociais e éticas, o reconhecimento das mesmas pelo movimento operário, o desenvolvimento do voluntariado e a multiplicação de associações humanitárias, ecológicas, culturais, etc (Gaiger, 1999b). É justamente esta discussão acerca das alternativas de enfrentamento da população excluída do mercado de trabalho que reforça e gera expectativas a respeito da

³ Segundo dados do *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE* em sua *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD* de 1989 e 2001, o aumento de trabalhadores por conta própria subiu de 18,8% para 19,7% no Brasil.

participação das PPSM no trabalho.

1.5.3. Economia Solidária ou Popular: formas alternativas de inclusão no mercado de trabalho

O aparecimento, em escala crescente, de empreendimentos populares baseados na livre associação, no trabalho cooperativo e na autogestão é hoje fato indiscutível em nossa paisagem social, ademais de ser um fenômeno observado em muitos países há pelo menos uma década (Laville apud Gaiger, 1999a). Essas iniciativas econômicas representam uma opção ponderável para os segmentos sociais de baixa renda, fortemente atingidos pelo quadro de desocupação estrutural e pelo empobrecimento. Estudos a respeito, em diferentes contextos nacionais, indicam que tais iniciativas, de tímida reação à perda do trabalho e a condições extremas de subalternidade, estão se convertendo em um eficiente mecanismo gerador de trabalho e renda, por vezes alcançando níveis de desempenho que as habilitam a permanecerem no mercado, com razoáveis perspectivas de sobrevivência (Gaiger et al., 1999a).

No Brasil, a *Economia Solidária* começou a ressurgir de forma esparsa na década de 1980, e tomou impulso crescente a partir da segunda metade dos anos 90. Ela resulta de movimentos sociais que, com suas características distintas dos movimentos dos anos 70 e 80, vão reagir à crise de desemprego em massa de uma forma bastante peculiar.

Os movimentos dos anos 90 passam a ser representados por ONG's, entidades sem fins lucrativos que se orientam para a promoção do desenvolvimento de comunidades carentes a partir de relações baseadas em direitos e deveres da cidadania, buscando junto às diferentes esferas do poder inserir a questão "da exclusão à inclusão através do trabalho" nas políticas públicas e programas de governo (Gohn, 1997).

Para alguns autores tais movimentos perdem sua força mobilizadora, pois as políticas integradoras exigem a interlocução com organizações institucionalizadas, por meio de políticas de parceria estruturadas com o poder público que, na maioria dos casos, mantêm o controle dos processos deflagrados enquanto avalista dos recursos econômico-monetários.

Além disso, a economia popular encontrará nas ONG's uma forma de servir e um suporte como estruturas organizativas do processo de produção. Neste caso as ONG's deixam de ser meros suportes técnicos em orientações pedagógicas e financeiras e passam, elas próprias, a desempenhar os papéis centrais nas ações coletivas (Razeto apud Gohn, 1997). No

entanto,

há também os que acreditam que os novos movimentos sociais estão mais preocupados em assegurar direitos sociais dos grupos menos favorecidos, ocupando assim, um lugar fundamental na complementação das ações governamentais pouco eficazes diante da complexidade dos problemas sociais a serem enfrentados (Gohn, 1997: 125).

As ONG's utilizam, assim, uma dimensão política no âmbito das relações micro-sociais e culturais e não somente no nível macro e nos aparelhos estatais. Além de promoverem mudanças de valores e alterar situações de discriminação, principalmente dentro de instituições da própria sociedade civil.

O *Movimento dos Trabalhadores Rurais sem Terra - MST* é um representante importante na luta contra a exclusão, que busca viabilizar os assentamentos organizando diferentes tipos de cooperativas, além de escolas de formação de técnicos em cooperativismo.

Como decorrência do *Movimento de Ação da Cidadania Contra a Fome, a Miséria e pela Vida*, que mobilizou milhões de pessoas entre 1992 e 1994, surgiram também as *Incubadoras Tecnológicas de Cooperativas Populares - ITCP*, que pertencem a universidades e se dedicam à organização da população mais pobre em cooperativas de produção ou de trabalho, às quais dão pleno apoio administrativo, jurídico-legal e ideológico na formação política, entre outros. Estas incubadoras estão integradas à Rede Interuniversitária de Estudos e Pesquisas sobre o Trabalho - UNITRABALHO, uma fundação voltada ao movimento operário que tem mais de 80 Universidades filiadas. Atualmente o projeto de incubadora é uma vertente de extensão das universidades públicas brasileiras

Uma entidade importante de apoio à *Economia Solidária* – ES, formada em 1999, é a *Agência de Desenvolvimento Solidário - ADS*, da *Central Única dos Trabalhadores - CUT*, em parceria com a UNITRABALHO e o *Departamento Intersindical de Estudos Estatísticos, Sociais e Econômicos - DIEESE*. Também como entidades fomentadoras de empreendimentos solidários temos a *Cáritas*, órgão do *Conselho Nacional de Bispos do Brasil - CNBB*, e outras iniciativas regionais como em São Paulo e nas prefeituras de Porto Alegre, de Blumenau e de Santo André (Singer, 2000).

Uma das formas particulares da ES é a autogestão. A autogestão pode ser constituída a partir de uma empresa limitada - LTDA, de uma sociedade anônima - S/A, de cooperativas, de associações de trabalhadores, etc. Ou seja, a cooperativa é apenas um dos formatos jurídicos do qual se lança mão para a organização de uma empresa de autogestão (Taville, 2001).

Atualmente, a *Economia Solidária* se apresenta como um objeto de intensa discussão,

sendo muitos os estudiosos que buscam a sua teorização. E justamente em função desse momento fecundo em reflexões e análises, pode-se constatar diferentes argumentações e respostas em torno deste mesmo objeto.

Por um lado acredita-se que, em relação à constituição de empreendimentos solidários, não basta fazer considerações ou juízos de valor social se tais alternativas não forem economicamente viáveis. Nesta hipótese, elas somente poderão ser adotadas caso se considere a possibilidade de intervenção do Estado para arcar explicitamente com o ônus de determinados custos sociais. No entanto, deve levar em consideração padrões socialmente necessários de produção e outros socialmente aceitos de demanda, que precisam ser atendidos para garantir ao menos a sobrevivência do empreendimento. Assim sendo, é preciso atender o mercado em quantidade suficiente, preço competitivo e qualidade assegurada, bem como diversificação do produto, serviços pós-venda, além de capacidade de financiamento ao produtor e crédito ao consumidor (Taville, 2001).

Por outro lado, afirmam a possibilidade de construir um campo alternativo de desenvolvimento social, desde que essa economia ganhe autonomia relativa em sua reprodução material e cultural, capaz de se auto-sustentar e desenvolver. E estes processos devem ocorrer não isolados ou autarquicamente, mas em vinculação direta e aberta com a economia capitalista e pública. Segundo Coraggio (2001b) é necessário redirecionar recursos públicos para a promoção de um sistema de economia do trabalho a partir da economia dos setores populares. A economia do trabalho deve articular, assim, uma diversidade de formas de organização, e uma variedade de empreendimentos - individuais, cooperativos, de tipo mercantil ou não mercantil, redes de trocas etc.

Ainda um outro sentido dado à economia solidária é o que a associa a um modo de produção e distribuição alternativo ao modelo hegemônico, que casa o princípio da unidade entre posse e uso dos meios de produção e distribuição da produção com o princípio da socialização destes meios. Nessa perspectiva, a empresa solidária não surge apenas para permitir lucro aos sócios, mas como criação de trabalhadores em luta contra o capitalismo. É uma opção ao mesmo tempo econômica e político-ideológica. Neste sentido, para se compreender a lógica da economia solidária deve-se considerar a crítica operária e socialista ao capitalismo (Singer, 2000).

O autor considera as cooperativas de produção como a unidade típica da economia solidária. No entanto, como as mesmas encontram-se inseridas numa economia capitalista, não se pode fazer um parêntese e criá-las fechadas e protegidas. Também discute o valor da educação no aprendizado do cooperativismo e na transformação das práticas solidárias em

valores pessoais e coletivos. Para ele é possível considerar a organização de empreendimentos solidários o início de revoluções locais, que mudam o relacionamento entre os cooperados e destes com a família, vizinhos, autoridades públicas. A cooperativa passa a ser um modelo de organização democrática e igualitária. Sendo assim, o caráter revolucionário da economia solidária abre-lhe a perspectiva de superar a condição de mero paliativo contra o desemprego e a exclusão.

Por último, uma forma de abordar o tema da *Economia Solidária* - que inicialmente tece uma crítica à associação do modelo solidário a um novo modo de produção não-capitalista - entende os empreendimentos solidários como expressão de uma forma social de produção específica, contraposta à forma típica do capitalismo mas que, no entanto, deve conviver com ela para subsistir em formações históricas. A economia solidária não reproduz em seu interior as relações capitalistas, no melhor dos casos as substitui por outras, mas tampouco elimina ou ameaça a reprodução da forma tipicamente capitalista, ao menos no horizonte por ora apreensível pelo conhecimento (Gaiger, 1999a).

Embora existam tais divergências, a literatura atual sobre a *Economia Solidária* converge em afirmar o caráter alternativo das novas experiências populares de autogestão e cooperação econômica: dada a ruptura que introduzem nas relações de produção capitalistas, elas representariam a emergência de um novo modo de organização do trabalho e das atividades econômicas em geral.

Nesse contexto, as tentativas de teorizar o tema correm o risco de serem apreciadas diretamente por seu impacto político, dotadas de elevado grau de finalismo, ou de importantes ingredientes teleológicos, próprios das ideologias. O fato é suscetível de ocorrer, sobretudo com as formulações mais audaciosas que associam a economia solidária a um novo modo de produção não-capitalista, quer pela insuficiente explicitação conceptual das mesmas, quer porque tendem a não serem vistas como problematizações do tema, ou hipóteses revisáveis, mas sim como respostas seguras, chancelando tomadas de posição e juízos definitivos (Tiriba, 1997; Singer, 2000; Verano, 2001).

Os princípios da *Economia Solidária* operam diversas empresas, no entanto com distintas concepções e categorias. Em primeiro lugar, têm-se as cooperativas de produção industrial e de serviços dotadas de capital abundante e tecnologia, competitivas no mercado mundial ou mercados nacionais. Em seguida, as cooperativas dotadas de capital modesto, que empregam tecnologias herdadas de empresas antecessoras, e enfrentam grandes dificuldades para se manter em alguns mercados. Finalmente, tem-se um grande número de pequenas associações de trabalhadores marginalizados ou de pessoas estigmatizadas, ex-detentos,

deficientes físicos, doentes mentais, ex-dependentes de drogas, moradores de ruas e outros, que procuram desenvolver alguma atividade produtiva, mas que sobrevivem basicamente de doações e trabalho voluntário de apoiadores externos.

A esta classificação de entidades associativas deve-se adicionar as cooperativas de trabalho, que não têm outro capital senão a capacidade de trabalho de seus membros. Estas cooperativas procuram vender serviços (de limpeza, de manutenção, de reparação, de jardinagem, de vigilância etc) a serem prestados nos locais e com o uso de meios fornecidos pelos compradores. As cooperativas de trabalho correm o risco de se transformarem em empreiteiras de mão-de-obra e em falsas cooperativas, montadas por firmas capitalistas que visam explorar o trabalho dos cooperadores sem lhes pagar as contribuições trabalhistas legais. Integram ainda o campo da *Economia Solidária* clubes de trocas, formados por pequenos produtores de mercadorias, que constroem para si um mercado protegido ao emitir uma moeda própria que viabiliza o intercâmbio entre os participantes. E diferentes cooperativas de consumidores, com destaque para as de crédito, de habitação, de saúde e escolares (Singer, 2000).

O que debilita o desenvolvimento da *Economia Solidária* é que a maior parte de suas unidades atuam isoladamente em mercados dominados por empresas capitalistas, com pouco ou nenhum acesso a crédito, a redes de comercialização e tecnologias, além da descrença generalizada na capacidade de “meros trabalhadores” de gerirem as empresas com eficiência.

De acordo com Singer (2000), a construção da competência nos princípios da solidariedade é perfeitamente possível, desde que cada empreendimento possa se financiar, abastecer-se, escoar sua produção, aperfeiçoar-se tecnologicamente e educar seus membros em intercâmbio com outros empreendimentos solidários. Portanto, a constituição de empreendimentos autogestionários requer em geral, além de um incentivo governamental, um patrocínio de apoiadores externos, como outras empresas solidárias, incubadoras, sindicatos, entidades religiosas, etc. Geralmente o que se encontra são negócios que se ressentem de um plano de investimento viável, de uma organização eficiente, são carentes de apoio do poder público, além de se inserirem de forma muito desvantajosa no mercado.

O apoio de governos regionais e locais a iniciativas de economia solidária vem se registrando em numerosos países, não só da Europa, mas também no Brasil isso está se verificando, ainda que de uma forma modesta (Gaiger, 1999b).

Algumas cidades, como São Paulo, Porto Alegre, Recife, Belém, estão vendo a necessidade de desenvolver políticas públicas que estimulem iniciativas autônomas em autogestão popular para geração de renda e ocupação, democratizando assim o acesso das

comunidades mais carentes a instrumentos que lhes permitam uma cidadania e uma inserção social ativas. Isto implicaria processar as políticas públicas não apenas como universalização de direitos e oportunidades, mas também como desenvolvimento de responsabilidades e comprometer os próprios cidadãos com a construção dos programas e oportunidades aos quais estão ascendendo como um novo ordenamento econômico, centrado no ser humano e seu desenvolvimento (Pochmann, 2002).

Embora seja evidente a necessidade de uma melhor condução das políticas macroeconômicas para lidar com o problema do desemprego, algumas experiências regionais têm demonstrado que também é possível uma mobilização dos atores locais para a realização de ações visando ao desenvolvimento local, bem como o problema do desemprego.

Uma crítica que é feita a esta posição política refere-se ao resultado destas novas políticas que têm enfatizado o mercado informal e solidário de trabalho, redefinindo assim o seu papel no conjunto do processo de desenvolvimento social. Tais setores deixam de ser percebidos como uma manifestação da pobreza urbana ou do atraso econômico e passam a ser considerados uma fonte de riqueza, um potencial inexplorado de empregos e de rendas, mesmo que o aumento considerável de famílias condenadas a reduzir suas expectativas a meras estratégias de sobrevivência seja, provavelmente, uma das principais causas do crescimento da economia informal (Pereira apud Gohn, 1997).

No entanto, existe um discurso humanitário que faz um apelo à alternativa de trabalho solidário como possibilidade de uma construção mais humana e solidária de uma “nova” relação de trabalho. Segundo Pochmann (2002), mais do que uma resposta à crise do emprego no capitalismo, as práticas da economia solidária resgatam estratégias comunitárias e da cultura popular que podem recriar relacionamentos sociais mais sustentáveis em todas as dimensões do convívio humano.

Um outro instrumento que está sendo utilizado frente a esta situação de crise e exclusão social são os cursos de qualificação profissional. Nos países subdesenvolvidos ainda não existe uma definição metodológica acerca da qualificação profissional. Muitas vezes os modelos adotados no Brasil são copiados de países desenvolvidos, principalmente dos EUA, o que gera uma inadequação devido às incompatíveis necessidades de um e de outro país. Um outro ponto curioso sobre os cursos de qualificação é que, concomitantemente com a estagnação da economia e o decréscimo do nível de emprego formal, houve um forte apelo à expansão da qualificação profissional, sem que a ocupação registrasse significativa evolução (Pochmann, 2002).

Sendo assim, parece que há uma tendência de individualizar a questão do desemprego,

associando-a prioritariamente à baixa qualificação da população, o que justifica a exclusiva política de oferta de cursos de capacitação.

Uma outra tendência frente à situação de desemprego é a constituição de um novo referencial metodológico voltado para a formação cidadã, a capacitação ocupacional e a aprendizagem em atividades coletivas na comunidade. Nota-se que há uma iniciativa de adequar os programas de qualificação profissional às atividades de utilidade coletiva, especialmente no âmbito do desenvolvimento comunitário. Priorizam-se atividades como agentes comunitários de trânsito, de lazer, do social, da saúde, de segurança, entre outros, para beneficiários dos projetos sociais.

Neste caso, para a maioria da população em situação de exclusão a possibilidade de ingresso no mundo do trabalho está diretamente associada à existência de políticas públicas de geração de trabalho e renda bem com à implantação de projetos sociais que possam criar novos postos de trabalho.

No Brasil, a relação de trabalho cooperado a partir dos princípios da Economia Solidária apresenta-se como um dos caminhos mais viáveis para a participação das PPSM. Embora este modelo não se constitua em uma alternativa única, presenciamos uma forte influência do modelo italiano de *Cooperativas Sociais* nos programas da saúde mental brasileiros. Esta tendência pode ser verificada na legislação da *Reforma Psiquiátrica*, que sancionou a Lei 9.867/99 referente às *Cooperativas Sociais*, bem como nos raros programas de geração de trabalho e renda existentes para esta população, onde a maioria deles trabalha numa relação de associação ou cooperação entre os usuários da saúde mental.

No próximo capítulo estaremos analisando as normas institucionais vigentes da *Reforma Psiquiátrica*, assim como o processo dos movimentos sociais que as conformaram. O objetivo será demonstrar que o ideário da *Reforma Psiquiátrica no Brasil* já iniciou seus primeiros avanços, muito embora estejamos vivendo neste limiar de século XXI um momento de transição em que se encontram ainda presentes muitas das práticas antigas, como já foi acima referido. A situação em que se encontra o processo de reforma psiquiátrica no Brasil está diretamente associada aos avanços e retrocessos dos projetos de inserção das PPSM no trabalho. Isto acontece porque a questão do trabalho para as PPSM ainda está centralizada na assistência à saúde mental. Esta centralização é devido ao fato de que o direito ao trabalho é considerado como um dos dispositivos de desmontagem do aparato manicomial, bem como uma possibilidade real de maior participação dos usuários no convívio social.

CAPÍTULO 2 - FASES DO PROCESSO DE TRANSFORMAÇÃO DO MODELO DA ASSISTÊNCIA PSQUIÁTRICA NO BRASIL: SURGIMENTO DO MOVIMENTO CRÍTICO AO MODELO PSQUIÁTRICO VIGENTE BASEADO NA AUSÊNCIA DE DEMOCRACIA SOCIAL E NOVAS PROPOSTAS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL COM ÊNFASE NO DIREITO AO TRABALHO DAS PESSOAS PORTADORAS DE SOFRIMENTO MENTAL

Introdução

Tendo em vista as conclusões do capítulo anterior no que se refere à institucionalização da loucura e à presença marcante da questão do trabalho em diferentes momentos da história da assistência psiquiátrica, este segundo capítulo pretende demonstrar um novo diálogo que se estabelece entre a saúde mental e o trabalho, a partir da mudança em que se encontra a assistência psiquiátrica brasileira, desencadeada pelo processo de transição do *Modelo Tradicional Psiquiátrico* para o *Modelo Substitutivo de Saúde Mental*, representado pelo *Processo de Reforma Psiquiátrica*.

Este processo de mudança é caracterizado por rupturas institucionais no campo da política, tais como a passagem da ditadura para a democracia. Outras características fundamentais neste processo de transição referem-se às dificuldades advindas da resistência das instituições psiquiátricas, em especial as conveniadas, beneficiárias de transferências volumosas de recursos públicos.

Também serão analisadas as transformações qualitativas ocorridas na assistência, tais como a construção de uma nova concepção de tratamento que, ao invés de excluir da sociedade as pessoas com doença mental com a justificativa de tratar, terá como uma das condições e objetivos do tratamento a mediação desses sujeitos com os diferentes modos de sociabilidade habituais, fazendo com que os mesmos continuem pertencendo ao seu meio social. Ainda serão analisadas as modificações na legislação da política de saúde mental, no que se refere à implantação e ao financiamento de novos dispositivos de atenção psiquiátrica, tais como os *Centros de Urgência - CERSAM's*, os *Ambulatórios*, os *Centros de Convivência* voltados à cultura e ao lazer, as *Residências Terapêuticas*, bem como os *Programas de Geração de Renda* para as pessoas portadoras de sofrimento mental, que buscam construir uma nova relação entre a loucura, o trabalho e a sociedade.

Para contextualizar os avanços e os novos desafios reolocados constantemente ao

processo de transição da assistência à saúde mental será realizado um breve retrocesso histórico do movimento de reforma psiquiátrica brasileira, desde seus primeiros protestos contra a precária assistência psiquiátrica hospitalar, ainda experimentados no regime militar, até a situação do movimento e da assistência nos dias atuais. Podemos identificar que cada região do país, em função de suas particularidades políticas, econômicas, ideológicas e culturais, constrói modelos distintos de assistência à saúde mental, embora todos busquem basear-se nos princípios da *Reforma Psiquiátrica e Sanitária*.

O processo de *Reforma Psiquiátrica Brasileira* no campo da Saúde Mental é recente e é caracterizado pelo processo de democratização e pela constituição de políticas sociais de saúde e de emprego. É um processo histórico, de âmbito internacional, apoiado e mantido no Brasil pelo *Movimento da Luta Antimanicomial* e atualmente pela *Política de Saúde Mental* oficial do governo. Busca uma formulação crítica e prática a partir do questionamento e elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. Embora venha apresentando grandes dificuldades na implantação de suas propostas, como alternativa do modelo psiquiátrico vigente, pode-se constatar avanços em aspectos técnico-assistenciais, político-jurídicos, teórico-conceituais e sócio-culturais que apontam para a possibilidade de se criar uma nova forma de lidar com as pessoas que sofrem de transtornos mentais.

No Brasil, pode-se falar em quatro momentos da *Reforma Psiquiátrica*. O primeiro inicia-se nos últimos anos do *Regime Militar*, final da década de 70, caracterizado por denúncias aos manicômios e pelo surgimento do movimento dos trabalhadores da saúde mental. O segundo momento da *Reforma* inicia-se nos primeiros anos da década de 80 - *Trajatória Sanitarista* - caracterizado pela transferência das propostas democratizantes dos movimentos sociais para a ação nas máquinas governamentais, tanto em nível federal quanto estadual e municipal. Este momento favoreceu poucas mudanças qualitativas em relação à implantação de novos dispositivos na assistência psiquiátrica, mas priorizou reformas administrativas da gestão pública da saúde mental.

O terceiro momento se inicia com a realização da *I Conferência de Saúde Mental*, em 1987, quando o *Movimento da Reforma Psiquiátrica*, estimulado pelo *Movimento de Reforma Sanitária*, encontra suas origens voltando-se à confecção de uma proposta de reformulação de assistência mais consistente e direcionada para a factibilidade da ação (Amarante, 1998b). A partir desse momento, mais duas conferências foram realizadas, sendo que, no entanto, todas as novas propostas e mudanças foram voltadas à implementação e fortalecimento do modelo substitutivo de assistência à saúde mental conformado nesta *I Conferência de Saúde Mental*.

E finalmente, no quarto momento, veremos que a integração da *Reforma Psiquiátrica* passa a se integrar às transformações ocorridas na Saúde, a partir da constituição do *Sistema Único de Saúde - SUS*.

De qualquer forma, é importante assinalar que o surgimento de uma nova trajetória não implica que a fase anterior não permaneça existindo. Por caracterizar um processo de transição, alguns fatores - tais como a resistência de determinados grupos de interesses divergentes, a adaptação e experimentação de novas práticas, a necessidade de desinvestimento rápido - não possibilitam uma substituição repentina de um modelo por outro, mas sim a coexistência das novas experiências em direção ao novo *Modelo de Saúde Mental* junto a tantas práticas identificadas nos *Modelos Tradicionais*. Em função da tendência atual da política de reduzir gastos em detrimento de uma oferta de serviços públicos de qualidade, existe o risco desta transição de modelo de saúde mental apenas desmontar serviços hospitalares existentes, sem a implantação necessária de uma rede substitutiva adequada provocando assim a desassistência das PPSM. No entanto, desde o final dos anos 80 o movimento de reforma psiquiátrica vem contabilizando alguns avanços jurídicos, políticos, sociais, culturais e práticos, demonstrando-se maior estruturação e convergência de ações em direção à substituição do modelo tradicional psiquiátrico.

A partir de 1990, com a implantação progressiva do SUS, o processo de reestruturação da assistência psiquiátrica no Brasil é desencadeado como uma *Política Oficial de Governo*, baseando-se na substituição gradativa do modelo manicomial pelos serviços extra-hospitalares (Brasil, Ministério da Saúde, 2001b).

O SUS pode ser considerado uma das maiores conquistas sociais consagradas na Constituição de 1988. Seus princípios apontam para a democratização nas ações e nos serviços de saúde e se baseiam na universalidade, integralidade, equidade, regionalização e hierarquização da rede, participação e controle social e descentralização dos serviços de saúde (Brasil, Ministério da Saúde, 2000).

A criação do SUS recoloca na *Constituição Federal* de 1988 a dimensão do papel do Estado. A saúde como um direito de todos é dever do Estado. Não se pode avaliar, no entanto, a evolução das políticas de saúde no Brasil sem considerar como determinante o cenário econômico, o papel atribuído ao Estado neste momento da reforma e a concepção de saúde vigente. A implantação do SUS ocorreu concomitantemente ao avanço da crise fiscal e política do Estado, e os serviços de saúde passaram a ser alvo das novas políticas de contenção de despesas públicas, pois o setor saúde passou a ser visto como uma das importantes causas do déficit público. Estas incertezas sobre o financiamento e as retrações de

recursos atingiram diretamente a qualidade dos serviços públicos de saúde prestados à população.

Na prática, a legislação universalizante, respaldada por um conceito de cidadania plena, é reinterpretada por uma realidade que oferece serviços de baixa qualidade e de difícil acesso, excluindo para os subsistemas complementares a população de maior poder aquisitivo, disposta a arcar com os custos de um atendimento adequado. Ou seja, a política de saúde no Brasil percorre uma trajetória paradoxal: por um lado, do ponto de vista teórico, não poderia haver conceito de política mais ousado e avançado do que aquele que estabelece que a saúde é universal e deve ser garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença; de outro, as tendências neoliberais das décadas de 80 e 90 tornaram sólidas as práticas sociais derivadas da ação do mercado que, no conjunto, conformaram um sistema de saúde altamente discriminatório (Ferreira,2000).

Há pouco mais de dez anos da criação do SUS, destinado ao atendimento universal e equânime aos cidadãos brasileiros, não temos hoje apenas um único *Sistema de Saúde*, mas um sistema composto por três subsistemas: o sistema público – SUS -, o sistema privado de atenção médica supletiva – Convênio - e o sistema privado de medicina liberal (Mendes, 1995). Esse sistema vem sendo constituído no Brasil, ao longo dos anos, como processo social, e é resultado, entre outros fatores, da distribuição da ocupação e da renda.

É neste contexto que o *Movimento da Reforma Psiquiátrica* busca configurar-se como uma nova política de saúde mental, na tentativa de transformações eficazes na assistência psiquiátrica. Ele acompanha as possibilidades de avanço e de retrocesso das políticas públicas do SUS, em particular, e da implementação ou não de projetos públicos comprometidos com a melhoria das condições de vida, com a garantia de direitos de cidadania, com a redução das desigualdades sociais e com o enfrentamento da exclusão social.

Apesar de uma parcela de usuários dos serviços de saúde ter condições de pagar por uma assistência mais eficaz, a maioria da população brasileira depende dos serviços públicos. Isto também é constatado na saúde mental, talvez com um agravante frente aos demais usuários da saúde pública: a maioria das pessoas que procura um serviço de saúde mental traz, além da patologia mental, estigmas sociais, rejeição familiar, perdas profissionais e/ou escolares, situação econômica desfavorecida, enfim, estão destituídas de muitos dos atributos de cidadania. Por isso, a assistência psiquiátrica está buscando construir seu modelo e operacionalizá-lo de forma que possa acolher e facilitar a reabilitação dessas pessoas. Sendo assim, os direitos básicos dos pacientes psiquiátricos passam a constituir um tema típico e central da *Reforma Psiquiátrica*. No entanto, é sobre o símbolo da contradição - de um lado a

busca da garantia de direitos básicos assegurados pela constituição, dentre eles o direito a uma saúde digna e universal, e de outro a miséria e marginalidade social de um número cada vez maior da população, situação esta agravada pela carência de políticas públicas - que os novos serviços de saúde mental buscam estabelecer um diálogo permanente e eficaz com a realidade cotidiana dos usuários. Esse diálogo é sustentado pela necessidade de uma nova clínica, mais ampliada, que tem como objetivo mediar o acesso das pessoas portadoras de sofrimento mental aos dispositivos públicos como o lazer, a educação, a moradia e o trabalho, na busca de uma nova relação entre a “loucura” e a sociedade, pautada no respeito e convivência com a diferença.

Diante da difícil situação sócio-econômica vivida pela maioria da população brasileira, representada por uma profunda insegurança no que se refere à possibilidade de obtenção de emprego, de ocupação, de renda, além da garantia de inserção na sociedade, amplia-se o número de pessoas que permanecem à margem da sociedade, sem a garantia de acessos sociais básicos. Assim, a reivindicação das pessoas portadoras de sofrimento mental passa a ser contextualizada e reforçada por um movimento mais amplo, que inclui também as mulheres, os jovens, os negros, os índios e os pobres excluídos, apartados socialmente por esta nova estruturação do mercado de trabalho.

De acordo com Gohn (1997), desde os anos 90 a tendência dos movimentos sociais enfatiza duas categorias básicas de reivindicação, sendo elas a demanda por cidadania coletiva e o combate à exclusão social. A demanda por cidadania diz respeito ao contrato público e universal, que envolve os direitos civis - considerados decisivos no mundo moderno - políticos e sociais, e que, no entanto, não podem ser oferecidos pelo mercado. E a segunda, relativa à exclusão, decorre das condições sócio-econômicas que passam a ser imperativas, causadoras de restrições e desagregação sociais.

É possível considerar que a conjuntura atual de exclusão social de diversos grupos, e as diversas formas de reivindicação por direitos sociais e cidadania - ora representadas por ONG's e movimentos sociais - fortalecem o movimento de reforma psiquiátrica no que se refere à mobilização social e política. No entanto, são grandes os desafios para a implantação deste novo modelo de assistência. Como exemplo destes desafios podemos citar a hegemonia do modelo tradicional psiquiátrico, a falta de prioridade na aplicação dos recursos financeiros para implantação de serviços extra-hospitalares, o estigma da doença justificado pelo mito da periculosidade e incapacidade civil dos pacientes psiquiátricos, além do despreparo e resistência dos profissionais da saúde mental em modificar suas práticas para atender uma nova proposta de tratamento. Embora tenham ocorrido avanços jurídicos na formulação de

políticas públicas de saúde mental, que buscam atender os princípios do SUS, na prática ainda se verificam atendimentos exclusivistas, precários, de má qualidade e de baixa acessibilidade.

Mesmo diante de tais dificuldades e de uma forma bastante heterogênea, há regiões que avançaram nas transformações da assistência psiquiátrica através da implantação de serviços substitutivos como os CERSAM's, os *Núcleos de Atenção Psicossocial* - NAPS, os *Centros de Atenção Psicossocial/Centros de Apoio Psicossocial* - CAPS, os *Centros de Convivências*, as *Residências Terapêuticas*, os *Grupos de Produção* etc. Tais dispositivos buscam designar um novo lugar social para o tratamento e a reabilitação das pessoas com sofrimento mental, promovendo ações destinadas ao processo de inserção dessas pessoas na rede social.

Esta nova forma de assistência, no entanto, não elimina certos problemas, tais como, por exemplo, o acesso aos aparatos sociais, culturais, educacionais e laborativos que a vida pública deveria lhes oferecer em conjunto com uma mudança cultural da sociedade em relação às pessoas portadoras de sofrimento mental.

Neste sentido, o discurso sobre a inserção das PPSM no trabalho, ao mesmo tempo em que passa a ser visto como estratégia para conquista do direito ao trabalho e ampliação da contratualidade do louco no contexto social, tem sua implementação limitada e até mesmo inviabilizada pela situação precária em que se encontram as relações de trabalho, bem como a ausência de políticas públicas para seu enfrentamento.

2.1 – Surgimento do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental - Críticas à qualidade e ao sistema privatista do Modelo Psiquiátrico no final dos anos 70: Ditadura Militar

Como vimos, enquanto as experiências de reforma psiquiátrica se iniciavam na maioria dos países desenvolvidos no final dos anos 40, o Brasil, na década de 60, ainda fortalecia seu sistema hospitalar de assistência psiquiátrica. Com a criação do *Instituto Nacional de Previdência Social* - INPS nos anos 60, o Estado passa a comprar serviços psiquiátricos do setor privado. A doença mental torna-se definitivamente um objeto de lucro, uma forte indústria no mercado brasileiro. Conseqüentemente ocorre um aumento do número de vagas e de internações em hospitais psiquiátricos privados, principalmente nos grandes centros urbanos. Neste momento, poucos são os questionamentos quanto à eficiência e qualidade da assistência psiquiátrica no país. No entanto, no final da década de 70, período

que coincide com o enfraquecimento do governo militar, denúncias sobre as formas de assistência psiquiátrica dão início ao movimento da reforma psiquiátrica brasileira. Desta forma surgem as primeiras manifestações no setor da saúde, que se transformarão em bases políticas para as *Reformas Sanitárias e Psiquiátricas* (Amarante, 1998b).

Dentre os movimentos emergentes surge o *Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental*, que atuará na mobilização por projetos alternativos ao modelo asilar dominante. Neste momento, obras como as de Foucault, Goffman, Castel, Szasz, Basaglia, e também o contato com experiências da *Psiquiatria Democrática Italiana*, lideradas por Basaglia, trarão uma contribuição importante para a construção do modelo da *Reforma Psiquiátrica Brasileira*.

O período que se seguiu ao movimento militar caracterizou-se pela ampliação da assistência psiquiátrica à massa de trabalhadores e seus dependentes. Devido às condições dos hospitais da rede pública, que permaneceram reservados aos indivíduos sem vínculo com a previdência, e à notória ideologia privatista do movimento de 64, surge no país grande proliferação de hospitais psiquiátricos privados contratados pelo poder público. Isto ocorreu devido à criação do INPS em 1966, a partir da unificação dos institutos de aposentadoria e pensões. O Estado passou a comprar serviços psiquiátricos do setor privado, gerando na saúde pressões sociais com o interesse de lucro por parte dos empresários e donos dos hospitais, constituindo-se assim a “indústria da loucura”. O período de 1965/70 foi marcado pelo fenômeno de afluxo maciço de doentes mentais para os hospitais da rede privada. Neste período, enquanto a população internada do hospital público permaneceu estável, a clientela das instituições conveniadas saltou de 14.000 em 1965 para 90.000 ao final do período (Resende, 2000).

No final da década de 70, quando a ditadura militar já demonstrava suas fragilidades, fez também transparecer as insatisfações e aumentar a participação dos cidadãos, que passaram a problematizar a estrutura e organização do poder, as políticas sociais e econômicas, e também as condições cotidianas de vida e trabalho. Neste período surgem inúmeros movimentos e formas organizativas populares, que enfatizavam a liberdade de expressão, principalmente em relação ao Estado autoritário. Tais movimentos vinham enfatizar o caráter extra-institucional das práticas populares, apresentando uma postura antagonica e opositora ao sistema operante (Gohn, 1997).

Este contexto foi propício para a implantação das bases para a reorganização dos partidos políticos, dos sindicatos, das associações e demais movimentos da sociedade civil, e também para o surgimento das primeiras manifestações no setor da Saúde - com visível

aumento dos movimentos críticos em saúde - possibilitando a estruturação das bases políticas da *Reforma Sanitária e Psiquiátrica* no Brasil. Sendo assim, a *Reforma Psiquiátrica* coincide com o movimento de abertura democrática do país.

No entanto, em função do grande número de hospitais psiquiátricos privados contratados pelo governo, qualquer proposta de reformulação das políticas de saúde mental sempre foi ameaçadora aos empresários e por isso era respondida com muita resistência.

A primeira forma de combate aos hospitais psiquiátricos veio a partir de denúncias médicas que relatavam as precariedades das unidades hospitalares, trazendo a público a trágica situação de hospitais psiquiátricos, as péssimas condições em que viviam os internados e ainda a presença de irregularidades trabalhistas dos profissionais das instituições. Estas iniciativas provocaram uma crise na *Divisão Nacional de Saúde Mental - DINSAM*, órgão do *Ministério da Saúde* responsável pelas políticas públicas de saúde mental, e fortalecem o surgimento de focos embrionários do *Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental - MTSM*.

Inicialmente, o MTSM reflete um conjunto heterogêneo e ainda indefinido de denúncias e reivindicações, o que o faz oscilar entre um projeto de transformação psiquiátrica e outro de organização corporativa. Busca uma transformação genérica da assistência psiquiátrica, cujos indícios podem ser encontrados seja nas denúncias ao modelo oficial - de caráter privatizante e hospitalocêntrico - seja na elaboração de alternativas inspiradas basicamente em propostas de desospitalização fundadas na problematização da natureza e função social das práticas médicas e psiquiátricas (Amarante, 1998a).

Junto ao MTSM, várias outras instituições e atores da saúde mental envolveram-se na formulação das políticas de saúde mental. Dentre eles a *Associação Brasileira de Psiquiatria - ABP*, a *Federação Brasileira de Hospitais - FBH*, as *Indústrias Farmacêuticas*, as Universidades e o Estado - através de seus órgãos do setor de saúde, o *Ministério da Saúde* e o *Ministério da Previdência e Assistência Social - MPAS*. O papel do *Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental* é destaque e passa a protagonizar os anseios e as iniciativas pela reforma da assistência psiquiátrica nacional.

Em 1978, na realização do V *Congresso Brasileiro de Psiquiatria*, surge a oportunidade de o MTSM se organizar nacionalmente, pois até então os movimentos se desenvolviam isoladamente e em apenas alguns estados do país.

Pela primeira vez, movimentos em Saúde Mental participaram de um Encontro dos setores considerados conservadores, organizados em torno da *Associação Brasileira de Psiquiatria*, dando ao mesmo o caráter de discussão política e ideológica.

Ainda no final dos anos 70 outro importante evento foi a realização do *I Congresso Brasileiro de Psicologia*, onde estiveram presentes vários mentores da *Rede de Alternativas à Psiquiatria*, dentre eles Franco Basaglia, da *Psiquiatria Democrática Italiana*. Neste momento, a influência de Basaglia na conformação do pensamento crítico do MTSM passa a ser fundamental para a reforma psiquiátrica brasileira e até hoje este modelo é tido como referência na construção de projetos alternativos para a psiquiatria brasileira (Amarante, 1998a).

Em 1979 foi realizado o *I Congresso Nacional dos Trabalhadores da Saúde Mental*, no qual se coloca em pauta uma nova identidade profissional, que aponta para a necessidade de uma organização que vise à maior participação dos técnicos nas decisões dos órgãos responsáveis pela fixação das políticas públicas nacionais e regionais de saúde mental.

2.1.1 Início dos anos 80 – Uma reforma limitada à instituição hospitalar baseada no modelo preventivista americano que visava principalmente a redução de gastos públicos na saúde

Nos anos 80 surge a *Articulação Nacional da Luta Antimanicomial*, outra expressão do MTSM, que reúne um grande número de entidades de amigos, familiares e usuários da saúde mental. A participação de novos atores no movimento provoca um fortalecimento do mesmo, possibilitando maior atuação em favor da reforma psiquiátrica.

O MTSM encaminha propostas de transformação de *Unidades Psiquiátricas Públicas*, ocupa espaços em instâncias consultivas e decisórias do governo federal, estadual e municipal e busca influenciar na formulação das políticas de saúde do país.

A partir de 1985 uma parte significativa dos postos de chefia de programas estadual e municipal de saúde mental e a direção de importantes unidades públicas estão sob a condução de ativistas do MTSM. Na região sudeste - MG, SP, ES, RJ - praticamente todos os espaços estão assim ocupados. O movimento operou uma substituição da prática psiquiátrica conservadora, ou voltada para interesses privados, por uma ação política de transformação da psiquiatria como prática social (Amarante, 1998b).

Segundo Gohn (1997), uma particularidade dos *Movimentos Sociais* dos anos 80 é que passam a ser incorporados no aparelho do Estado. Momento de institucionalização dos movimentos, com a integração de seus participantes nos espaços públicos de poder e de tomada de decisões. O Estado passa a deixar de ser adversário dos movimentos para se

transformar em seu interlocutor principal.

Segundo Amarante (1998a), neste período, em função da aproximação com o governo, o movimento da reforma psiquiátrica adquire uma postura menos crítica, deixando de refletir sobre o papel dos técnicos e da própria Medicina para preocupar-se com o saber sobre a administração e planejamento em saúde.

O marco principal a orientar este início do movimento reformista foi o da *Psiquiatria Preventiva*. Este modelo foi originariamente desenvolvido nos EUA, na década de 60, e passou a ser adotado pelas organizações sanitárias internacionais. As reformas de base preventiva e comunitária consistiam, por um lado, em medidas saneadoras e racionalizadoras - tais como na diminuição de leitos e de tempos médios de permanência hospitalar, no aumento do número de altas ou na criação de serviços intermediários - e, por outro lado, na implantação de uma rede de serviços e ações de cunho sanitário, preventivo. Esse modelo aproximava-se mais de uma iniciativa de “desospitalização” - ou seja, atendia uma demanda de redução de gastos, gerando na maioria das vezes a desassistência ao invés de realizar uma reforma qualitativa na forma de atenção às pessoas com sofrimento mental - que carecia de investimento financeiro, intelectual, prático e político para a construção de novos dispositivos que atendessem a demanda da saúde mental.

Mesmo com as intenções reformadoras dominando as diretrizes e iniciativas oficiais, esta trajetória operou sob uma perspectiva de racionalização, humanização e moralização do asilo e da criação de ambulatórios como alternativa ao hospital de internação. Tais ações não provocaram um impacto significativo que alterasse a qualidade do atendimento oferecido pela rede hospitalar. Neste momento a defesa dos direitos dos pacientes estava mais voltada à questão da melhoria da qualidade de tratamento ofertado pelos asilos, bem como a ampliação do direito à saúde como questão político-social.

Por isso associa-se esta trajetória à *Reforma Sanitarista*, momento que priorizou as reformas administrativas da gestão pública da saúde mental sem construir novas formas de atenção e cuidado aos doentes mentais.

Este período, até final dos anos 80, também é marcado pela resistência imposta pelas forças hegemônicas da psiquiatria tradicional ao projeto do MTSM.

2.1.2 - 1987: Marco da Reforma Psiquiátrica no Brasil – Avanço Conceitual do Movimento no sentido da desinstitucionalização e criação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico

Em meio a uma situação conflituosa de interesses, entre o *Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental* e a tendência esmagadora do modelo psiquiátrico tradicional, foi realizada em 1987 a *I Conferência Nacional de Saúde Mental* - CNSM. O tema principal desta era a necessidade de superação de um modelo assistencial - então denominado hospitalocêntrico - que era predominantemente baseado no modelo médico psiquiátrico e caracterizado pelo alto custo, ineficácia do tratamento, e ainda por violar direitos humanos fundamentais dos internos.

A *I Conferência* foi realizada no contexto dos princípios e diretrizes da *Reforma Sanitária*, marco histórico no campo da saúde e da construção do SUS. A CNSM encontrou grandes dificuldades para sua efetivação, pois o *Ministério de Saúde* ofereceu resistência à sua convocação, em função de divergência política e ideológica entre a direção da DINSAM e o *Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental*. Sendo assim, ela foi realizada em meio a conflitos entre, de um lado, a DINSAM e a ABP, e de outro com o *Movimento dos Trabalhadores*.

A *Conferência* foi o marco de um momento histórico da trajetória da *Reforma Psiquiátrica* pela significativa renovação teórica e política do MTSM, e por ter-se iniciado o processo de distanciamento entre o MTSM e o Estado e suas alianças mais tradicionais. Além disto, aproximou usuários e familiares para discutirem conjuntamente o rumo e estratégias do movimento da *Reforma Psiquiátrica*. O lema então consolidado, “ Por uma Sociedade sem Manicômios”, é a mais forte expressão dessa nova estratégia (Amarante, 1998a). A partir de então, o conceito de desinstitucionalização passa a nortear o movimento de reforma. Aquela noção de desinstitucionalização que surgiu nos EUA na década de 60, baseada nos projetos da psiquiatria preventiva e comunitária, passa a ser criticada por realizar um conjunto de medidas de desospitalização que não provocavam uma transformação do paradigma manicomial, e sim a redução dos gastos públicos com a assistência psiquiátrica.

A política de desospitalização - ou seja, a que realiza o fechamento de leitos psiquiátricos respaldada pelos princípios da reforma psiquiátrica - quando desarticulada de ações que visam à implementação de serviços substitutivos de saúde mental apresenta um problema comum na maioria dos processos de reforma psiquiátrica. Neste caso, a qualidade

da assistência psiquiátrica é preterida pela política de redução de gastos públicos, provocando desassistência das pessoas portadoras de sofrimento mental.

O conceito de desinstitucionalização que a partir de então embasará a reforma da assistência psiquiátrica brasileira tem sua identificação teórico-prática na tradição italiana, desenvolvida por Franco Basaglia, especificamente aquele implantado nas regiões mais desenvolvidas da Itália. Sua característica predominante é a crítica epistemológica ao saber médico constituinte da psiquiatria e ao próprio conceito de doença mental que determina limites aos direitos dos cidadãos.

Segundo Rotelli (1989), o mal da Psiquiatria estava em haver separado um objeto fictício - a doença - da existência global complexa e concreta dos pacientes e do seu contexto social, sendo que o projeto de desinstitucionalização busca a construção da complexidade do “objeto” que antigas instituições haviam simplificado.

A concepção de território é um elemento fundamental na construção do novo cenário estratégico da saúde mental. O território é entendido como uma força viva de relações concretas e imaginárias que as pessoas estabelecem entre si, com os objetos, com a cultura, com as relações que se dinamizam e se transformam. O trabalho no território não é a mesma coisa que estabelecer um plano psiquiátrico, ou de saúde mental, para a comunidade, mas trabalhar com todo o potencial que ele nos oferece para a construção de objetivos comuns, que não são os objetivos definidos pela psiquiatria (Basaglia apud Amarante, 1998a).

Sob esta ótica, a teoria da desinstitucionalização prevê a restituição da subjetividade do sujeito na sua relação com a instituição, mais precisamente trata-se da possibilidade de recuperação da contratualidade, isto é, de posse de recursos para trocas sociais e, por conseguinte, para a cidadania social (Saraceno, 2001).

Sendo assim, o movimento de reforma psiquiátrico brasileiro tende a respaldar-se teoricamente no processo na desinstitucionalização como transformação do modelo clássico e do paradigma psiquiátrico tradicional.

Sob a vertente da desinstitucionalização, o MTSM politizou a questão da reforma sustentando a necessidade de promover a extinção dos hospícios. Compreendiam que não bastavam a racionalização ou a modernização dos hospitais psiquiátricos: a reforma do modelo tradicional só seria possível a partir da extinção de seus dispositivos de segregação.

Esta nova etapa, inaugurada na I CNSM, repercutiu em muitos âmbitos: no próprio modelo assistencial, na ação cultural, na ação jurídica e política. Em relação ao modelo assistencial, surgem novas modalidades de atenção à saúde mental, em especial os serviços substitutivos, que buscavam representar uma alternativa real ao modelo psiquiátrico. No

campo jurídico-político foi apresentado, em 1989, o Projeto de Lei 3657/89, do deputado mineiro Paulo Delgado, onde se regulamentavam os direitos das pessoas acometidas pelo sofrimento mental em relação ao tratamento, e se indicava a extinção progressiva dos manicômios públicos e privados e sua substituição por outros recursos não manicomial de atendimento. O projeto de Lei 89 situou as formas de atenção à saúde mental no centro de um debate político, profissional e civil. Proibia em todo o território nacional a construção de novos hospitais psiquiátricos e convênios ou financiamento estatal de novos leitos nos hospitais psiquiátricos privados.

Este final de década também assistiu ao surgimento de uma experiência em Santos (SP) - pioneira no Brasil - desenhada nesta nova lógica de assistência, e que fortaleceu o movimento de reforma psiquiátrico. A experiência santista, inspirada no modelo italiano, partiu de uma intervenção pública à *Casa de Saúde Anchieta*, um hospital psiquiátrico privado conveniado pelo *Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social - INAMPS*, que funcionava há quarenta anos absorvendo toda a demanda hospitalar da região. A intervenção, motivada por denúncias da péssima condição de tratamento ali ofertada, transformou-se em desapropriação e implementação de um *Programa de Saúde Mental* a partir da criação de um NAPS, Núcleos que seriam o eixo desse novo circuito regionalizado, funcionando vinte e quatro horas por dia e sete dias na semana, buscando responder à demanda de Saúde Mental da área de abrangência (Nicácio, 1994).

Embora tenha ocorrido uma experiência municipal desta abrangência, como foi considerada a de Santos, no início dos anos 90 a situação da assistência psiquiátrica no âmbito do país encontrava-se ainda sem alterações significativas em direção ao modelo aspirado. No entanto, este período foi considerado como marco para o movimento de reforma pelo fato de ter encontrado seu eixo teórico, influenciado pela experiência italiana da desinstitucionalização.

Porém, no caso do Brasil, para se alterar uma estrutura de saúde mental cristalizada na rede hospitalar psiquiátrica basicamente privada necessitava-se de ações concretas como a transferência de recursos públicos para estes novos dispositivos, uma nova cultura de assistência não asilar, bem como vontade política dos três níveis de governo em implementar este novo modelo de assistência. Mediante a tantos impasses, não é de se estranhar o porquê da assistência, ainda neste momento, se encontrar basicamente nos dispositivos hospitalares. De acordo com os dados do *Ministério da Saúde* (1994), no ano de 1990 haviam ocorrido 501.660 internações em hospitais psiquiátricos, sendo apenas 25% destas em serviços públicos, o que demonstra a prevalência dos hospitais privados contratados pelo Estado. Neste

mesmo ano, os distúrbios mentais representaram o segundo grupo de maior gasto hospitalar estatal. Até 1991, havia no Brasil 86 mil leitos em 313 hospitais psiquiátricos. Destes internados, mais de 30.000 encontrava-se completamente sem vínculos sociais, por nunca terem saído dos manicômios (Brasil, Ministério da Saúde apud Desviat, 1999).

Embora a situação da assistência psiquiátrica se mantivesse caótica, as discussões e críticas ao modelo tradicional persistiam e avançavam nas suas propostas. Sabe-se hoje que a maioria dos integrantes do movimento de reforma psiquiátrica é composta por trabalhadores da saúde mental, e que a participação dos usuários e familiares no movimento ainda é restrita. Porém constata-se a presença de pequenos grupos mais politizados distribuídos no país, que mantêm praticamente os mesmos integrantes e que estão presentes em vários eventos de mobilização do movimento.

Atualmente há uma crítica quanto à exclusividade dos trabalhadores da saúde mental na conformação dos atores políticos envolvidos no processo de reforma. Segundo Vasconcellos (1992), isto pode vir a explicar a ocorrência de negligência social em programas de desinstitucionalização, pelo fato de não existir uma cumplicidade de demais setores políticos e civis quanto à questão posta.

2.1.3 – Redirecionamento da assistência no sentido do Modelo Substitutivo de Saúde Mental e estruturação da rede de atenção à saúde mental

Precedendo a realização da *II Conferência*, em 1992, ocorreram eventos fundamentais para o avanço no campo da Saúde e da Reforma Psiquiátrica, dentre eles a *9ª Conferência Nacional de Saúde* - realizada em 1987 - que reafirmou a luta pela construção do SUS e as diretrizes da municipalização e do controle social, definindo o nível local como estratégico na democratização das políticas sociais, e a *Conferência Regional* para a reestruturação da assistência psiquiátrica realizada em 1990, promovida pela *Organização Pan-Americana de Saúde* – OPAS, cujas resoluções, conhecidas como *Declaração de Caracas*, se configuraram em referências fundamentais para o processo de reorientação do modelo de atenção em saúde mental (Brasil, Ministério da Saúde, 2001a). A chamada *Declaração de Caracas* representou um momento inaugural da *Reforma Psiquiátrica* nos países Ibero-americanos, proclamou a necessidade de promover recursos terapêuticos e um sistema que garantisse o respeito aos direitos humanos e civis dos pacientes com distúrbios mentais. Há a necessidade, portanto, de superar o hospital psiquiátrico, estabelecendo modalidades de atenção alternativas na própria

comunidade, em suas redes sociais (Desviat, 1999).

Todavia, a proposta de âmbito internacional, que reafirmava a necessidade de superação do modelo psiquiátrico e a expansão de serviços substitutivos, veio coincidir com o momento de crise que o Brasil enfrentava nos anos 90. O declínio da economia na maioria dos países, em especial na América Latina, aumentava as necessidades sociais dos grandes setores da população. Ao mesmo tempo, cortes significativos nos gastos sociais exacerbaram as tradicionais deficiências na estrutura básica dos serviços.

No setor saúde diminuíram os investimentos em saneamento básico e na manutenção e conservação de equipamentos e instalações. Além disto, o crescimento constante da população, o acelerado processo de urbanização, o aumento do desemprego e da criminalidade de amplos setores, a subalimentação faziam com que as populações se apresentassem mais carentes de serviços sociais, principalmente em relação à saúde.

Sendo assim, nos primórdios da reforma veio somar-se aos problemas de um sistema de saúde insuficiente e sub-utilizado uma crise econômica de gravidade sem precedentes, o que empobreceu ainda mais a população e aumentou a necessidade de melhores serviços sanitários (Desviat, 1999).

Em meio a este contexto sócio-econômico, realiza-se em 1992 a *II Conferência Nacional de Saúde Mental*, resultado de um processo de ampla mobilização social, entendida pela inauguração da democracia do país.

Esse encontro representou um marco significativo na história recente da política de saúde mental, no qual se aprofundaram tanto as críticas ao modelo hegemônico quanto se formalizou o esboço de um novo modelo assistencial que deveria reger a estruturação da rede de atenção à saúde mental no país (Brasil, Ministério da Saúde, 2001b).

Mecanismos alternativos ao modelo manicomial foram introduzidos a partir da portaria ministerial 224/92, tais como novos procedimentos a serem cobertos na Tabela do SIH/SUS, internação psiquiátrica em hospitais gerais, oficinas terapêuticas, atendimentos domiciliares, núcleos de atenção psicossocial, centro de atenção psicossocial e mais recentemente, em 2000, os serviços residenciais terapêuticos, que pressupuseram a possibilidade de uma diversificação na alocação dos recursos anteriormente destinados aos hospitais psiquiátricos públicos ou conveniados (Desviat, 1999). Embora a crise econômica representasse uma limitação aos investimentos para implantação dos novos dispositivos de saúde mental, não se pode esquecer que o gasto com a assistência psiquiátrica já existia, e caracterizava estes serviços como de alto custo, dispendiosos e lucrativos. O que se pretendia, no entanto, era a realocação dos recursos destinados aos hospitais para os novos serviços

comunitários.

Outra questão debatida neste encontro foi relativa aos problemas de implementação destes novos dispositivos de saúde mental, referindo-se à qualidade dos serviços. Percebeu-se que o fato de ser um serviço extra-hospitalar não garantia sua natureza não manicomial, pois se corria o risco de reproduzir os mesmos mecanismos ou características da psiquiatria tradicional. Ou seja, a lógica manicomial de segregação e ineficácia do tratamento não é destruída automaticamente junto à demolição da estrutura física hospitalar. A transformação dessa lógica carece de um investimento ético, teórico, profissional, político, cultural, social, enfim, mudanças de conceitos e práticas que ainda hoje sustentam a exclusão social dos doentes mentais.

Os anos posteriores à II CNSM se caracterizaram por avanços regionais no processo de mudanças jurídico e prático na assistência psiquiátrica. Após este período, em oito estados brasileiros - RS, PE, ES, CE, RN, MG, PR - Leis Estaduais, inspiradas no Projeto de Lei Federal 3.657/89 de autoria do Deputado Paulo Delgado, entraram em vigor e interviram na questão da qualidade e na natureza do atendimento prestado ao cidadão mentalmente enfermo, ou seja, imprimiram no modelo assistencial uma mudança pronunciada e radical de direcionamento (Brasil, Ministério da Saúde, 2002a). Embora havendo o pressuposto comum da substituição progressiva do *Hospital Psiquiátrico* por dispositivos ou serviços extra-hospitalares, a própria formulação das Leis demonstrava processos em estágios distintos de transformação da assistência psiquiátrica entre os Estados. O que demonstra que o processo de reforma psiquiátrica nunca se deu de forma homogênea no país. Determinadas regiões tinham condições mais favoráveis para investimento nessa nova política.

Esta situação não é uma particularidade da política de saúde mental e pode ser entendida pela perspectiva atual do processo político e administrativo de descentralização. De acordo com Souza (2000), a redemocratização, a descentralização e as novas *Constituições* mudaram o papel desempenhado pelos entes federativos. Assim, estados e municípios passaram a ser dotados de autonomia política e fiscal, e assumiram atribuições para a gestão de políticas públicas. Essas mudanças, no entanto, foram acompanhadas de uma nova agenda econômica voltada para o controle fiscal, criando contradições e tensões para o cumprimento dos compromissos assumidos com a redemocratização. As expressivas desigualdades estruturais de natureza econômica, social, política, de capacidade administrativa de seus governos e ainda, de cultura cívica local, caracterizam-se como peso determinante para a descentralização (Arretche, 2000).

Segundo Draibe (1990), nem sempre descentralizar, municipalizar ou “localizar”

significa imediatamente democratizar os serviços. Os processos descentralizados podem, ao contrário, abrir espaço a outras formas de arbitrariedade ou de comportamentos políticos autoritários. Também é sabido que a descentralização de responsabilidades e encargos, sem os correspondentes recursos, pode ser, tão somente, mais uma forma arbitrária de reduzir o gasto social, principalmente quando, como no Brasil, a base federativa – os municípios - é muito heterogênea no que diz respeito a recursos financeiros, humanos, técnicos etc.

No entanto, o processo de democratização e de descentralização político e territorial constituiu, a partir da *Constituição* de 1988, os princípios fundamentais tanto do *Sistema Federativo* quanto das diretrizes que norteiam a reorganização do sistema de saúde no Brasil (Nascimento, 2001).

Sob esta referência política surgem experiências municipais de implementação de novos modelos de atenção à saúde mental comprometidos com as diretrizes da reforma, oferecendo novas modalidades assistenciais através dos CAPS, NAPS, CERSAM's, *Residências Terapêuticas*, *Centros de Convivências*, *Hospital-Dia*, inclusão da Saúde Mental na atenção básica e no *Programa de Saúde da Família* - PSF, projetos de inserção no trabalho e cooperativas etc.

Neste momento, o investimento do governo para a implementação do modelo de reforma ainda era pequeno, e a criação de serviços substitutivos nos municípios permanecia na dependência da política local.

Geralmente, os problemas mais comuns que limitam avanços na assistência substitutiva de saúde mental constituem-se por falta de prioridade política em relação ao projeto de reforma psiquiátrica, falta de investimento financeiro, carência de recursos humanos e materiais, transporte insuficiente para os usuários chegarem ao serviço, além da precarização da área física de funcionamento. Este conjunto de dificuldades vem comprometer diretamente a qualidade dos serviços prestados aos usuários da saúde mental nas cidades que vêm implementando tais serviços. Todas estas limitações incitam questionamentos quanto à viabilidade do projeto de reforma psiquiátrica nestas condições precárias de funcionamento.

2.1.4 – Dados que revelam o sentido do processo de transição do modelo de assistência à saúde mental no Brasil

Em Outubro de 2001 ocorreu a *III Conferência Nacional de Saúde Mental*, com o tema “Reorientação do Modelo Assistencial” - vinculado ao tema proposto pela *Organização Mundial de Saúde*, “Cuidar sim, excluir não” – na qual foram privilegiados os debates sobre o financiamento das ações da Saúde Mental, a fiscalização e a supervisão do parque hospitalar e demais equipamentos assistenciais, o ritmo de implantação dos novos serviços extra-hospitalares e a criação de novas estruturas de suporte à desinstitucionalização, acessibilidade e direitos, cidadania, controle social e recursos humanos (Brasil, Ministério da Saúde, 2002a).

Desde a última *Conferência*, em 2001, novos avanços foram obtidos no processo de reforma psiquiátrica. Entre eles a aprovação da Lei Federal 10216⁴, depois de mais de dez anos de tramitação no *Congresso*.

Entretanto, dados sobre a situação atual da assistência à Saúde Mental demonstram que são muitas as dificuldades de afirmação desse novo modelo no campo da saúde.

Dentre os avanços, temos importantes portarias ministeriais que regulamentaram medidas de suporte ao tratamento e financiamento, transferindo maior legitimidade aos serviços substitutivos, bem como o redirecionamento do movimento de reforma psiquiátrica.

Assim temos a Portaria Ministerial 336/02, que priorizou o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo, definindo os CAPS I, II e III, o Centro Psicossocial de Álcool e Drogas - CAPSad e o Centro Psicossocial Infantil - CAPSi por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional (Brasil, Ministério da Saúde, 2002a). Ou seja, esta portaria aumenta a viabilidade do atendimento aos portadores de sofrimento mental ser prescindido dos hospitais psiquiátricos e substituído por serviços comunitários, mesmo no caso de uma situação emergencial.

Em relação ao financiamento dos serviços substitutivos, a partir da Portaria Ministerial 189/02 houve uma importante modificação nas formas de pagamento, que eram exclusivamente feitas através de procedimentos Sistema de Informação Ambulatoriais - SIA do SUS, e a partir de então passa a ser o financiamento por atendimento (*Atendimento de Alta*

⁴ A promulgação da Lei Federal e a aprovação de Leis sobre a atenção à saúde mental em diversos Estados e Municípios do Brasil, as quais tiveram como matriz o projeto de Lei do deputado Paulo Delgado, constitui a maior exposição das modificações na estrutura jurídica-política da Reforma Psiquiátrica. A Lei 10.216 reafirma o processo em curso da reforma psiquiátrica e amplia novos desafios para os gestores públicos de saúde e a sociedade de um modo geral.

Complexidade - APAC's) e Autorização de Internação Hospitalar - AIH.

O custeio da Saúde Mental, que até então era transferido ao *Fundo Municipal de Saúde* indistintivamente, passa a ser direcionado ao *Fundo* como exclusivo da Saúde Mental, além de ser um recurso extra-teto. Em relação ao financiamento, pretende-se aumentar a participação do Ministério da Saúde nos custos de manutenção de serviços substitutivos, chegando a assumir até 70% dos mesmos, ficando o restante para os municípios. Esperava-se que com esta Portaria ampliar-se-iam as condições de implantação de novos serviços, e conseqüentemente, fortalecer-se-ia a direção do modelo substitutivo. No entanto, sabe-se que são poucas as Prefeituras que já contam com o repasse de verba do *Ministério da Saúde*, em função de diversos problemas, tais como as questões burocráticas envolvidas no recadastramento dos serviços substitutivos pelo *Ministério da Saúde*, bem como dificuldades apresentadas pelos serviços substitutivos na computação de dados relativos ao seu funcionamento mensal para aprovação do repasse da verba, e ainda a inadequação dos formulários do *Ministério* em relação à especificidade de funcionamento de determinados projetos de serviços substitutivos. Ainda tem-se que, do ponto de vista administrativo de políticas sociais, os recursos para serviços menores e descentralizados são mais facilmente desviados do que aqueles centrados em grandes instituições asilares (Vasconcellos, 1992). Isto porque não existe um controle ou fiscalização eficientes que garantam a contrapartida do repasse municipal para a implementação da rede de serviços substitutivos, bem como a manutenção dos serviços já existentes.

Já em relação à fiscalização e supervisão do parque hospitalar previsto em lei, foi criado em 1998 o *Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares - PNASH*, e até julho de 2002, 219 hospitais psiquiátricos haviam sido vistoriados. A partir das vistorias realizadas pelo programa de fiscalização dos hospitais psiquiátricos, é constatada ainda a freqüente violação dos direitos humanos dos internados. (Brasil, Ministério da Saúde, 2002b) No entanto, o programa de fiscalização durante um período foi interrompido em suas intervenções por ter sido impedido pela FBH.

A fiscalização em hospitais psiquiátricos pressionou para que ocorressem mudanças significativas na qualidade de tratamento de seus pacientes. No entanto, mesmo com tratamentos hospitalares mais dignos em alguns manicômios, a meta da reforma permanece sendo a da desinstitucionalização, ou seja, a substituição gradativa dos manicômios pelos dispositivos territoriais.

Dentre todas estas dificuldades levantadas, um dos principais motivos que gera fragilidade das redes substitutivas de saúde mental encontra-se justamente na questão

orçamentária da utilização de novas rubricas (nova cultura dos gastos). Um dos maiores problemas enfrentados para o cadastramento destes serviços substitutivos tem sido a inexistência de recursos financeiros para a saúde mental. Desta forma, embora haja estes mecanismos de custeio garantidos em lei, ainda se presencia o hospital psiquiátrico como prioridade das políticas públicas de saúde, com a própria distribuição de recursos retratando esta situação. O risco que se corre é de que no atual contexto de crise do Estado e dos serviços públicos, o movimento antimanicomial seja apropriado por políticas privatistas e negligenciadoras da assistência, o que particularmente vem acontecendo nos EUA e Inglaterra (Vasconcellos, 1992).

Dados recentes sobre financiamento, número de hospitais psiquiátricos em funcionamento no país, número de serviços substitutivos implantados, dentre outros, poderão facilitar a visualização da situação em que se encontra o processo de transição da assistência à saúde mental no Brasil.

TABELA 1

Número dos Hospitais Psiquiátricos, Leitos, Internações e Gastos Totais, Brasil, 1990/2001

Ano	Nº de Hospitais	Nº de leitos	Nº de internações	Gastos em R\$	Nº médio de leitos/hospital
1990	313	86.000	501.660	...	274,7
2001	252	56.755	394.884	464 milhões	225

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde, 2002b; elaboração da autora

De acordo com a TAB. 1, no período 1990/2001 ocorreu uma mudança significativa na situação dos hospitais psiquiátricos, representada pela redução de 61 hospitais em todo país, bem como um decréscimo de 106 mil internações, associado à extinção de aproximadamente 30 mil leitos psiquiátricos. Em relação ao número de leitos, em 1991 o país contava com 86 mil leitos distribuídos em 313 hospitais psiquiátricos; já em 2001 o número de leitos caiu para 56.755, em um total de 252 hospitais em todo o Brasil. Somente na região Sudeste encontram-se 136 hospitais psiquiátricos em funcionamento (Brasil, Ministério da Saúde, 2002b). Apesar destes avanços, dados do Ministério da Saúde demonstram a existência de 252 hospitais psiquiátricos no país que disponibilizam para a assistência 56.755 leitos. Não há como negar que estes dados apontam para uma modificação estrutural na assistência psiquiátrica, lembrando também que a direção do movimento de desinstitucionalização é no sentido da substituição gradativa dos dispositivos hospitalares pelos serviços substitutivos territoriais. Aparentemente esta é a tendência do processo atual.

Pela TAB. 2, o que nos chama atenção é que o investimento dirigido aos hospitais continua crescendo. E quanto aos serviços substitutivos - CAPS, NAPS, CERSAM'S, Ambulatórios, hospitais gerais e hospitais-dia - os números ainda demonstram um tímido movimento de ampliação. Vemos também que a relação de gastos entre Hospitais Psiquiátricos e os Serviços Substitutivos tendem a decrescer.

TABELA 2

Evolução dos Gastos (em R\$) com Internação Psiquiátrica e com Atenção Substitutiva, Brasil, 1997-2002

Anos	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Gastos em Unidades de Tratamento (R\$)						
(1) Gastos em Internação em Leitos Psiquiátricos - Tratamento convencional: Pré Reforma	365.641.745	407.182.059	445.496.036	449.083.453	463.393.898	594.000.000
(2) Gastos em Atenção Substitutiva Total ⁵	35.948.794	45.561.432	51.584.501	60.964.673	69.189.723	119.000.000
Resultados iniciais da Reforma Psiquiátrica 2=2 a +2 b +2 c						
(2 a) Gastos com Leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais-	14.025.551	14.876.327	16.310.586	14.240.636	15.966.312	...
(2 b) Gastos com Hospitais- Dia	5.413.056	8.791.256	10.479.694	10.839.946	12.974.241	...
(2 c) Gastos em NAPS/CAPS/CERSAM	16.510.187	21.893.849	24.794.221	35.884.091	40.249.170	119.000.000
Gastos %(1/2)	91%	89,94%	89,62%	88,05%	87,01%	80%

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde, 2002b- Elaboração da autora.

Em referência à TAB. 2, no período de 1997 a 2002 o gasto com internação psiquiátrica no Brasil aumentou de aproximadamente R\$ 365 milhões para R\$ 594 milhões. Este aumento foi associado à redução - já citada acima - do número de hospitais, de leitos e, conseqüentemente, de internações. Em relação aos Investimentos com os *Serviços Substitutivos* - leito em hospital geral, hospital-dia e NAPS/CAPS - nota-se que neste mesmo período houve um aumento dos gastos destinados a todos os três dispositivos, ficando em

⁵ As *Unidades de Atenção Substitutiva* citadas na TAB. 2 correspondem aos NAPS/CAPS, aos leitos em *Hospitais Gerais* e aos *Hospitais-Dia*.

maior evidência os números relativos aos hospitais-dia, que aumentaram de aproximadamente R\$ 5milhões/ano para R\$12 milhões/ano. Os NAPS/CAPS, que em 1997 tinham um investimento de R\$16 milhões/ano, chegaram em 2002 a R\$119 milhões de investimento anual. Neste momento, a ênfase da política nacional de reforma psiquiátrica está sendo na abertura de serviços tipo CAPS/CERSAM. Isto pode ser verificado no próprio aumento da verba destinada aos mesmos. No entanto, quando se compara o total de gastos com os serviços de saúde mental, no mesmo período de 1997/2002 - nele incluídos os dispositivos hospitalares tradicionais e os serviços substitutivos - o gasto com hospitais psiquiátricos, que era de 91,05% do total em 1997, ainda totalizavam, em 2002, 80% do total de gastos com a assistência à saúde mental, que são de R\$594 milhões/ano (Brasil, Ministério da Saúde, 2002b).

TABELA 3

A via de mão-dupla da Reforma Psiquiátrica: declínio dos leitos psiquiátricos e ampliação dos serviços diurnos de atenção substitutiva (CAPS), 1996-2002

Anos	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Nº de Leitos em Hospitais Psiquiátricos	72.514	71.041	70.323	66.368	60.868	56.755	54.946
Nº de Caps	154	176	231	237	253	295	382

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde/ DATASUS/área técnica de saúde mental/ASTEC/SAS/MS-2002

De acordo com a TAB.3, percebe-se um aumento significativo do número de serviços substitutivos, no período de 1997 a 2002, quando cresceram de 154 para 382. Para o ano de 2002, estimou-se alcançar o número de 398 CAPS a partir da implementação do *Plano de Expansão*. No entanto, até o final de 2002 encontrava-se um total de 338 serviços em funcionamento no país. Estima-se que o número de pacientes atualmente referenciados nos CAPS varia entre 500 a 1000 pacientes (Brasil, Ministério da Saúde, 2002b). No entanto, este número não é considerado padrão para os serviços substitutivos existentes, mesmo porque não existe uma avaliação nem mesmo um levantamento de dados sobre a capacidade de atendimento dos CAPS nos estados brasileiros.

Pode-se constatar, em todas experiências, que a saída dos pacientes dos hospitais psiquiátricos não foi acompanhada por uma equivalente transferência de verbas para a implantação dos serviços substitutivos. E mais, apesar da redução de leitos, os orçamentos dos

hospitais continuam crescendo (Desviat, 1999).

Em relação à criação de novas estruturas de suporte à desinstitucionalização na abordagem da *Reabilitação Psicossocial*, como os *Centros de Convivência*, *Cooperativas de Trabalho*, *Residências Terapêuticas*, *Bolsas de Desospitalização* etc, pouco avanço tem sido constatado. Atualmente há uma prioridade do *Ministério da Saúde* na expansão da assistência, com a criação de *Ambulatórios*, *CERSAM's*, *Leitos em Hospitais Gerais* e pouco investimento nos dispositivos de reabilitação em saúde mental. Em nível legal, há uma menção sobre a importância dos mesmos no modelo da reforma psiquiátrica, embora não haja mecanismos próprios de financiamento dos *Centros de Convivência*, dos *Programas de Geração de Renda* etc.

Segundo Vasconcellos (1992), é necessário prevenir-se contra a possibilidade de uma desospitalização sem a provisão adequada dos serviços substitutivos. A transição de um serviço psiquiátrico baseado no hospital para a comunidade não se dá simplesmente pelo fechamento dos *Hospitais Psiquiátricos*. Estruturas alternativas devem ser oferecidas e o processo requer tempo para planificação e implementação.

No caso do Brasil, em geral a criação de novas estruturas de suporte à desinstitucionalização na abordagem da *Reabilitação Psicossocial* - como os *Centros de Convivência*, as *Cooperativas de Trabalho*, as *Residências Terapêuticas*, as *Bolsas Desospitalização* etc. - tem tido pouco avanço. Isto demonstra o risco de uma reforma psiquiátrica pautada na desassistência.

A Portaria Ministerial 106/00⁶, que institui a criação dos serviços de residências terapêuticas em Saúde mental como modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada, abre possibilidade de moradia para usuários da saúde mental que se encontram em situação de abandono, devido à longa permanência em hospital psiquiátrico ou à dificuldade de convivência no meio familiar. Embora o projeto de residência terapêutica seja fundamental para que ocorra uma substituição dos manicômios pelos serviços territoriais, sem gerar a desassistência dos usuários, na prática a cobertura deste dispositivo ainda é muito limitada, e a implantação de moradias acompanha a heterogeneidade regional das demais ações em direção ao modelo substitutivo. Até o ano de 2001 apenas quatro estados disponibilizavam estes *Serviços Residenciais Terapêuticos*, sendo eles MG, RS, SE e SP. Em

⁶ A Portaria Ministerial Nº 106/2000 afirma que a cada transferência de paciente do hospital psiquiátrico para o serviço de residência terapêutica, deve-se reduzir ou descredenciar, no SUS, igual número de leitos naquele hospital, realocando o recurso da AIH correspondente para os tetos orçamentários do estado ou município que se responsabilizará pela assistência ao paciente e pela rede substitutiva de cuidados em saúde mental.

2001 o gasto com este dispositivo foi de apenas R\$ 267.053,00 (Brasil, Ministério da Saúde, 2000). Também se encontra em alguns estados um número grande de pacientes ocupando uma mesma moradia, e ainda uma ausência de acompanhamento mais sistematizado realizado pelos serviços substitutivos no sentido de dar um suporte a estas pessoas que passaram anos isoladas em manicômios. Este fato é preocupante por ampliar numericamente os dados da desinstitucionalização dissociado de uma assistência adequada para os pacientes egressos de hospitais psiquiátricos.

Além da moradia terapêutica como mais um equipamento da desinstitucionalização, a questão do trabalho para as PPSM também ganha um respaldo legal para sua efetivação.

A Lei nº 9.867/1999 do *Ministério da Saúde* representou um avanço no campo jurídico em relação à garantia de direitos sociais aos doentes mentais. A Lei visa a integração social dos cidadãos através do trabalho cooperado. As cooperativas sociais são constituídas com a finalidade de inserir as pessoas em desvantagens no mercado econômico, por meio do trabalho, e fundamentam-se no interesse geral da comunidade em promover a pessoa humana e a integração social dos cidadãos. No entanto, na prática são muitas as dificuldades de formação de cooperativas para usuários da saúde mental, dentre elas a falta de regulamentação da lei e, conseqüentemente, de efetivação da mesma. O que se encontra em relação à questão do trabalho são pequenos grupos de produção, que geralmente surgem a partir das oficinas ofertadas pelos *Centros de Convivência*, com pouca estrutura humana, física e financeira para seu funcionamento.

Esta situação demonstra que o processo da *Reforma Psiquiátrica* ainda carece de ter prioridade nas instalações de novos serviços na rede do SUS.

Sabe-se que camadas significativas da população não têm acesso à atenção psiquiátrica e saúde mental no contexto do SUS. Há presença de situações de abandono e isolamento dos doentes no próprio contexto familiar (Brasil, Ministério da Saúde, 2001a).

A maior parte dos movimentos de reforma psiquiátrica geralmente tem enfatizado o papel do controle social do manicômio e subestimado o seu papel de maximizar o “tempo produtivo” das famílias pela redução do seu “tempo de cuidar”, por uma implícita visão de que a família constitui o *locus* único dos cuidados básicos do familiar com sofrimento mental (Vasconcellos, 1992). Ainda segundo o autor, a família que aparece no discurso da desinstitucionalização é muito mais idealizada que real, e apresenta-se como a solução para o problema que não mais deve ser assumido pela instituição. O processo de desinstitucionalização pode significar a ressocialização e a devolução da loucura à sociedade, mas principalmente no contexto dos países subdesenvolvidos não se deve ingenuamente

induzir a uma reprivatização compulsória da loucura na família ou simplesmente a um processo de negligência social, em caso de sua ausência.

Embora a implantação de serviços substitutivos seja crescente, caracterizando um dado significativo no processo de reforma, é absolutamente insuficiente do ponto de vista quantitativo e da necessidade da demanda. E por último, de acordo com os dados, recursos são alocados majoritariamente na assistência hospitalar (Brasil, Ministério da Saúde, 2001a).

Como exemplo da dificuldade de implantação desta nova assistência psiquiátrica temos a desinstitucionalização americana. Nos últimos 40 anos, nos EUA foram colocados em atendimentos externos cerca de meio milhão de pacientes (em 1955, havia 558 mil pacientes em manicômios; em 1991 eles eram 110 mil). Havia uma demanda de 2000 serviços e apenas 600 foram implantados. Isto gerou um abandono de pacientes devido à carência de serviços psiquiátricos, e à falta de resposta dos serviços à nova cronicidade que ultrapassava as consultas ambulatoriais.

Tais características, desarticuladas do sistema sanitário e de assistência social, demonstraram a falta de universalização dos serviços e a baixa cobertura aos cidadãos. São grandes os riscos para a efetividade da implantação de um modelo substitutivo ao modelo manicomial. Embora a política de saúde brasileira esteja legalmente orientada para uma universalização da assistência, na prática temos um sistema público seletivo e frágil, que atende precariamente uma parte da população que não tem como pagar por uma assistência privada de qualidade. Os avanços e limites enfrentados pelo SUS afetam diretamente o processo de reforma psiquiátrica no país, e geralmente de uma forma desigual de região para região.

Uma situação comum que os municípios que estão implantando serviços substitutivos estão vivenciando diz respeito à ausência de uma rede de assistência que suporte a demanda de tratamento psiquiátrico, ou seja, raramente um município consegue implantar uma rede que contenha os dispositivos necessários para assistir as pessoas com transtornos mentais.

Uma outra consequência disto está no fato de tornar-se comum a coexistência dos serviços substitutivos com o dispositivo hospitalar. O hospital psiquiátrico permanece como suporte para atender a demanda existente, que é bem maior que a capacidade de assistência aos doentes apresentada pelos serviços substitutivos. Essa situação busca ilustrar como o processo de reforma psiquiátrica encontra-se numa fase de transição, em que ainda não há uma predominância do modelo substitutivo na assistência. Ao contrário disto, nota-se a necessidade do hospital na assistência, fortalecendo a resistência ao novo modelo de assistência. Os hospitais buscam unir suas forças junto aos familiares dos pacientes, impondo

grandes limites ao avanço desta nova política de saúde mental.

Diante disto, os novos dispositivos de atenção à saúde mental implantados no contexto da reforma psiquiátrica buscam embasar-se no conceito de *Reabilitação Psicossocial*, e é na prática que podem ser percebidas as múltiplas versões denominadas por reabilitação. Em alguns casos, existe uma rede diversificada de lares residenciais, centros de reabilitação e trabalho protegido, em colaboração com associações civis formadas por familiares, usuários e voluntários sociais. De uma forma desigual, por países e até por regiões, vai-se estabelecendo uma multiplicidade de serviços e instituições, a partir do governo ou entidades civis, que procuram desenvolver programas de reabilitação, oferecendo estruturas de transição e acomodações mais ou menos protegidas.

Dentre estes programas será dado destaque aos *Programas de Geração de Renda* para usuários da saúde mental, desenvolvidos em nível local, que trazem em suas práticas especificidades e características próprias que provavelmente estarão relacionadas aos modelos de reabilitação que os embasam.

No Brasil, embora o movimento de reforma psiquiátrica reconheça a importância dos dispositivos voltados à reabilitação psicossocial na construção de uma nova forma de atenção à saúde mental, os esforços políticos e financeiros ainda estão centrados na estruturação e ampliação da assistência territorializada, entendida por atendimentos primários, basicamente farmacológicos e psicoterápicos, que ainda se encontram bastantes incipientes diante da demanda de tratamento psiquiátrico. Em relação aos demais dispositivos para ampliação da rede social, embasados na reabilitação psicossocial, embora sejam avaliados como um diferencial nessa nova forma de assistência, poucos destes encontram-se regulamentados na legislação da saúde mental e integrados na tabela do SUS, mesmo porque permanece uma dúvida quanto ao órgão de gestão dos mesmos.

2.1.5 – As pouco freqüentes implementações de inserção das PPSM's no trabalho hoje no Brasil e no Exterior

Considerando que o trabalho é hoje uma questão estratégica para a reformulação da assistência à saúde mental, tanto nos países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento, algumas propostas e experiências estão sendo implantadas com este objetivo, embora ainda de maneira incipiente.

Nos países como EUA, Canadá e Inglaterra existe uma forte tendência em promover a

inserção das pessoas com distúrbio mental via mercado formal e competitivo. Desta forma a função pública seria apenas facilitar a colocação destes grupos no mercado através da qualificação.

Na Itália, no entanto, as experiências de trabalho para este grupo de pessoas apresentam um enfoque distinto, primeiro considerarem a inserção no trabalho como um dispositivo de reabilitação na saúde mental e segundo por apostarem no trabalho cooperado como uma possibilidade de participação deste grupo no mercado de trabalho. No caso do Brasil, devido a sua identificação com o modelo italiano, muitas das iniciativas existentes vislumbram a constituição de cooperativas, embora poucas tenham conseguido estabelecer-se como tais. Atualmente encontram-se pequenos *Grupos de Produção*, inseridos nos próprios serviços de saúde mental, porém sem um respaldo formal e legítimo da política de saúde mental em relação à proposta de inserção dos usuários no trabalho. Porém existem propostas mais avançadas, que mesclam ambas as iniciativas: mercado formal e trabalho solidário, em parceria com setores públicos e ONG's.

Em relação às experiências americana e inglesa, sabe-se que nos EUA 75 a 85% das pessoas portadoras de sofrimento mental estão em situação de desemprego. Na Inglaterra, este número se reduz um pouco, mas o nível de desemprego ainda se encontra bastante elevado, entre 61 a 73% (Crowther et al., 2001).

Esta taxa se manteve estática por muitos anos e, o que é interessante, a mesma representa o dobro da taxa para pessoas com graves incapacidades físicas (Stein e Santos, 1998), apesar de a pesquisa mostrar que 30-40% das pessoas com graves problemas de doença mental são capazes de trabalhar (Ekdawi e Conning apud Evans e Repper, 2000).

No Reino Unido e em todos os demais países, pessoas com problemas de doença mental têm muito menos oportunidades de trabalho do que a população em geral, principalmente devido às percepções e preconceitos sobre suas habilidades e necessidades: elas não são inseridas na população economicamente ativa e, principalmente em tempos de muito desemprego, elas não são considerados aptas para o trabalho (Evans e Repper, 2000).

Em revisão às iniciativas de emprego com auxílio ou acompanhamento nos EUA, Bond et al (1997) apud Evans e Repper, (2000) descobriram que, em média, 58% dos usuários que participaram destas iniciativas alcançaram emprego competitivo, comparados com apenas 21% dos usuários que receberam serviços vocacionais tradicionais ou profissionalizantes. Foi constatado também que os usuários que tiveram auxílio no emprego também tenderam a ter maiores ganhos no trabalho quando comparados com os que receberam serviços vocacionais,

e não houve evidência que o emprego com auxílio levou a maiores níveis de estresse nem ao aumento de hospitalização (Rogers, 1998).

Nos EUA hoje existem aproximadamente 3000 serviços de reabilitação psiquiátrica, oferecendo várias formas de treinamento profissional, e 36.000 PPSM inseridas nos projetos de emprego apoiados. Já na Inglaterra o programa mais comum é o treinamento profissional, já existindo, no entanto em menor quantidade, 80 agências que trabalham com emprego apoiado (Crower, 2001).

A suposição de que o trabalho remunerado vai melhorar as finanças de pessoas com graves problemas de saúde mental, e de suas famílias, não deve ser levada como algo certo. Muitos usuários optam pelo meio tempo de trabalho e a maioria dos trabalhos que eles conseguem no mercado de trabalho tende a ter um baixo rendimento. Existe um risco concreto de que usuários empregados podem se encontrar em piores condições financeiras do que aqueles sem emprego mas subsidiados pelo Estado. Esta situação é considerada como uma barreira que freqüentemente desencoraja as PPSM a buscar emprego no meio competitivo, principalmente devido ao medo de perder seus benefícios pela incapacidade (Rogers, 1998). Esta situação não é considerada comum no caso do Brasil, mesmo porque o número de PPSM que recebem benefício é insignificante, ou seja, o único caminho de conseguir uma renda seria pelo viés do trabalho, lembrando que o modelo de estado social brasileiro sempre continua sendo centrado no trabalho (Saposati, 1997).

Ainda de acordo com estudos americanos, a dificuldade de inserir as PPSM que têm o ensino médio ou superior é ainda maior, porque as únicas oportunidades de trabalho oferecidas para este público é “colar selos em envelopes e limpar o chão” (Rogers, 1998: 06). Pode-se dizer que a maioria das possibilidades de trabalho ofertadas para as PPSM é ligada às atividades mais simples, de caráter artesanal e manual. Isto pode estar associado à própria característica destas atividades, que permite maior criatividade, originalidade e flexibilidade de tempo e ritmo no processo de trabalho, o que pode facilitar o envolvimento da PPSM por respeitar particularidades que este público apresenta em função do próprio processo de adoecimento.

De acordo com Noble (1998), o processo tradicional americano de reabilitação vocacional é extremamente ineficiente, com métodos antiquados e um tempo de orientação aos participantes que é inadequado às necessidades contínuas de pessoas com doenças mentais graves. E, ainda segundo o autor, o acúmulo de programas fracassados de inserção das PPSM no trabalho com freqüência tem levado a uma pressão para uma reforma legislativa.

Em relação à Itália, no ano de 1985 já existiam, em Trieste, nove cooperativas de trabalho, onde se agrupavam bolsistas, sócios-trabalhadores provenientes dos serviços de saúde mental e jovens da cidade que buscavam um espaço de maior autonomia no trabalho.

Em 1991, a partir da Lei Italiana nº 381, as cooperativas sociais passaram a ser consideradas de interesse geral da comunidade, visando à promoção humana e à integração social dos cidadãos, além de constituírem recursos operativos do departamento de saúde mental, sendo que 30% dos seus trabalhadores eram pessoas com alguma desvantagem física, psíquica ou sensorial, ou ainda toxicodependentes e alcoolistas.

Neste sentido, as cooperativas são consideradas lugar de trabalho, mas também de formação profissional, de construção de identidade, de capacidade de relacionamento e de expressão, de responsabilidade.

Em 1996 foi criado em Trieste o programa de formação e inserção profissional - *Ufficio per la formazione e l'inserimento lavorativo* - promovido pelo *Departamento de Saúde Mental*, que buscava a preparação dos usuários a partir de estágios nas cooperativas sociais, conveniadas e não conveniadas com o *Departamento de Saúde Mental*, bem como junto às empresas de pequeno ou médio porte. No período de preparação, que poderia durar de um a três anos, os usuários recebem uma bolsa de trabalho e são acompanhados pelos técnicos de referência do serviço de saúde mental. No período de 1996 a 1998 houve 278 bolsistas realizando estágios em associações, empresas e cooperativas sociais. No ano de 98, dos noventa e quatro usuários que estiveram trabalhando como bolsistas vinte tornaram-se trabalhadores-sócios das cooperativas (Giudice, 1998).

Embora os dados americanos demonstrem um número bastante significativo em relação à qualificação das PPSM, bem como em relação à quantidade de agências de empregos apoiados - ambas as iniciativas direcionadas ao mercado formal - vimos que as mesmas enfrentam sérios problemas relacionados à qualidade dos programas de qualificação, bem como à precariedade dos trabalhos ofertados a este público, e ainda à dificuldade de manutenção das PPSM no mercado, ou seja, após finalizar o treinamento nas empresas os usuários geralmente retornam aos serviços de saúde mental.

Já nos programas italianos, embora hajam números reduzidos em relação à participação das PPSM no trabalho cooperado, parece haver uma maior qualidade nas relações de trabalho, apesar de o trabalho das cooperativas também ser ligado às atividades mais simples como o trabalho manual, artesanal e artístico. Os profissionais italianos ligados à saúde mental acreditam que o trabalho cooperado oferece condições favoráveis para a realização de um trabalho mais humano, com mais sentido para o homem, onde a renda deixa

de ser o objetivo final desta relação. Também esta relação de trabalho cooperado apresenta maior tolerância às peculiaridades das PPSM se comparado com o mercado formal competitivo, que impõe uma exigência e padronização de rendimentos aos trabalhadores que o tornam altamente seletivo.

De acordo com Barros (1994), as cooperativas constituem uma possibilidade de enfrentamento do mito da incapacidade laborativa dos ex-internos, buscando promover um espaço de produção que, além da viabilidade de ganho real, permite maior diversidade entre os trabalhadores, com diferentes ritmos e formas de produção. A cooperativa tem a finalidade de formação e trabalho, além de ser instrumento para um processo de participação social.

Considera-se que a formação de cooperativas sociais rompe com a prática de trabalho utilizada até então nos manicômios, esvaziada de significação em sua relação com a loucura, para criar condições de trabalho que realmente pudessem favorecer a entrada dessas pessoas no circuito social, com acesso aos bens materiais e humanos.

A partir do desenvolvimento das cooperativas sociais na Itália formulou-se um conceito de *Empresa Social* como prática que rompe com a separação entre o mundo da produção e o mundo que valoriza as pessoas, mobilizando a energia e a força residual e determinando a passagem de um mundo da assistência social ineficaz para o da empresa social. Neste caso, o serviço público apresenta-se como parte relevante da *Empresa Social* (Silva, 1996).

Embora o modelo italiano de cooperativa social – de certa forma respaldado pela Lei Brasileira 9867/99 que dispõe sobre a criação de *Cooperativas Sociais*, numa analogia às *Empresas Sociais* italianas - seja referência na constituição dos projetos brasileiros de cooperativas visando atender pessoas em desvantagem no mercado econômico - o que contemplaria as pessoas portadoras de sofrimento psíquico (Brasil, Ministério da Saúde, 2002a) – a ausência de regulamentação da referida Lei dificulta a viabilidade da constituição de cooperativas sociais no país. Talvez em função de tamanha dificuldade para a implementação de tal dispositivo, dentre as experiências brasileiras não existe um caminho único considerado mais viável, bem como um único executado, para o acesso desse grupo ao trabalho.

As propostas de inserção no trabalho apresentadas na *III Conferência Nacional de Saúde Mental*, realizada em 2001, sugerem pelo menos três caminhos para este objetivo, bem como evidenciam a carência de uma política de incentivo à inserção da PPSM no trabalho. Pode-se dizer que estas propostas giram basicamente em torno do mercado formal, do trabalho solidário e num formato de trabalho protegido, mais centralizado nos próprios

serviços de saúde mental.

Uma primeira alternativa para a participação das PPSM no trabalho refere-se ao trabalho formal. São várias as propostas que incentivam a inserção das PPSM no mercado formal, seja através de cursos de capacitação especializados para este grupo ou ainda por meio de convênios com instituições que realizam a qualificação profissional (SESI, SESC, SENAI, SENAC, FAT e Secretarias Estaduais e Municipais de Trabalho), seja via incentivo à criação de uma política de cotas e à participação da iniciativa privada para a oferta de vagas de trabalho.

Ainda com o foco no trabalho formal, tem-se como sugestão a inserção do PPSM no mercado de trabalho mediante programas de trabalho protegido pelos serviços de saúde mental, apostando numa possibilidade posterior de trabalho via mercado formal. Neste caso, as dificuldades aumentam - se comparadas às encontradas nos EUA - primeiro porque não existe uma política pública que vise à inserção das PPSM no mercado formal, o que torna esta iniciativa extremamente focalizada em alguns serviços de saúde mental em que, para sua implantação, dependa exclusivamente da boa vontade de empresários e “jogo de cintura” dos profissionais que buscam uma parceria com empresas na tentativa das mesmas abrir uma vaga de trabalho para estas pessoas. Em termos numéricos, em um serviço de saúde mental que implementou este modelo de inserção, apenas três pessoas conseguiram se inserir no mercado formal e, destes, dois se mantiveram numa relação formal de trabalho⁷. Um segundo caminho refere-se ao trabalho solidário ou cooperado. Neste sentido, encontram-se propostas que demandam criação de leis que facilitem a implantação de cooperativas e linhas de crédito, assim como apontam a necessidade de desenvolver ações articuladas com os setores do trabalho e ação social para favorecer um novo e alternativo processo econômico para o desenvolvimento produtivo e social desse grupo.

Outra demanda apresentada nas propostas é a necessidade de uma maior consideração em relação às ações que visam ao trabalho como parte do cuidado em saúde mental, incentivando os serviços substitutivos a desenvolver oficinas de produção sistemática, visando à profissionalização do trabalho com remuneração para os usuários (Brasil, Ministério da Saúde, 2002a). A questão do trabalho ainda não se apresenta como uma das prioridades dos serviços de saúde mental, e por ser tratada como de menor valia pela assistência, as iniciativas nesta direção tendem a ser bastante pontuais e de pequena extensão.

⁷ Informações obtidas a partir da entrevista realizada com a Coordenadora do Centro de Convivência Barreiro (2003).

É possível perceber que, no Brasil, os esforços em relação à questão do trabalho na saúde mental estão centrados na formulação e defesa de propostas que garantam a efetivação do direito ao trabalho às PPSM. No entanto, algumas experiências concretas já estão sendo desenvolvidas, apesar de serem resultados de ações isoladas, como as experiências de Santos, do Rio de Janeiro, de Campinas, de BH, e outras poucas.

Santos foi a cidade pioneira na realização da reforma psiquiátrica brasileira, e por isso também sai na frente em relação aos projetos de inserção das PPSM no trabalho. Desde 1989 estão sendo desenvolvidos vários projetos de trabalho para os usuários da saúde mental, todos mediados pelo serviço de saúde mental com apoio dos trabalhadores, e geralmente realizados em parceria com a Prefeitura de Santos, representada por diversas Secretarias. Como exemplo temos o *Projeto Terra*, em parceria do *Serviço de Saúde Mental* com a *Secretaria do Meio Ambiente*. O trabalho é realizado no *Horto Municipal*, onde os usuários são acompanhados pelos próprios trabalhadores do *Horto*, e remunerados por uma bolsa de trabalho pela prestação de serviços de jardinagem. Os usuários, através dos serviços de saúde mental, participam do projeto *Adote uma Praça*, em parceria com a *Prefeitura* e os empresários da cidade, que são responsáveis pela manutenção de praças públicas, e contratam os serviços dos usuários para realizar este trabalho (Nicácio e Kinker, 1997).

Ainda em Santos temos o *Projeto Lixo Limpo* - constituído em 1990 em parceria com as *Secretarias de Educação, de Ação Comunitária, de Higiene e Saúde e de Abastecimento* e com as *Cooperativas de profissionais em serviços de desenvolvimento técnico, econômico, cultural e sócio-ambiental* - PRODESAM – que, comprometido com a limpeza urbana, realiza reciclagem de lixo, fornecendo uma bolsa de um salário e ½ mês para os usuários da saúde mental. E o *Projeto “Fábrica de Blocos”*, iniciado em 1991, em parceria com a *Companhia de Habitação* - COHAB e a *Associação de Apoio às Frentes de Trabalho Alternativas* (Nogueira, 1997).

Além das parcerias com o setor público existem as frentes de trabalho que prestam serviços particulares, como a preparação de jardins e as vendas de produtos artesanais produzidos dentro do próprio serviço de saúde mental. Em geral existe uma preocupação constante em relação à capacitação dos usuários para atender às exigências do mercado e viabilizar os ganhos concretos. O desafio dos projetos de inserção no trabalho como espaços de produção de sentido é enfrentar o conflito sem anular os dois pólos de produção, a produção de trabalho e de saúde (Nicácio e Kinker, 1997).

No Rio de Janeiro, a questão do trabalho para as PPSM está sendo implementada sob duas vertentes. Uma primeira, que segue o modelo do trabalho cooperado, é a *Cooperativa da*

Praia Vermelha, que surgiu da parceria entre usuários, familiares e técnicos da saúde mental junto à equipe da *Incubadora Tecnológica de Cooperativas Populares* da *Coordenação dos Programas de Pós-graduação de Engenharia - COPPE/Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ*, que utiliza a castanha do Pará como matéria-prima dos seus produtos. Esta equipe oferece suporte técnico e treinamento de cooperativismo, organização e administração para o trabalho.

Uma segunda vertente de trabalho apresenta uma particularidade em se tratando do Órgão executor do projeto de inserção desse grupo: o mesmo pertence à *Secretaria do Estado do Trabalho - SETRAB*. Desde 2001, o projeto *Núcleo de Saúde Mental e Trabalho - NUSAM* vem sendo desenvolvido pela SETRAB em parceria com a *Secretaria de Estado de Saúde*, a *Secretaria Municipal de Saúde*, o *Instituto Franco Basaglia - IFB*, o *Instituto de Psiquiatria - IPUB/Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ*, a *Associação dos Parentes e Amigos dos Pacientes do Complexo Juliano Moreira - APACOJUM*, a *Associação dos Familiares, Usuários, Amigos e Funcionários do Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro - AFAUCEP*, a *Associação dos Usuários, Familiares e Amigos do CAPS Pedro Pellegrino - AUFACAPS* e a *Empresa Coco Verde RJ (SETRAB, 2001)*. Este projeto tem como prioridade o encaminhamento das PPSM ao mercado formal a partir de parcerias com empresas, bem como a capacitação profissional das PPSM.

A partir destes dois exemplos apresentados de inserção da PPSM no trabalho, vimos que, enquanto em Santos o modelo de inserção está centrado no trabalho cooperado apoiado pelo poder local, no Rio de Janeiro temos dois caminhos distintos sendo implementados para este mesmo fim. Por um lado, um modelo de trabalho cooperado, a partir da parceria com a universidade pública do estado e com a sociedade civil. Neste caso, a cooperativa não conta com um subsídio direto do poder público para seu funcionamento, como acontece em Santos. Por outro lado, temos a implantação de um modelo de trabalho realizado pelo poder público, como uma política de qualificação das PPSM para a inserção no trabalho formal.

A partir da identificação destes modelos de inserção das PPSM no trabalho desenvolvidos nas cidades de Santos e do Rio de Janeiro podemos cotejá-los com as literaturas anglo-saxã e italiana. No primeiro exemplo vimos que o modelo santista aproxima-se, em muito, do modelo Italiano, enquanto no Rio de Janeiro podemos perceber a coexistência de ambos os modelos, o italiano e o anglo-saxão. Penso que estes exemplos possam representar a forma com que os programas de inserção das PPSM estão sendo implementados no Brasil, ou seja, não existe um modelo único que caracterize os programas brasileiros de inserção das PPSM no trabalho. Embora estes ainda sejam bastante incipientes

na política de saúde mental brasileira, vemos uma distinção de experiências que variam basicamente entre os modelos italiano e anglo-saxão.

No próximo capítulo analisaremos duas cidades, Campinas e BH, nas quais também vêm sendo realizadas experiências de inserção das PPSM no trabalho e que se destacam pelos resultados obtidos - caso de Campinas, em que a questão do trabalho é incluída na política de saúde mental desde o início da reforma psiquiátrica – e, no caso de BH, pela insipiência nos arranjos institucionais relativos à inserção das PPSM no trabalho, que determina que a discussão seja lenta e as divergências entre as concepções adiem as soluções. Embora as ações sejam embrionárias, encontramos em BH algumas saídas interessantes - envolvendo sociedade civil, ONG's e órgãos públicos ligados ao desenvolvimento social - visando à inserção das PPSM no trabalho.

A escolha destas duas cidades, Campinas e BH, deu-se justamente em função da distinção de concepções e formas de implementação dos *Programas de Geração de Trabalho e Renda*. Enquanto em Campinas o programa de inserção no trabalho foi incluído na política de saúde mental como um dispositivo de assistência, em BH a questão do trabalho para as PPSM, por não ter um espaço legitimado dentro da política de saúde mental, passa a ser discutida e implementada com mais vigor pela associação entre a sociedade civil e ONG's.

Assim, iniciaremos o próximo capítulo apresentando a política de assistência à saúde mental de BH e Campinas - partindo do início da década de 90, período que marca a implementação do processo de reforma psiquiátrica nas duas cidades - buscando compreender como o projeto de geração de trabalho e renda se integra a cada uma das políticas locais de saúde, bem como quais os modelos adotados de inserção da PPSM no trabalho em ambas as cidades.

CAPÍTULO 3 – A RELAÇÃO DAS POLÍTICAS MUNICIPAIS DE SAÚDE MENTAL COM OS PROGRAMAS DE GERAÇÃO DE RENDA PARA USUÁRIOS DA SAÚDE MENTAL DAS CIDADES DE CAMPINAS E BH

Introdução

Neste capítulo apresentaremos as experiências de *Geração de Trabalho e Renda* para as pessoas portadoras de sofrimento mental desenvolvidas nas cidades de BH e Campinas, a fim de comparar os modelos de inserção no trabalho vigente em ambas as cidades. Buscaremos focar a forma de inserção dos programas na política de saúde local, bem como características presentes nos programas no que diz respeito à organização do trabalho, ao processo de comercialização dos produtos, à sustentabilidade dos programas, e ainda o sentido que é dado ao trabalho nestas experiências.

Inicialmente apresentaremos as linhas básicas do funcionamento da política de saúde mental em BH e em Campinas, a partir das transformações que ocorreram na assistência psiquiátrica a partir da década de 90 e que possibilitaram a implementação dessas experiências de *Geração de Trabalho e Renda*. Em seguida, e neste sentido, aprofundaremos o estudo sobre o lugar no qual o trabalho está sendo recolocado em relação à loucura, partindo das experiências desenvolvidas tanto nos serviços de saúde mental de Campinas - representadas pelo NOT - quanto em BH, representadas pelos *Centros de Convivência Carlos Prates, São Paulo e Barreiro*, locais onde se iniciaram os projetos de geração de renda para as PPSM.

A partir das entrevistas e das observações participantes abordaremos a concepção de trabalho que vem respaldando os projetos de geração de renda para os usuários da saúde mental, buscando identificar como cada serviço percebe e caracteriza esta relação de trabalho. Analisaremos ainda o papel que os serviços de saúde mental assumem no funcionamento dos projetos de inserção laboral para as PPSM - da fabricação e comercialização dos produtos à sustentabilidade do programa.

Por último, verificaremos a forma com que estes projetos de inserção no trabalho, desenvolvidos nos serviços de saúde mental se articulam com o mercado de trabalho, apontando as maiores dificuldades encontradas e as possíveis alternativas de desenvolvimento dos mesmos.

Sendo assim, este capítulo será dividido em três itens. No item 3.1, apresentaremos alguns aspectos essenciais da assistência à saúde mental das cidades de BH e de Campinas, onde daremos destaque para os programas de geração de trabalho e renda desenvolvidos pelos serviços públicos de saúde mental. No item 3.2, buscaremos identificar os diferentes modelos de *Geração de Trabalho e Renda* para as PPSM realizados em BH, desde as primeiras iniciativas que marcaram o início do processo de reforma psiquiátrica no município até o momento atual, caracterizado pela presença de diversas iniciativas focalizadas, ora ligadas à *Prefeitura*, ora em parceria entre ONG's e poder público, todas elas visando à participação das PPSM no trabalho. Já no item 3.3, apresentaremos o modelo de geração de renda para as PPSM realizado em Campinas que, diferentemente dos vários modelos existentes em BH, apresenta uma unicidade na proposta, tendo em vista especialmente o fato de encontrar-se enquanto uma verdadeira política pública de saúde.

3.1 Aspectos essenciais da assistência à saúde mental em BH a partir de 1988 - Destaque para os serviços substitutivos que desenvolvem os Programas de Geração de Trabalho e Renda

Belo Horizonte, capital de Minas Gerais, está localizada no centro da Zona Metalúrgica do Estado de Minas Gerais. De acordo com o *Departamento Intersindical de Estudos Estatísticos Sociais e Econômicos – DIEESE*, sua população é de 2.229.697 habitantes, sendo que 1.177.062 do sexo feminino e 1.052.635 do sexo masculino (DIEESE, 2003).

Sua *População Economicamente Ativa - PEA* é composta de 2.208.000 indivíduos. A taxa de desemprego no mês de Fevereiro/2003 foi de 19,2%, dos quais 11,5% caracterizados por desemprego aberto e 7,7% por desemprego oculto.

Dos ocupados, 53% encontram-se no setor de serviços, 15,3% na indústria, 14,8% no comércio, 7% construção civil e 9,5% em atividades artesanais e rurais. Em relação à idade das pessoas ocupadas em BH, 73,3% encontram-se entre 25 a 59 anos, sendo que 35% destes não possuem o primeiro grau completo (Fundação João Pinheiro, 2003).

Desde 1988, a partir do processo de municipalização do setor da saúde, a *Secretaria Municipal de Saúde* de BH optou pela reorganização dos serviços de saúde em base territorial, através da definição de nove *Distritos Sanitários*, que correspondem às *Administrações Regionais da Prefeitura Municipal de BH*. Cada um dos *Distritos Sanitários* tem definido um

espaço geográfico populacional e administrativo (Secretaria Municipal de Saúde de BH, 2001). Até então, os distritos sanitários geriam apenas *Centros de Saúde* e algumas especialidades médicas secundárias. A questão do portador de sofrimento mental jamais havia estado em sua responsabilidade. Historicamente, esta especialidade sempre foi assumida pelos hospitais psiquiátricos estaduais ou conveniados e alheios à preocupação da gestão municipal (Lobosque e Abou-yd, 1998).

A partir da constituição do SUS, a assistência à saúde mental encabeçada pelo movimento de reforma psiquiátrica passa a se articular com a política pública de saúde, e a organizar-se territorialmente, com a criação de serviços substitutivos rumo à desmontagem do aparato manicomial. A diretriz do movimento em Minas e no Brasil apontava para uma articulação com o SUS, cuja estratégia geral era a municipalização. O município passa ser o *locus* privilegiado para a atuação do movimento de reforma psiquiátrico (Campos, 1998).

No caso de BH, em 1992 a *Prefeitura* é assumida pelo *Governo da Frente Popular*, tendo como gestor o prefeito Patrus Ananias. Esta equipe de governo trazia uma história de militância política, sendo que muitos dos integrantes da *Secretaria Municipal da Saúde* naquela gestão participaram ativamente da construção da *Reforma Sanitária* e, dentro dela, da *Reforma Psiquiátrica Brasileira*. Isso significa um alinhamento da política de saúde de BH com o *Sistema Único de Saúde*, projeto emergente desse grande movimento nacional legalizado na Constituição de 1988 (Campos, 1998). A gestão da *Frente Popular* promoveu espaço e legitimidade ao movimento dos “trabalhadores da saúde mental”, que pôde participar da construção de um projeto para a assistência à saúde mental, baseado nos princípios da reforma psiquiátrica junto à gestão municipal (Lobosque e Abou-yd, 1998).

Desde 1992 o processo de reforma psiquiátrica vem modificando a assistência à saúde mental do município, a partir da construção de uma rede de serviços substitutivos para a atenção às pessoas portadoras de sofrimento mental. Esta rede está sendo composta por CERSAM's, *Centros de Convivência*, *Centros de Saúde*, atendimento ambulatorial, *Residências Terapêuticas* e por serviços de atenção à criança e adolescência. Os CERSAM's, embora apresentassem peculiaridades que lhes foram conferidas pelo percurso da saúde mental em BH, constituíram-se por serviços inspirados nos NAPS implantados a partir da transformação da assistência psiquiátrica na cidade de Santos que, por sua vez, inspiraram-se nos serviços territoriais de Trieste - Itália.

Durante o período do governo petista, foi sancionada pelo governador do Estado a *Lei Mineira de Reforma Psiquiátrica*. Esta lei ficou conhecida como Lei Carlão – PT/MG, referindo-se ao então deputado estadual do PT, Antônio Carlos. Neste momento da

formulação da lei, alguns técnicos da saúde mental tiveram uma participação direta nas negociações na Assembléia. Estas discussões vieram fortalecer o movimento da luta antimanicomial, que até então se encontrava bastante embrionário (Entrevista realizada com o Deputado Estadual Antônio Carlos, 2003). Ainda segundo o entrevistado este movimento nunca teve um caráter universal, ou seja, sua condução era basicamente realizada pelos trabalhadores da saúde mental, sendo que os poucos usuários e familiares que apareciam nas discussões apenas legitimavam as posições defendidas pelos trabalhadores.

No entanto, este período de gestão petista no município, principalmente em função das características políticas dos gestores que se identificavam com as propostas da reforma psiquiátrica, marcou o início da reforma da assistência à saúde mental de BH sob os princípios da luta antimanicomial. Isto contradiz a posição unilateral de delegar ao movimento social de reforma psiquiátrica a responsabilidade e autoria da transformação na assistência. Até o momento, pode-se considerar que existem vários fatores que favorecem e/ou limitam o processo de reforma psiquiátrico nos três níveis de governo, bem como na sociedade civil, sendo que o movimento social é apenas um deles. Ele aposta no modelo, mas muitas vezes o limita devido à pouca representatividade do mesmo e à tendência de formação de “guetos”.⁸ Isto não significa, porém, a negação da existência de um grupo de trabalhadores da saúde mental que naquela época já se apresentava bastante ativo nos embates municipais, estaduais e federais a favor do avanço no processo de reforma psiquiátrica.

A gestão municipal posterior, do governo de Célio de Castro, gerou uma crise no modelo da saúde do município, que fora diagnosticado como teoricamente muito bom, mas ineficiente e sem resolutividade em relação ao atendimento dos usuários. Este conflito na saúde comprometeu todos os seus setores, incluindo a saúde mental, que praticamente se manteve paralisada em suas ações de reforma na assistência.

Segundo o deputado estadual Antônio Carlos, esta crise reduziu suas dimensões somente no segundo mandato da administração de Célio de Castro, que se iniciou em 2000. Mais recentemente houve uma mudança na *Secretaria Municipal de Saúde*, quando o grupo originário do governo Patrus assume novamente, após 10 anos, a hegemonia na *Secretaria Municipal de Saúde*, inclusive na *Coordenação da Saúde Mental*. A saúde em BH sempre foi foco de crise, contabilizando avanços e recuos, por isso é difícil avaliar uma política setorial como a saúde mental (Entrevista realizada com o Vereador Antônio Carlos, 2003).

⁸ Entrevista realizada com o Vereador Antônio Carlos, 2003 autor da Lei Mineira de Reforma Psiquiátrica.

A tendência atual da política de saúde mental do município está sendo a desativação dos hospitais psiquiátricos privados de longa permanência, conveniados com o SUS - que sempre ocuparam seus numerosos leitos com pacientes crônicos - somada à otimização dos hospitais psiquiátricos públicos, como o *Galba Veloso* e o *Raul Soares*, e à reavaliação da lógica de tratamento através da redução do tempo de internação dos pacientes em crise, diminuindo-se o número de leitos credenciados, visando à redução do custo do hospital psiquiátrico.⁹

Além disto, ampliando as dificuldades decorrentes da implantação de um novo sistema de saúde mental, em 1991 70% das internações em hospitais psiquiátricos correspondiam às pessoas residentes em BH, enquanto em 1998 somente 35% das internações eram de moradores deste município, sendo o restante encaminhado dos municípios e lugarejos vizinhos (Secretaria Municipal da Saúde de BH, 2002).

Em 1993 o número de leitos psiquiátricos era de 2.100, enquanto em 2003 este número foi reduzido para 1200 leitos. Isto representou uma redução de gastos do SUS com a internação no valor de R\$ 504 mil/mês.

Em 2002, porém, o *Fundo Municipal de Saúde* de BH ainda gastava aproximadamente um milhão de Reais por mês com internações psiquiátricas, que correspondia ao financiamento de aproximadamente 1700 internações/mês em hospitais psiquiátricos em BH. Deste total de internações, 1068 internações/mês ocorriam em hospitais psiquiátricos para pacientes em crise, com um gasto de R\$ 615 mil/mês, e mais 600 internações psiquiátricas em hospitais para crônicos, que representava um gasto de R\$ 462 mil/mês. Custo este elevado com baixa resolutividade no tratamento das PPSM. Nesta mesma época, uma internação - AIH - custava em média R\$ 574,70/mês. A realocação dos recursos gastos em AIH de crônicos permitiria a implantação de mais 30 serviços terapêuticos para os 300 pacientes que perderam todos seus laços sociais e familiares, e ainda o pagamento de bolsas para os 400 pacientes que retornariam para suas famílias. Estima-se que o custo do *Programa de Desospitalização*, com o financiamento de serviços terapêuticos e bolsas para as famílias, é de R\$260 mil/mês para atender cerca de 700 pacientes crônicos egressos de hospitais psiquiátricos¹⁰. Para a implantação dos CERSAM's ou NAPS, como consta na Portaria Ministerial 189/2002, há um custo de aproximadamente R\$ 70 mil/mês (caso funcionem 12hs por dia) e R\$ 100 mil/mês, para aqueles que funcionam 24 horas/dia.

⁹ Informações obtidas a partir da entrevista realizada com a Coordenadora Municipal da Saúde Mental, 2002.

¹⁰ Ibidem

Estes valores nos permitem compreender que os recursos do SUS gastos ainda hoje com as internações psiquiátricas poderiam financiar projetos de assistência às PPSM com mais qualidade e resolutividade, caso houvesse o repasse de verba para a implantação dos serviços substitutivos.

Este processo, avaliado como transitório, ou seja, que se inicia com a desativação de hospitais privados mantendo o recurso hospitalar público, constitui uma estratégia que visa, a médio e longo prazo, à extinção de todos os equipamentos hospitalares psiquiátricos do município. No entanto, sabemos que estamos lidando com estruturas hospitalares pesadas e de difícil transformação, mesmo porque bem ou mal este equipamento respondeu pela assistência e também pelo controle social das PPSM, oferecendo uma cobertura integral de todas as “necessidades” dos seus internos - sejam alimentares, de moradia, cuidados médicos - para que estes não precisassem de nenhum outro aparato social. Sendo assim, para sua completa extinção é necessária uma rede de atenção substitutiva que atenda esta demanda complexa dos pacientes com transtorno mental do município, lembrando que BH atua também como referência na assistência das PPSM para os municípios vizinhos. Isto quer dizer que, além de implementar a rede substitutiva de BH, é necessário que os demais municípios também implementem seus serviços de saúde mental. Caso contrário, o fechamento dos hospitais psiquiátricos hoje acarretaria em uma desassistência desta população.

Esta situação demonstra que o processo de *Reforma Psiquiátrica* depende de ações complexas, desde a criação de aparatos legais que garantam direitos básicos para estas pessoas, além de posições políticas favoráveis ao projeto de reforma e investimento financeiro para implementá-la. Requer ainda apoio ideológico, com respaldo popular, mediado por uma nova cultura de aceitação das PPSM. Em função disto, muito ainda há a ser feito para a total substituição do modelo hospitalar. Sendo assim, o que vemos é que os hospitais psiquiátricos permanecem necessários para a atenção da demanda local e das cidades vizinhas de BH. Embora vários leitos psiquiátricos tenham sido desativados, atualmente ainda estão em funcionamento três hospitais privados conveniados pelo SUS, sendo eles o *Psicominas*, a *Clínica Nossa Senhora de Lourdes* e o *Serra Verde*, contabilizando um total de aproximadamente 700 leitos de longa permanência. Acredita-se que com a otimização dos serviços dos hospitais públicos e a redução na utilização dos hospitais privados, será reduzido o gasto do *Fundo Municipal de Saúde* com o setor privado e esta verba poderá ser deslocada para a ampliação da rede de serviços substitutivos. No entanto, o problema está no corte de gastos sem a implementação de projetos. (Secretaria Municipal de Saúde de BH, 2003).

Atualmente a rede de assistência à saúde mental de BH funciona com sete CERSAM's, sendo que somente recentemente três deles passaram a funcionar 24 horas. Por um lado este fato é considerado avanço e uma tentativa de efetivar a substituição dos leitos hospitalares por serviços abertos. Por outro lado, denuncia uma grande lentidão na implantação de serviços substitutivos e a pequena autonomia da assistência substitutiva em relação ao hospital psiquiátrico, em função do pequeno número de CERSAM's 24 horas. Existem, adicionalmente, nove *Centros de Convivência* localizados em cada um dos *Distritos Sanitários*. Isto demonstra que em BH existe uma aposta na inserção social da PPSM via cultura e arte pois, se comparado a Campinas, o número de *Centros de Convivência* é consideravelmente maior em BH. Por outro lado veremos que o dispositivo dos *Centros de Convivência* é um recurso mais econômico para a saúde se comparado aos demais serviços e programas.

Ainda na rede de saúde mental existem 73 equipes de assistência básica, que dão apoio ao *Programa de Saúde da Família*, e nove equipes de referência à infância e adolescência. Apesar do número de equipes na assistência básica sempre ter sido grande em BH, uma das dificuldades apresentadas pelo processo de *Reforma da Saúde Mental* no município é a ineficiência dos *Centros de Saúde* na atenção das PPSM, tendo como prioridade ações preventivas e consultas ambulatoriais direcionadas aos casos “leves” de doenças mentais e tendo como única referência, para suporte da urgência, os hospitais psiquiátricos. Uma segunda dificuldade em relação à rede básica é a resistência dos profissionais que trabalham neste dispositivo a transformar suas ações em direção à construção de uma rede substitutiva de assistência psiquiátrica, no desmonte do mito da prevenção em saúde mental (Campos, 1998).

Além destes serviços, desde 2000 foi iniciado o *Programa de Desospitalização Psiquiátrica*, conforme Portaria Ministerial nº 1220/2000. Este programa pretende atender, em BH, 700 pacientes crônicos que ainda se encontram internados em hospitais psiquiátricos privados. Destes pacientes internados em hospitais de longa permanência, 300 perderam seus laços sociais e familiares e necessitarão de serviços residenciais, que ainda estão em processo de implantação em na cidade. Atualmente existem apenas seis serviços de *Residências Terapêuticas* no município, atendendo um número de 60 pacientes egressos de hospitais psiquiátricos. Isto demonstra que o número de residências terapêuticas é bastante reduzido para a demanda atual de 300 pacientes, demanda que tende a crescer com o desenvolvimento do *Programa de Desospitalização*. Sendo assim, a expectativa é de que até 2004 se chegará a 30 *Residências Terapêuticas*. Os outros 400 pacientes que ainda mantêm alguns vínculos

familiares estão retornando para a família, e passando a receber uma *Bolsa Desospitalização*, que seria uma ajuda de custo para a sua reintegração social (Secretaria Municipal de Saúde de BH, 2002).

No geral, estes números ainda nos falam de uma rede substitutiva insuficiente - em relação à infra-estrutura, aos recursos humanos e aos investimentos - para dar conta da demanda da população com sofrimento mental, tanto no que diz respeito à assistência à crise quanto à reinserção social dos usuários, princípios norteadores do processo de reforma psiquiátrica. Esta situação acaba evidenciando a necessidade de hospitais psiquiátricos na assistência às PPSM, embora se tenha conseguido a extinção de atendimentos via SUS em hospitais privados conveniados mantendo a retaguarda dos hospitais psiquiátricos públicos. Também nesta direção existem dificuldades específicas dos serviços substitutivos funcionarem em rede, especialmente em relação à interação dos CERSAM's à rede básica e aos serviços de reabilitação, como os *Centros de Convivência*. Isto acarreta um precário funcionamento em rede entre os serviços de assistência à saúde mental referenciados pelo modelo substitutivo. Parece haver uma centralização das ações e priorização dos serviços de urgência, neste caso os CERSAM's e, conseqüentemente, uma ênfase no atendimento à crise.

Como já foi dito, embora os equipamentos da rede substitutiva de saúde mental venham apresentando problemas como a desarticulação de ações entre os serviços que compõem a rede de assistência, há dispositivos que vêm construindo uma forma alternativa de atender as PPSM fora da crise, como os *Centros de Convivência*, mesmo que em condições distantes do ideal do modelo substitutivo. Neste sentido, o exemplo do *Centro de Convivência* - por ser um dos equipamentos que fazem parte da rede de *Assistência da Saúde Mental* em BH, embora não esteja ligado diretamente ao atendimento das pessoas em crise - é uma proposta, embora incipiente, de uma clínica mais ampliada, que busca criar novos acessos sociais para as PPSM, principalmente através da cultura, da arte, da expressão e também da geração de trabalho e renda.

Como o objeto de estudo desta pesquisa está diretamente associado à questão do trabalho enquanto uma possibilidade de inserção social das PPSM, a partir de agora iremos dar maior visibilidade aos *Centros de Convivência*, uma vez que, no caso de BH, são os únicos que desenvolvem programas voltados ao trabalho e geração de renda para os usuários da saúde mental.

3.1.1 - A falta de prioridade e de investimento da *Política de Saúde Mental* de BH nos *Programas de Geração de Trabalho e Renda* desenvolvidos nos *Centros de Convivência*

Atualmente existem nove *Centros de Convivência* - CC no município, sendo que três deles, o *CC Barreiro*, o *CC Carlos Prates* e o *CC São Paulo* já desenvolvem experiências mais avançadas de geração de trabalho e renda para os usuários em BH.

O *Centro de Convivência*, comprometido com os paradigmas da *Reforma Psiquiátrica*, tem como função o resgate da cidadania dos pacientes psiquiátricos através da arte, cultura, lazer e também da geração de trabalho e renda. São serviços que oferecem atividades de reinserção psicossocial e reintegração cultural através de oficinas de arte e artesanato, passeios e outras atividades que possibilitam a circulação dos usuários na cidade (Secretaria de Saúde de BH, 2002). Segundo a coordenação da saúde mental do município, não há como realizar a desospitalização do pacientes sem buscar a sua reinserção social e cultural. É preciso, porém, pensar em novos indicadores para a efetividade do modelo que está sendo implementado na assistência à saúde mental. Os indicadores da saúde mental não devem ser mais associados à internação, mas sim à qualidade de vida deste usuário.

Sendo assim, a questão do trabalho passa a ser levantada como uma possibilidade para estas pessoas se manterem ativas e participativas no seu meio social, sendo respeitadas em suas particularidades - muito embora haja outras formas que visam maior participação das PPSM no contexto social, tais como as atividades artísticas, culturais e de lazer.

Dentro da rede de serviços substitutivos de BH, os *Centros de Convivência* são os dispositivos da saúde mental que vêm discutindo e implementando programas de geração de trabalho e renda para os usuários, além das oficinas de artes e expressão e atividades manuais. Embora os *Centros de Convivência* sejam unidades pertencentes à saúde, devido às suas particularidades em relação à oferta de serviços - como artes, cultura e geração de renda - a saúde não tem como justificar juridicamente seu financiamento. Por isso, todo o trâmite financeiro é realizado via ONG's. No caso de BH, a ONG espírita *O Consolador*, conveniada com a *Secretaria Municipal de Saúde*, faz um repasse em torno de R\$300,00/mês para cada *Centro de Convivência* para compra de materiais. Os recursos humanos, que formalmente não pertencem à área da saúde - tais como artistas plásticos - também são pagos através da ONG, devido à especificidade destes profissionais. Cada *Centro de Convivência* possui 300h/mensais de salário para contratar profissionais de nível superior e 280h/mensais de salário para profissionais de nível médio. Isto representaria uma equipe bastante reduzida, composta por três profissionais de nível superior e dois de nível médio para cada serviço.

Neste caso, vale lembrar que os *Centros de Convivência* atendem um número aproximado de 250 a 300 usuários.

O único profissional que é remunerado diretamente pela *Secretaria Municipal de Saúde* é o coordenador do *Centro de Convivência*, que geralmente é um técnico da área.

Os gastos anuais referentes ao convênio da *Secretaria Municipal de Saúde* com a ONG foram, em 2002, de R\$483.014,40, sendo que R\$ 429.100,80, ou seja, 89% dos gastos totais são utilizados na contratação de recursos humanos lotados nos *Centros de Convivência* que não são da área da saúde. Neste caso, a maioria dos profissionais é composta por artistas plásticos. Temos como restante dos gastos anuais, R\$ 1.113,060 para material de consumo, R\$ 4.200,00 para material permanente e R\$ 48.600,00 para despesas gerais das oficinas. Sendo assim, os gastos mensais totais com os nove *Centros de Convivência* do município são de apenas R\$ 40.251,00. Isto significa que para cada *Centro de Convivência* é repassada uma quantia de R\$ 4.468,00 mensais, correspondente aos gastos com recursos humanos e materiais.¹¹

Este valor, por um lado, explicita uma dificuldade concreta em relação ao funcionamento destes equipamentos da saúde, limite este que compromete o próprio objetivo do serviço, em função da precariedade generalizada de recursos. Esta precarização tende a comprometer a própria participação do usuário no serviço devido à ausência de custeio, que vai desde a alimentação ao transporte/circulação dos usuários. Por outro lado, talvez em função deste custo menor, pode-se explicar a quantidade destes dispositivos na rede substitutiva de BH se comparado aos demais serviços de saúde mental. Se considerarmos que este é um dos dispositivos de desinstitucionalização, já podemos avaliar problemas sérios de funcionamento dos serviços substitutivos, ou seja, um distanciamento enorme entre a proposta do modelo de reforma psiquiátrica e a possibilidade real da mesma ser efetivada. Certamente este não é um problema exclusivo dos *Centros de Convivência*. Os demais serviços substitutivos, como os CERSAM's, as *Moradias Protegidas* e os *Centros de Saúde* geralmente funcionam na ordem da necessidade, ou seja, quando não falta medicamento faltam espaço físico, transporte, recursos humanos.

Há, neste caso, um investimento pessoal dos profissionais que, através de bazares, promoções de festas e doações tentam suprir as necessidades provocadas por um descompromisso público em relação à saúde mental. Neste sentido, o serviço público de saúde aproxima-se em muito de entidades filantrópicas, e os profissionais acabam acreditando

¹¹ Dados coletados a partir da entrevista realizada com a Coordenadora Municipal de Saúde Mental, 2002

que o voluntariado, as doações, os bingos, são atitudes nobres da população e fundamentais para sobrevivência desses dispositivos.

No entanto, mesmo diante deste quadro verifica-se que estes serviços buscam ações inovadoras e criativas em relação à atenção às PPSM.

Assim iremos apresentar, dos nove *Centros de Convivência* da rede de Saúde Mental de BH, três deles que desenvolvem *Projetos de Geração de Trabalho e Renda* para as PPSM. Primeiramente temos o *Centro de Convivência Barreiro*, localizado no *Centro de Apoio Comunitário - CAC* do Barreiro, que atende atualmente 409 usuários da saúde mental. Igualmente aos demais *Centros de Convivência*, este também é financiado pelo convênio com a ONG espírita *O Consolador* junto à *Secretaria Municipal de Saúde*. No entanto, este *Centro de Convivência* é o único que recebe uma quantia específica para o *Programa de Geração de Trabalho e Renda* - de R\$300,00 por mês - além dos R\$300,00 destinados à compra de materiais para as oficinas de arte. A maioria dos usuários dos *Centros de Convivência* está inserida em oficinas de artes, artesanatos e atividades manuais, e poucos são os que participam dos grupos de produção. As oficinas ofertadas nos CC's e o *Programa de Geração de Renda* geralmente desenvolvem atividades semelhantes, ou seja, atividades manuais, artísticas, artesanais. O que difere uma da outra é que a dinâmica das oficinas busca privilegiar a arte, a expressão e o aprendizado de habilidades primárias, enquanto o grupo de produção preocupa-se com questões específicas relacionadas ao trabalho, como produção, comercialização e renda. Muitas vezes, no entanto, as atividades realizadas tanto nas oficinas quanto nos grupos de produção são correspondentes.

Em 1998 deu-se início ao *Programa de Geração de Renda*, a partir da demanda de vários *Serviços de Saúde Mental* como o CERSAM - Barreiro, o próprio *Centro de Convivência*, e os serviços que integram a rede do *Distrito Sanitário Barreiro -DISAB*, além dos usuários e seus familiares.

O programa desenvolvido no Barreiro, conhecido atualmente por *Programa de Geração de Trabalho Solidário - PGTS*, desde o seu início buscou duas vias de inserção das PPSM no trabalho: uma pelo trabalho cooperado realizado no espaço do CC, também conhecido como *Grupo de Produção*, e a outra através da inserção no trabalho formal a partir de parcerias com empresas privadas.

Na verdade, a inserção via trabalho formal foi uma das primeiras ações do programa, viabilizada pela *Secretaria Municipal de Administração* junto às empresas terceirizadas pela Prefeitura. Atualmente, o trabalho cooperado realizado dentro do CC - denominado também de *Grupo de Produção* - é a forma de trabalho que mais tem sido investida pelo serviço. O

Grupo de Produção do Barreiro possui apenas 12 participantes. O carro chefe da produção do Barreiro é a confecção de bolsas com materiais variados, como fitas, plásticos, fios etc. Esta produção é basicamente manual, utilizando equipamentos primários, tais como teares confeccionados pelos próprios usuários, ou mesmo suportes improvisados para tecer. O capital de giro do grupo, como acontece com os demais grupos de produção, é proveniente basicamente das vendas dos produtos, além da pequena quantia de R\$300,00 mensais repassados pela Prefeitura. As vendas são realizadas em feiras, exposições, bazares, e raramente através de encomendas de lojas de BH - como os estilistas Elvira Matilde e Ronaldo Fraga, que valorizam características como originalidade e criatividade nos produtos, além de prestigiarem temas sociais, agregando esta idéia à sua marca.¹²

O PGTS é considerado, dentro da *Rede de Saúde Mental*, um projeto piloto. No entanto, o PGTS ainda se encontra bastante centralizado no Barreiro, não havendo uma troca de experiências com os demais *Centros de Convivência* que já realizam *Projetos de Geração de Trabalho e Renda*. Parece haver uma fragmentação das iniciativas de *Geração de Renda na Rede de Saúde Mental*, ou seja, também em relação à questão do trabalho para as PPSM há uma precarização do funcionamento em rede. Cada serviço vem desenvolvendo, a sua maneira, projetos que possibilitem a participação dos usuários no trabalho.

Da mesma forma, o *Centro de Convivência Carlos Prates*, localizado no *Posto de Assistência Médica* - PAM Padre Eustáquio, atende 220 usuários através de várias oficinas de arte. A maioria dos usuários participa das oficinas oferecidas pelo CC, que se distribuem em Oficina de Canto, Musicalização, Desenho e Pintura, Modelagem, Escultura, Reciclados, Artesanato, Horta, Bijouteria e outras. O *Grupo de Produção* - ou *Programa de Geração de Renda* - do CC iniciou-se no ano de 2000, com um grupo de culinária. O número de pessoas do grupo é muito pequeno, varia em torno de seis usuários. O grupo funciona todos os dias, no período de 8:00 às 16:00 horas, e seus participantes apresentam horários e dias de trabalho flexíveis de acordo com a particularidade de cada um. Uma Terapeuta Ocupacional é cedida pelo CC para realizar o acompanhamento do grupo. No entanto, a mesma realiza outras funções no CC, o que impossibilita sua presença contínua no grupo.

A sustentabilidade do grupo de produção depende exclusivamente da venda dos produtos. Este grupo produz salgados, doces e refeições vendidas no horário do almoço. A venda é realizada no próprio serviço e/ou demais *Serviços de Saúde* localizados no entorno do CC. Os funcionários da Saúde são os maiores fregueses do grupo de produção. Isto demonstra

¹² Informações obtidas através de entrevista realizada com a Coordenadora do CC Barreiro, 2002.

um acesso ao mercado de produção bastante restrito e de pequeno porte. Toda a compra de materiais e “pagamento das bolsas” dos usuários dependem daquilo que é comercializado. O próprio grupo é responsável pela venda, anotações e compras dos ingredientes. Não existe um financiamento específico da *Prefeitura* para o *Programa de Geração de Renda do Bairro Carlos Prates*. Este programa apresenta limitações semelhantes ao programa do Barreiro, em função de haver um único profissional responsável por todo o processo de gestão do grupo. O grupo apresenta pouca autonomia em relação à gestão, apesar de alguns participantes já terem freqüentado cursos de capacitação profissional e de geração de cooperativas. O próprio grupo demanda sempre um responsável, técnico da saúde, para decidir pelo grupo, desde o cardápio do dia às questões de relacionamento entre os participantes.¹³

Entre os demais CC's, o do Bairro São Paulo traz uma concepção diferente de *Projeto de Geração de Trabalho e Renda* para as PPSM, apesar de, na prática, haver grupos de produção com formatos semelhantes aos dos demais CC, tais como o grupo de bijouteria e de bordado. A diferença encontra-se basicamente em relação ao papel do CC na questão do trabalho para os usuários da saúde mental. Enquanto os *CC Barreiro* e *Carlos Prates* trazem pouco questionamento sobre o lugar do trabalho na assistência, o *CC São Paulo* levanta esta discussão. Neste sentido, aponta que o equipamento que for realizar os *Programas de Geração de Trabalho e Renda* para este público não deve estar dentro da *Rede de Saúde Mental*. Deverá ter um ponto de interseção na rede, mas sendo operacionalizado por outros setores - tais como a *Secretaria de Desenvolvimento Econômico* - mesmo porque a questão do trabalho está lá, e não em um espaço assistido e protegido. Neste caso, o trabalho para as PPSM passa a ser deslocado da assistência à saúde mental para estabelecer-se enquanto uma política pública comum junto aos demais grupos marginalizados do mercado de trabalho. Assim, o papel dos serviços seria de ordenar a questão do trabalho junto aos usuários, ajudando-os a descobrir potencialidades para o trabalho a partir de um ensaio diário relacionado à produção e comercialização e à vivência de troca com o mercado dos produtos realizados nas oficinas, podendo-se entender que as oficinas continuariam existindo nos CC's como etapa preparatória para a participação dos usuários no trabalho. Segundo relato, a questão do trabalho é um processo em construção, e a base está dentro do serviço de saúde mental a partir das discussões que são suscitadas em relação ao trabalho.¹⁴

¹³ Informações obtidas através da entrevista realizada com o Coordenador do CC Carlos Prates e a Coordenadora do Grupo de Produção, 2003.

¹⁴ Informações relatadas na entrevista realizada com a coordenadora do CC São Paulo, 2003.

Embora o *Projeto de Saúde Mental* implantado no município contemple o *Projeto de Geração de Trabalho e Renda* para as PPSM, via formação de cooperativas sociais e parcerias com empresas, não houve um investimento efetivo da saúde em relação à questão do trabalho, no que diz respeito ao investimento financeiro, à estrutura física, nem tão pouco aos recursos humanos para realizarem os *Projetos de Geração de Renda*. Sendo assim, o *Projeto de Geração de Renda* começa em BH nos CC's, a partir de iniciativas pessoais, e não como um projeto respaldado por uma *Política de Saúde*.

Segundo a Coordenadora do Centro de Convivência São Paulo (2002), aquelas pessoas que consideraram a demanda dos usuários em relação à questão do trabalho partiram na frente na construção desses projetos. No entanto, tais iniciativas não conseguiram mobilizar o poder público. Ou seja, embora existam algumas iniciativas sendo realizadas dentro dos serviços de saúde mental - no caso, os CC - ainda não existe uma atenção especial em relação à viabilização destes programas. Não existe um modelo sistematizado para *Geração de Renda na Saúde Mental*, cada serviço fazendo da forma que lhe convém. As iniciativas são isoladas, onde cada serviço busca encontrar saídas para a questão da *Geração de Renda*.

Embora haja um reconhecimento do valor do trabalho para os usuários da Saúde Mental, principalmente no atual processo de reformulação da assistência psiquiátrica, a *Política Municipal de Saúde Mental* não lida atualmente com esta questão como prioridade em suas ações, bem como parece deslocar a questão do trabalho para fora dos equipamentos da saúde, ou seja, acredita-se num programa de *Geração de Trabalho e Renda* que seja desenvolvido por outras Secretarias, ou mesmo por outras instituições não governamentais fora da área específica da saúde. Também como alternativa de trabalho há uma aposta maior no trabalho associativo ou cooperado, como em parcerias com o setor privado e ONG's, sem a tutela do serviço de saúde mental.

Segundo entrevistas (2003) realizadas com representantes do Fórum Mineiro de Saúde Mental o papel dos *Serviços de Saúde Mental*, tais como os *Centros de Convivência*, é de estimular e potencializar os usuários para o trabalho, e não ser o próprio local de trabalho. Talvez isto explique a falta de investimento nos programas desenvolvidos dentro dos *Centros de Convivência*, bem como a ausência de um projeto comum que vise a este objetivo. O risco latente diante desta posição da coordenação da Saúde Mental encontra-se na tendência de uma transferência de responsabilidade do poder público ligado à Saúde Mental para iniciativas da sociedade civil - neste caso representadas pelas ONG's e pelo setor privado - no que diz respeito à questão do trabalho para usuários da saúde mental. Diante desta posição política da saúde mental, é possível levantar duas questões: 1- a não apropriação da Saúde pelo projeto

relacionado ao trabalho para as PPSM teria origem numa identificação filosófica/ideológica dos teóricos da saúde, que recusam ações que buscam a tutela e proteção dos usuários e assim a manutenção da exclusão? 2 - a Saúde Mental quer realmente transferir a responsabilidade desta questão para um outro órgão, setor, na ânsia de não contrariar a política de redução de gastos públicos?

De certa forma contemplando a posição defendida pela *Coordenação da Saúde Mental do Município de BH* de deslocar a questão do trabalho para outras instâncias paralelamente aos projetos de geração de renda desenvolvidos pelos *Centros de Convivência*, existe na cidade uma iniciativa do *Fórum Mineiro*, uma ONG ligada ao movimento antimanicomial que vem realizando um papel importante em relação à promoção de *Geração e Renda* para os usuários da Saúde Mental. Esta instituição foi criada em 1995 a partir dos trabalhadores e usuários da saúde mental, sendo que a maioria destes trabalhadores ainda faz parte da *Rede Pública de Saúde Mental*. Desde 1999 o *Fórum* vem oferecendo, para os usuários da *Rede de Saúde Mental*, cursos de capacitação profissional e gestão de cooperativas financiados pelo *Fundo de Amparo ao Trabalhador - FAT*. Mais de 300 usuários de BH e cidades vizinhas recebeu o diploma dos cursos e 25 deles constituíram uma Associação, com seu estatuto regulamentado para realizar trabalho solidário nesta área. Como entidade executora dos cursos, o *Fórum* convida os usuários da Rede para participarem dos cursos, mas não existe uma parceria com a *Prefeitura*, especificamente com a *Secretaria Municipal de Saúde*. Porém, a execução dos cursos pouco favoreceu a inserção dos usuários que os frequentaram no mercado de trabalho, nem mesmo a formação de cooperativas. O próprio *Fórum*, entidade executora dos cursos, questiona como dará continuidade ao projeto de trabalho para além da qualificação dos usuários da saúde mental.

Segundo entrevista realizada com coordenadora do Fórum Mineiro de Saúde Mental (2002), este tem buscado integrar-se às políticas municipal e estadual visando encontrar um caminho para a *Política de Geração de Trabalho e Renda* para as PPSM, associando-a a uma política de trabalho e renda realizada para qualquer outro segmento da população. Atualmente, o *Fórum* tem trabalhado em parceria com a *Secretaria Municipal de Modernização Administrativa/Gerência das Ações de Desenvolvimento Sócio-econômico* de BH. Embora esta ONG esteja preocupada com a mesma questão que envolve os *Centros de Convivência*, no que diz respeito à questão do trabalho para as PPSM, neste momento é praticamente inexistente a comunicação entre o setor governamental ligado à saúde e a ONG *Fórum Mineiro de Saúde Mental*. Esta incomunicabilidade foi gerada devido aos conflitos de interesses e idéias entre os gestores da saúde mental e o movimento social de luta

antimanicomial.

Isto reforça o que foi dito anteriormente, ou seja, que existe uma tendência à concepção de inserção da PPSM no trabalho não mais de acordo com a equipe de Saúde Mental da *Secretaria Municipal de Saúde* da PBH, através dos próprios *Serviços de Saúde*, neste caso os *Centros de Convivência*. Penso que esta tendência separatista entre a ONG *Fórum Mineiro* e os serviços públicos de saúde mental da PBH, no que se refere às propostas de geração de trabalho e renda para as PPSM, tende a se modificar de acordo com os gestores que assumem a Coordenação de Saúde Mental da PBH.

3.2 - Aspectos essenciais da assistência à saúde mental em Campinas a partir de 1988 - Destaque para o projeto “Armazém das Oficinas - antigo NOT” que desenvolve o Programa de Geração de Trabalho e Renda

Neste próximo item 3.2 apresentaremos alguns aspectos essenciais dos *Serviços de Saúde Mental* de Campinas no que se refere à sua política de funcionamento em rede, embasada nos princípios da reforma psiquiátrica. Apresentaremos também o projeto integrado à assistência à saúde mental que há 11 anos busca a inserção das PPSM no trabalho. Diferentemente de BH, que apresenta pelo menos três caminhos distintos para a inserção das PPSM no trabalho, em Campinas encontramos uma vertente comum à mesma questão que, desde o início do processo de *Reforma Psiquiátrica* no Município, vem sendo considerada como uma questão primordial para a implantação de um novo modelo de assistência.

Desde 1991, o NOT - atualmente denominado *Armazém das Oficinas* - garante a oportunidade de trabalho para aproximadamente 180 usuários em oficinas protegidas. Já em BH, vimos que a ênfase maior até o momento encontra-se na implantação e funcionamento dos serviços substitutivos – CERSAM's - enquanto os equipamentos voltados à *Reabilitação*¹⁵ encontram-se bastante incipientes na sua implantação, desde as *Moradias Protegidas* aos *Grupos de Trabalho*.

Campinas é uma cidade paulista de 982.830 habitantes, dividida atualmente em cinco *Distritos de Saúde*: Norte, com uma população de 169.035, Leste com 224.071, Sul com 229.072 e a região Oeste, mais populosa e a mais carente em equipamentos sociais, sendo por isso subdividida em Sudoeste e Noroeste, respectivamente com 213.139 e 151.650 habitantes.

¹⁵ De acordo com Saraceno (2001) a *Reabilitação* visa à abertura de uma rede de relações para as PPSM a partir de três eixos básicos: o trabalho, a moradia e o lazer.

A história dos serviços públicos de saúde mental em Campinas não se diferencia em muito dos demais *Serviços de Saúde*, tampouco da política privatista de saúde que imperou até o início dos anos 90 no Brasil.

No final dos anos 80, em Campinas, a atenção aos doentes mentais constituía-se basicamente por hospitais psiquiátricos privados conveniados com o setor público e por uma rede primária de saúde mental bastante avançada se comparada às demais cidades. Dos 1139 leitos contratados pelo SUS, 697 provinham de hospitais psiquiátricos (L'Abbate apud Medeiros, 1994).

A proposta de municipalização dos *Serviços de Saúde*, a partir da *Reforma Sanitária* e da conformação de um novo modelo de saúde - SUS, provocou mudanças significativas na área da saúde mental de Campinas.

No período de 1989 a 1992 a Prefeitura de Campinas foi assumida pelo *Partido dos Trabalhadores*, que defendia um programa de governo que apoiava a *Reforma Sanitária* bem como a construção de uma política específica para a área de Saúde Mental. Muitos dos integrantes do governo desta época haviam participado dos movimentos sociais que desembocaram na reforma da saúde. Este foi um contexto político favorável ao início das transformações do modelo de assistência psiquiátrica na cidade. A perspectiva dos debates sobre as questões de desospitalização, desinstitucionalização e descentralizações de ações e serviços, bem como a participação dos profissionais no processo coletivo de criação de novas alternativas para a saúde mental, foi se concretizando através de estratégias planejadas previamente pela equipe administrativa que assumiu a *Secretaria Municipal de Saúde*. Muitos integrantes desta equipe haviam participado da reforma psiquiátrica de Santos. Enquanto modelos que foram referência para a reforma psiquiátrica de Campinas temos o próprio modelo de Santos, associado ao modelo da *Organização Mundial de Saúde* – OMS - que priorizava o trabalho com os *Centros de Saúde* - e ainda aos modelos franceses e argentinos. Uma característica da reforma psiquiátrica de Campinas foi a preocupação em apontar a *Rede Básica* como “porta de entrada” para todos os problemas da área da Saúde Mental, rompendo com a perspectiva tradicional de atenção primária e secundária em assistência psiquiátrica (Medeiros, 1994).

Neste mesmo período, o primeiro hospital psiquiátrico privado de Campinas - *Dr. Cândido Ferreira*, construído no distrito de Souzas na segunda década do século XX - entra em “bancarrotas” e faz uma solicitação ao Secretário da Saúde para que a *Prefeitura* interviesse nesta situação. Devido à preferência dada pelos diretores do hospital para que as soluções se efetivassem a partir do poder público, bem como a demonstração de uma abertura

para transformar as condições de assistência daquele hospital, a *Secretaria Municipal* propõe desde então a co-gestão do *Hospital Dr. Cândido Ferreira* com a *Prefeitura* (Medeiros, 1994).

A partir de 1990, com a aprovação do convênio de co-gestão pela legislação municipal, o antigo hospital psiquiátrico foi sendo substituído por *Serviços de Saúde Mental* que se fundamentavam na *Reforma Psiquiátrica*.

Neste momento passaram a coexistir dois modelos de atenção à saúde mental, um primeiro representado pela rede básica, que reforçava sua crença no modelo de assistência primária, e um segundo que demandava a reformulação do modelo manicomial através dos *Serviços de Saúde Dr. Cândido Ferreira*. Neste sentido pode-se considerar que em Campinas existe um modelo “híbrido” de Saúde Mental

O *Serviço de Saúde Mental Dr. Cândido Ferreira* buscou implantar, como alternativa à internação hospitalar, serviços intermediários que fossem referência tanto para o paciente que tem alta hospitalar e requer atenção mais intensificada do que a rede básica oferece, como para o paciente que está em acompanhamento na rede e tem um episódio agudo (Campos, 2000).

Este modelo também priorizou a reabilitação de aspectos básicos da vida dos pacientes, desde o local em que viriam a morar a uma nova forma de atenção e cuidados assistenciais aos pacientes mais graves. Isto passou a ser um dos pontos estratégicos dentro da política de saúde mental do município de Campinas. Neste sentido a assistência à saúde mental implantou serviços como o CAPS, o *Centro de Convivência*, as *Moradias Protegidas*, o *Hospital-Dia* e o NOT, buscando oferecer atendimentos que viessem ao encontro do novo paradigma da saúde, não mais vinculado ao estado de “não doença”, mas relacionado à qualidade de vida destas pessoas, ou seja, às condições de alimentação, renda, educação, moradia, lazer, trabalho, etc.

Estes primeiros serviços substitutivos acolheram os pacientes que estavam até então sendo assistidos pelo antigo *Hospital Psiquiátrico*. Muitos dos pacientes que ali se encontravam já haviam perdido seus laços familiares e sociais, como acontece na maioria dos hospitais de longa permanência, sendo portanto necessário criar - a partir da transformação do modelo hospitalar - uma rede de serviços que dessem conta dessa “nova demanda” criada. Com isso, a rede de atenção básica permanecia como porta de entrada da saúde mental, sendo que os casos graves continuavam encaminhados aos leitos psiquiátricos. Diferentemente dos CERSAM’s em BH, que buscam acolher os pacientes em crise em regime de porta aberta, evitando a internação em hospitais psiquiátricos, os CAPS em Campinas foram contados

como “equipamentos intermediários”, sendo de referência secundária e não porta aberta ao louco e tendo como objetivo trabalhar a reabilitação psicossocial das pessoas com sofrimento mental grave, egressas e cronificadas pelo sistema hospitalar. Embora funcionem também 24 horas/dia, as intercorrências psiquiátricas permanecem sendo encaminhadas às enfermarias psiquiátricas (Campos, 2000).

Em Campinas, os equipamentos voltados à reabilitação das PPSM e à assistência ambulatorial tiveram maior prioridade na reformulação da assistência. Isto pode ser verificado pelo número de *Moradias Protegidas* e pela estrutura do *Programa de Geração de Trabalho e Renda* para usuários. Embora houvesse também uma reformulação da assistência clínica, a questão do atendimento da crise foi mantida nos leitos psiquiátricos ofertados pelo próprio Cândido Ferreira, bem como pela *Pontifícia Universidade Católica – PUC* e pela *Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP*. Ou seja, o CAPS não ocupou o lugar de atenção à crise, mas sim de auxiliar na redução de reincidência das mesmas através de uma assistência aos pacientes mais graves.

Atualmente a rede de atenção à Saúde Mental de Campinas é conhecida por possuir um modelo híbrido de saúde mental. Por um lado tem-se uma assistência aderida ao modelo hegemônico da reforma sanitária - sempre marcado pelo eixo do controle custo/benefício das ações sob uma ótica da epidemiologia e da saúde pública e composto basicamente pela rede básica de saúde mental - ganhando força a partir das organizações mundiais para a saúde, OMS e OPAS. Por outro lado, tem-se a proposta de um *Modelo de Desinstitucionalização*, implantado pelos serviços públicos não estatais de caráter filantrópico, co-gerido pela *Prefeitura* e pelo *Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira*. Este modelo tem influência italiana - com a *Psiquiatria Democrática* - e Argentina - com a *Psicoterapia Institucional* de Bleger¹⁶ e a *Comunidade Terapêutica* de Rodriguez¹⁷ (Campos, 2000).

¹⁶ Bleger, autor argentino que teve muita influência no Brasil – tanto na academia como nas experiências locais em saúde mental. Fez uma “celebração” das teorias de Pichón-Riviere e com as propostas da OPS:APS.

¹⁷ Rodriguez, também argentino, um dos introdutores de *Grupoterapia Psicanalítica* no Brasil e também da experiência com *Comunidade Terapêutica* (Campos, 2000)

TABELA 4

Custos dos serviços Públicos de saúde mental de Campinas

Característica do serviço	Custo /Mensal	Custo/ Anual
Serviços de Públicos Municipais de Saúde Mental	R\$ 397.000,00	R\$4.764.000,00
Serviços públicos co geridos pelo Cândido Ferreira e prefeitura	R\$621.102,95	R\$7.453.235,40

Fonte: FONSECA, 2001. Reformulações da autora.

Dos serviços públicos municipais da saúde mental de Campinas há 23 *Centros de Saúde*, um *Centro de Informação de Alcoolismo e Drogadição - CRIAD*, um *Centro de Convivência Infantil*, um *Centro Integral à Saúde de Adolescentes - CRAISA*, um *Serviço de Atenção em Distúrbio de Aprendizagem - SADA*, dois CAPS e um *Centro de Convivência adulto*. De acordo com os dados apresentados na TAB. 4, todos estes serviços correspondem a um gasto mensal de R\$ 397 mil ou anual de R\$ 4.764.000,00.

Já os serviços em co-gestão que também compõem a *Rede de Saúde Mental* do município, são totalmente coordenados pelo *Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira*. Lembramos ainda que a *Reforma Psiquiátrica* em Campinas começa com a desconstrução do antigo *Sanatório Dr. Cândido Ferreira* e a formação desta rede de serviços substitutivos de Saúde Mental, que passou desde então a integrar a rede pública de saúde do município. A co-gestão é feita a partir de um prestador filantrópico, numa gestão conjunta da Prefeitura com o prestador da assistência, neste caso, o *Serviço de Saúde Cândido Ferreira*. Trata-se de uma parceria avançada, se comparada aos serviços de saúde que geralmente são apenas comprados ou conveniados. Neste caso, há um contrato firmado com o *Conselho Municipal da Saúde*, que define as metas a serem atingidas no que diz respeito à quantidade, qualidade e intensidade dos serviços prestados em co-gestão, quando também é definida a forma de avaliação dos resultados (Fonseca, 2001).

Atualmente estes serviços são compostos por cinco CAPS 24 horas localizados em diferentes distritos; um NOT (atual *Armazém das Oficinas*), que oferece 11 modalidades de trabalho remunerado atendendo a 180 usuários; 30 residências terapêuticas, que atendem 117 pessoas; uma *Pensão Protegida*, com 29 moradores; um *Núcleo Clínico* com 32 internos; um *Núcleo de Internação Integral*, que oferece 55 leitos para casos agudos e funciona no espaço físico do antigo hospital psiquiátrico; um *Núcleo de Atenção ao Dependente Químico - NADEQ*, com 30 leitos; um *Centro de Convivência* com ateliê de Artes plásticas, grupos de teatro e jornal; e uma *Casa Escola* em parceria com a *Secretaria de Educação*.

De acordo com os dados da TAB. 4, o custo destes serviços é de R\$ 621.102,95 mensais, ou R\$ 7.453.235,40 anual, repasse este que se tornou definitivo desde dezembro/01, a partir do fechamento do *Hospital Psiquiátrico Tibiriçá* - privado - e seus 130 leitos. Este repasse do SUS para os serviços co-geridos pelo *Cândido Ferreira* é feito pelo teto estabelecido, independente da variação da produção efetiva de procedimentos (Fonseca, 2001), sendo um valor bastante superior, se comparado ao dos serviços públicos municipais. Os *Serviços de Saúde Mental* de Campinas co-geridos pelo *Cândido Ferreira* representam uma parcela significativamente maior do que os da rede pública em geral. Isto ocorre principalmente no que diz respeito à quantidade de serviços ligados ao atendimento dos pacientes em crise nos leitos clínicos, bem como aos serviços de reabilitação como o NOT e as *Moradias Protegidas*, enquanto os serviços públicos estatais respondem prioritariamente à rede básica de atenção à saúde mental - *Centros de Saúde*. Estes dados demonstram que a assistência à saúde mental de Campinas vem priorizando ações que contemplam os princípios da desinstitucionalização e reinserção social das PPSM.

O apoio e o entendimento do projeto da reforma psiquiátrica pelos gestores são de fundamental importância para a implantação das ações e continuidade do processo de mudanças do *Modelo de Saúde Mental* da cidade.

Nesta gestão municipal atual houve rompimento de um convênio com o *Hospital Psiquiátrico Tibiriçá*, que gastava um terço dos recursos do SUS. Este fechamento possibilitou a realocação deste recurso para os serviços substitutivos. A extinção dos 130 leitos do antigo manicômio possibilitou a implementação da *Rede de Saúde Mental* - com a constituição de mais seis *Residências Terapêuticas*, ampliação e criação de mais quatro CAPS funcionando 24 horas e ampliação de mais dois CAPS de 12 para 24 horas - oferecendo cuidados contínuos aos usuários, além de serviços ambulatoriais com retaguarda de internação para dependentes químicos e *Centros de Convivência*. A diferença entre o CAPS 24 horas e o CERSAM 24 horas (de BH), é que o primeiro não prescinde dos leitos psiquiátricos hospitalares para a assistência da crise, ou seja, não funciona como porta de entrada para a urgência, mas sim como referência para os pacientes já em tratamento na rede de saúde mental. Já o segundo, desde o início de sua implantação tem como função a retaguarda dos pacientes em crise, com o intuito de, progressivamente, chegar à substituição dos leitos psiquiátricos hospitalares. O grande avanço em relação à reforma psiquiátrica em Campinas diz respeito à extinção dos leitos hospitalares para pacientes crônicos, o que pôde ser garantido pelo alto investimento nos serviços de reabilitação, como as *Moradias Protegidas* e as *Oficinas de Produção*.

Em função da população do município de Campinas, estima-se que a rede de assistência à saúde mental necessite ainda da construção de mais três CAPS 24 horas, em regiões prioritárias e distintas da cidade. Em função da ampliação dos equipamentos intermediários da saúde mental de Campinas, ou pós-crise - CAPS, NAPS, *Hospital-Dia*, NOT, *Centro de Convivência* e outros - está havendo uma redução média de permanência dos usuários nas unidades de internação psiquiátrica (Fonseca, 2001).

Também nos centros de saúde, os profissionais estão se constituindo enquanto equipes de referência local para as famílias de determinado território. Atualmente, não se consideram equipes mínimas em 24 dos 46 *Centros de Saúde*, mas sim, os profissionais da saúde mental, atuando como referência nos programas de saúde da família – PSF, em busca de uma clínica ampliada (Secretaria Municipal de Saúde Campinas, 2001)

Neste sentido, o *Cândido Ferreira* possui sete projetos ligados diretamente à assistência, sendo eles, a *Unidade de Atenção à Crise* (leitos de internação), hospital dia, NOT - *Armazém das Oficinas*, CAPS, *Moradores*, *Centro de Convivência* e *Projeto Casa Escola*.

Em relação ao custo de cada um dos projetos do *Serviço de Saúde Cândido Ferreira*, serão analisados os dados relativos aos resultados apresentados no ano de 1999.

TABELA 5

Custo total e custo /paciente por área de assistência dos serviços de saúde mental coordenados pelo Cândido Ferreira, 1999

Setores	Custo total (Em R\$)	vagas	Custo/vaga/ano (Em R\$)	Giro médio paciente/vaga	Custo paciente/ano (Em R\$)
Internação	1.013.000,00	50	20.260,00	9	2.250,00
Hospital-Dia	482.000,00	80	6.030,00	1,5	4.020,00
NOT	681.000,00	120	5.680,00	1	5.680,00
Núcleo Clínico	570.000,00	30	19.000,00	1	19.000,00
Moradores	1.424.000,00
Moradias protegidas	330.000,00	50	6.600,00	1	6.600,00

Fonte: FONSECA, 2001: 33

De acordo com a TAB.5, gostaria de ressaltar o valor investido no NOT, atual *Armazém das Oficinas*, que é bastante significativo se comparado aos demais serviços de assistência, demonstrando que a questão do trabalho compõe a assistência à saúde mental de Campinas - diferentemente de BH, onde este projeto não tem um lugar definido, não sendo

apropriado pela saúde na sua integralidade, bastando analisar a precariedade de investimento dos programas inseridos nos *Centros de Convivência* para se constatar essa diferença. Ainda no caso de Campinas, em relação aos projetos que não são financiados pelo SUS - como acontece com os *Centros de Convivência* - a *Prefeitura* repassa uma quantia específica para pagamento de projeto e não por procedimento, em função deste equipamento não ser reconhecido como um dispositivo da assistência. Isto demonstra que há uma legitimação por parte dos gestores municipais da saúde em relação à implantação e aprimoramento dos projetos da saúde mental de Campinas, posição bastante favorável para processo de reforma psiquiátrica.

Dentre os serviços oferecidos pelo *Serviço de Saúde Mental Cândido Ferreira*, darei destaque ao NOT, atual *Armazém das Oficinas*, por tratar-se do direito ao trabalho das pessoas acometidas por transtornos mentais e do papel dos serviços de saúde mental que buscam mediar a participação dessas pessoas no mercado de trabalho.

3.2.1 Núcleo de Oficinas: Frente de Trabalho e Geração de Renda

O *Núcleo de Oficinas de Trabalho* – NOT foi criado em 1991, logo após a proposta de abertura do antigo *Hospital Psiquiátrico Dr. Cândido Ferreira* como parte fundamental do processo de transformação assistencial da instituição.

“Nesta época já existiam pacientes que trabalhavam em alguns setores da instituição - como na lavanderia, rouparia, higienização, agropecuária - ou melhor, substituíam mão-de-obra insuficiente por falta de recursos financeiros da instituição para contratação. Pelos trabalhos realizados obtinham em troca um ‘prêmio’ que consistia na distribuição de doces, cigarros e alguns objetos de higiene pessoal. Também realizavam atividades de marcenaria, pintura, artesanatos em geral, em que parte da produção era vendida a preços baixíssimos, e a receita dava para comprar cigarros, às vezes...” (Cayres et al, 2001: 105).

Buscando dar novo enfoque ao trabalho realizado pelos usuários do serviço, foi criado o NOT, que propunha nova dinâmica garantindo aos usuários a criação de espaços de formação profissional, instrumentalizando-os e preparando-os para a reintegração à sociedade.

Inicialmente o NOT atendia basicamente os usuários do *Cândido*, mas com o passar do tempo começou a atender também usuários de outros serviços da rede municipal e de cidades vizinhas, adultos com quadro psiquiátrico estabilizado e independentes em relação ao transporte.

Os resultados expressivos alcançados criaram novas expectativas na equipe, levando-a a pensar em formas de amparo legal, maior interação com a comunidade e também em formas de desenvolver novas atividades e espaços de trabalho, por meio de convênios com empresas privadas e serviços públicos.

Assim, em 1993 foi fundada a *Associação Cornélia Maria Elizabete Van Hylckama Vlieg*, com o objetivo de oferecer ao NOT respaldo técnico, financeiro e jurídico e administrar recursos financeiros, organizacionais e políticos. A *Associação* é hoje reconhecida como *Órgão de Utilidade Pública Municipal e Estadual*, filiada à *Federação das Entidades Assistenciais de Campinas* e ao *Conselho Municipal de Assistência Social*.

O trabalho tem sido uma das maneiras de operacionalizar alternativas de intervenção no processo de autonomia e reabilitação dos usuários da Saúde Mental, buscando consolidar mudanças de qualidade da assistência psiquiátrica (Cayres et al, 2000).

Segundo Cayres (2001), o NOT tem desempenhado duas funções correlatas: de um lado persegue a profissionalização e, de outro, não se furta a atender as necessidades terapêuticas dos usuários, entendendo que valorizar um aspecto em detrimento do outro traria perdas reais aos usuários.

Atualmente o NOT atende, em média, 180 usuários e oferece 11 oficinas como alternativas de trabalho: gráfica, confecção de papel reciclado, vitrais, velas, mosaico, marcenaria, agrícola, culinária, serralheria, além do projeto de parceria firmado entre a *Associação Cornélia* e empresas interessadas em oferecer vagas para recolocação dos usuários no mercado formal de trabalho. A maioria das oficinas funciona nas dependências do antigo hospital psiquiátrico, sendo que três delas já estão funcionando no centro de Campinas.

Os usuários encaminhados ao NOT passam por uma triagem, na qual é feito um levantamento histórico ocupacional e de interesses do usuário, visando à inserção mais adequada nos grupos de trabalho disponíveis.

Os usuários recebem uma *Bolsa-Oficina* como resultado da produção e venda dos produtos, além da avaliação de desempenho (pontualidade, assiduidade, responsabilidade, qualidade da produção).

Do ponto de vista burocrático, pode-se dizer que o NOT possui duas vertentes: a assistencial e a comercial. Por ser um projeto que faz parte do *Serviço de Saúde Cândido Ferreira*, ele é reconhecido e legitimado pela assistência, o que lhe garante, como recurso principal do projeto, o financiamento repassado pelo convênio com o SUS (*Prefeitura*). O NOT recebe uma quantia por procedimentos executados, que cobre a medicação, o recurso

humano (equipe de 12 profissionais de nível superior e 17 de nível médio), além da alimentação dos trabalhadores e pacientes do NOT. Pelo lado da comercialização, a *Associação Cornélia* responde juridicamente pelo projeto, pela comercialização dos produtos, custo das mercadorias, pagamento das bolsas de trabalho e despesas gerais. O recurso gerido pela *Associação*, referente ao exercício de 2001, correspondia a 58% do recurso repassado pelo SUS para o Projeto do NOT em 1999.¹⁸ Tem-se, ainda, o financiamento repassado pela *Secretaria de Assistência Social* e pela *Federação das Entidades Assistenciais de Campinas - FEAC*, identificado como receita não operacional. A garantia de um recurso permanente vindo da saúde possibilita a ampliação e sobrevivência do projeto.¹⁹

TABELA 6

Custo da vaga/ano e do paciente inserido no projeto do NOT-1999, Repasse de verba para o NOT proveniente do SUS - Prefeitura de Campinas -1999

Setor	Custo Total	Nº Vagas²⁰	Custo paciente/Ano
NOT	R\$ 681.000,00	120	R\$5.680,00

Fonte: FONSECA, 2001. Alterações da autora.

¹⁸ Não foi possível obter os dados referentes ao repasse do SUS para o NOT no período de 2001. Sendo assim, a comparação possível de dados deu-se entre o recurso gerido pela *Associação* no exercício de 2001 e o recurso repassado pelo SUS no período de 1999.

¹⁹ Informações obtidas a partir de entrevista realizada com o economista do NOT - Campinas, 2002.

²⁰ Este número já não corresponde à realidade do momento. Neste ano de 2003 o número de usuários que participam do NOT é de aproximadamente 180 pessoas. Conseqüentemente, o valor do repasse de financiamento do SUS provavelmente sofreu um aumento para este período. Se mantivermos o custo anual de cada paciente no NOT no ano de 1999, com o aumento de 60 pacientes no projeto, estima-se que este repasse tenha sofrido um aumento de R\$ 308.070,00 no ano de 2003. No entanto, este dado não foi disponibilizado para esta confirmação.

TABELA 7

Demonstração de Resultado do Exercício Financeiro 2001 - Associação Cornélia – Campinas

Receitas	
Vendas de Mercadorias	R\$ 184.095,83
Vendas de Serviços	R\$171.481,20
Receitas Financeiras gerais	R\$2.413,12
Receita não operacional	R\$61.073,12
Perdas de Capital	(R\$19.800,00)
Total	R\$399.263,27
Despesas	
Custos de mercadorias	(R\$17.773,45)
Serviços de Terceiros - Bolsa da Oficina	(R\$280.947,07)
Despesas Gerais	(R\$90.503,63)
Despesas Financeiras e tributárias	(R\$4.904,62)
Despesa Total	(R\$394.128,77)
Superavit	R\$5.134,50

Fonte: ASSOCIAÇÃO CORNÉLIA VLIEG (2002). Plano de Ação 2002. Órgão de utilidade pública Municipal- Campinas

Em relação à sustentabilidade do projeto do NOT existem duas fontes de renda que, juntas, viabilizam o projeto. Uma delas é o repasse de verba feito pelo SUS, ou seja, a inserção do projeto na assistência, e a outra o capital de giro das oficinas de produção, que é gerenciado pela *Associação Cornélia*.

De acordo com a TAB.6, a análise dos dados demonstra um repasse do SUS para o projeto do NOT no valor de R\$ 681.000,00 anuais, ou seja, aproximadamente R\$56.750,00 mensais. Este recurso do governo é bastante significativo para a sustentabilidade do projeto do NOT, especificamente no que diz respeito à manutenção da sua equipe - responsável pelo acompanhamento sistemático dos usuários que participam do projeto - bem como do transporte, da alimentação e da assistência médica dos mesmos. Ainda como capital de giro do projeto NOT temos o movimento financeiro gerido pela *Associação Cornélia*, que viabiliza a aquisição de equipamentos e materiais necessários ao funcionamento das 11 oficinas do NOT, bem como o pagamento da *Bolsa-Oficina* para os usuários. Na TAB. 7, referente à Demonstração de Resultado do Exercício da *Associação Cornélia* do ano de 2001, considerando a existência de 11 oficinas integradas no NOT e aproximadamente 160 usuários, a análise de resultados demonstra que o total de faturamento anual das vendas de mercadorias e serviços foi de R\$ 355.577,03, sendo esta a condição principal de aquisição de receita pela *Associação*. Como estimativa, temos que a média mensal de faturamento das oficinas gira em torno de R\$ 2.693,00. Aproximação linear, que desconsidera as particularidades das oficinas, mesmo porque os dados específicos do faturamento de cada oficina não foram obtidos. No

geral, este faturamento está praticamente todo comprometido com as despesas que englobam as bolsas²¹ ou renda dos usuários e as despesas gerais e jurídicas. Somente as bolsas dos usuários correspondem a 63% das despesas totais. Contabiliza-se um superávit anual de R\$ 5.134,00 como excedente. Isto confirma o que já foi citado sobre a sustentabilidade das oficinas do NOT. De acordo com a análise dos números, vê-se a necessidade dos recursos originários do SUS como principal fonte de custeio do projeto, embora a contabilidade apresentada pela *Associação Cornélia* demonstre uma receita que cobre as demais despesas do projeto, entre elas a remuneração dos usuários com as *Bolsas-Oficinas*.

Embora este projeto dependa financeiramente de recursos repassados pela saúde, ele apresenta uma estrutura de funcionamento bastante organizada, com alcance significativo na proposta de inserção do usuário no trabalho, embora numa relação protegida. Possui também uma relação entre a sua produção e o mercado em vias de crescimento, podendo ser verificada a partir do número de lojas que revendem seus produtos, além de uma loja própria que contribui para esta circulação. Ou seja, os produtos feitos pelos usuários possuem uma qualidade que os tornam competitivos no mercado. O rendimento dos usuários ainda é considerado baixo, embora este valor fique próximo a um salário mínimo.

A seguir, o item 3.3 buscará demonstrar que em BH existem diferentes modelos e concepções de *Projetos de Geração de Trabalho e Renda* para as PPSM, enquanto em Campinas existe um eixo comum de geração de trabalho e renda para estes indivíduos.

Assim, veremos as várias concepções subjacentes às práticas descritas nos vários processos de inserção social através do trabalho para as PPSM a partir dos programas das áreas de Saúde Mental e Assistência Social, em especial na *Prefeitura de BH*. Vimos que o processo conhecido vem desde 1994, quando se buscou uma primeira parceria entre a Saúde Mental e a Assistência Social, na promoção de comercialização dos produtos que já eram feitos pelos usuários da Saúde Mental. Posteriormente, já em outra administração, a questão do trabalho para as PPSM se recolhe em seus serviços, neste caso especialmente nos *Centros de Convivência*, que vêm desenvolvendo, até o momento atual, *Programas de Geração de Trabalho e Renda* mais isolados e com práticas distintas que dependem principalmente de características pessoais e profissionais ligadas à coordenação dos programas. Paralelamente, demonstraremos um novo eixo condutor da questão do trabalho para as PPSM, a partir da iniciativa de uma ONG, em parceria com a *Secretaria Municipal de Modernização e*

²¹ *Bolsa Oficina* é a gratificação que os usuários recebem todo o mês, a partir da divisão do resultado da produção e comercialização dos produtos do NOT. No caso de Campinas esta bolsa fica em torno de R\$180,00 a R\$ 350,00 /mensais (Associação Cornélia Maria E.V.H. Vlieg. Plano de Ação 2002).

Administração da Prefeitura de BH, onde os usuários da Saúde Mental passam a ser incluídos junto a diferentes grupos que participam do *Programa de Geração de Trabalho e Renda* para o município.

Esta situação da não legitimidade política e da vinculação direta com esforços pessoais fez com que os programas apresentassem características bastante comuns em relação ao seu funcionamento. Primeiramente, a maioria dos programas de geração de trabalho em renda acolhe um número pouco expressivo de PPSM, ficando em torno de 10 pessoas. Não existe um financiamento específico para os programas, retratado na carência de matéria-prima, equipamentos e espaço físico. A remuneração dos usuários é baixíssima - dificilmente aproximando-se de meio salário mínimo – até mesmo porque a produção é relativamente pequena e o produto muitas vezes pouco valorizado no mercado. A dinâmica dos programas reflete as características pessoais e profissionais dos seus coordenadores. Por outro lado, a falta de um eixo comum de trabalho resultou em uma diversidade de experiências que vêm enriquecendo as discussões sobre o tema. A proposta de incluir as PPSM numa política de geração de trabalho para a população do município, levantada pelo *Fórum Mineiro de Saúde Mental*, pode representar um avanço no que diz respeito à ampliação da própria circulação deste público, quando os mesmos têm a chance de se integrar a outros grupos, bem como utilizar outros aparatos sociais fora da saúde mental. Porém, não podemos esquecer que, neste caso, a circulação das PPSM mantém-se limitada à população em situação de exclusão.

3.3 - Os diferentes modelos de Geração de Trabalho e Renda desenvolvidos em BH

As tipologias que se seguem, referentes aos *Modelos de Geração de Trabalho e Renda* desenvolvidos em BH e Campinas, foram construídas a partir das 26 entrevistas realizadas com gestores e coordenadores da saúde mental, com usuários integrantes dos grupos de produção, bem como com representante da *Secretaria Municipal de Modernização e Administração da Prefeitura de BH/Gerência das Ações de Desenvolvimento Sócio-Econômico* - GEDE envolvidos diretamente com os projetos de inserção das PPSM no trabalho (as funções de cada entrevistado e os formulários de entrevista encontram-se nos Anexos). Tais entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas pela própria pesquisadora.

Para a realização da Observação Participante foram selecionados três dos onze grupos de produção de Campinas, buscando aqueles que trouxessem maior diversidade em relação à

organização do processo produtivo, à forma de comercialização e aos produtos, bem como à relação da atividade ligada ao gênero etc. Vale lembrar que todos os grupos de Campinas fazem parte de um mesmo projeto de geração de trabalho e renda, ou seja, os grupos apresentam muitas características em comum. Em BH foi realizada observação participante nos três grupos de produção mais estruturados, localizados nos *Centros de Convivência Barreiro, São Paulo e Carlos Prates*, ressaltando-se que no caso de BH cada grupo apresenta um projeto próprio ligado à questão da geração de trabalho e renda. Tanto em Campinas quanto em BH foram realizadas em média quatro visitas em cada um dos grupos.

3.3.1 Projeto de Trabalho articulado à *Secretaria de Assistência Social* – Foco na comercialização dos produtos realizados pelos usuários da saúde mental

Desde 1994 a Assistência Social vem tendo um papel importante em relação à promoção de geração de trabalho e renda para grupos excluídos e marginalizados no mercado de trabalho. Inicialmente esta iniciativa se concretizava no *Projeto de Apoio às Unidades Produtivas*, e posteriormente através do *Arte Renda e Cidadania* - PROVER. É interessante lembrar que naquele momento não existia uma política pública de geração de renda na *Prefeitura de BH* - PBH, e tendo a Assistência Social assumido estes projetos corria-se o risco de torná-los mais assistencialistas, dirigidos para a população carente, com propostas limitadas de gestão e autonomia dos grupos atendidos pela Assistência Social.

Entre 1994/1995, a *Secretaria de Desenvolvimento Social da Prefeitura Municipal de BH* (atual *Secretaria Municipal de Assistência Social* – SMAS) começou a desenvolver um trabalho junto aos *Serviços de Saúde Mental* - representados pelo CERSAM Barreiro e pelos *Centros de Convivência Barreiro, Carlos Prates, São Paulo e Artur Bispo* - com o enfoque na questão do trabalho para as PPSM.

Inicialmente, a idéia era voltada para o apoio à comercialização dos objetos produzidos pelos usuários nos próprios serviços de saúde mental, a partir da abertura de espaço para a venda dos produtos em feiras - como a *Feira Hippie* da Av. Afonso Pena - no *Programa Mãos de Minas* e, posteriormente, na loja *Bazarte*, montada pela *Prefeitura*. Havia três grupos de usuários que participaram dessa iniciativa da *Secretaria*: o de costura, o de teatro de fantoches e o de artistas, que expuseram seus trabalhos nestes postos de venda.

Junto aos usuários da Saúde Mental havia no total 10 grupos de geração de trabalho e renda que estavam sendo apoiados pela SMAS e, desde esta época a *Secretaria* já apostava na

possibilidade de eles virem a formar uma cooperativa.

Devido à mudança na direção dos *Serviços de Saúde Mental* que participavam dessa iniciativa, o projeto junto à Assistência Social foi interrompido e a questão do trabalho para os usuários deixa de ser prioridade da direção destes serviços. Conforme entrevista concedida pela coordenadora da GEDE/PBH (2003), estas iniciativas junto à Saúde Mental sempre dependeram da vontade individual de algumas pessoas, não havendo naquela época um comprometimento da política de saúde mental como um todo em relação à questão do trabalho para as PPSM. Na verdade nunca houve uma formalização dessa parceria entre a *Secretaria de Assistência Social* e a *Secretaria de Saúde*. Nesta época, a questão do trabalho para as PPSM dependia do interesse de determinadas pessoas nos serviços de saúde mental, o que tornava o projeto bastante vulnerável a qualquer alteração no quadro de trabalhadores.

Em 2000, a loja *Bazarte* é fechada e um novo ponto de vendas é aberto no *Shopping Bahia*. No entanto, os usuários da saúde mental passam a não utilizar este espaço para a venda dos seus produtos tendo em vista que foi formada uma cooperativa - a partir dos grupos acompanhados pela SMAS - da qual os usuários da saúde mental não participavam. Segundo a coordenadora da GEDE/PBH (2003), esta decisão foi interna aos serviços de saúde mental. Como as cooperativas apoiadas pela SMAS associam pessoas excluídas de maneira geral, no caso da saúde mental houve um receio de que as PPSM não tivessem autonomia para responderem por si naquela relação de trabalho. Neste momento os grupos de produção da saúde mental se retiram do projeto da SMAS e novamente retornam para os serviços de saúde mental, deixando de vender os produtos nas feiras e perdendo o contato com a Secretaria de Assistência Social.

3.3.2- O Trabalho Formal como alternativa de inserção das PPSM - Uma parceria entre o Centro de Convivência e empresas privadas

Uma segunda alternativa para a participação dos usuários da saúde mental no mercado de trabalho é aquela que busca a inserção da PPSM via trabalho formal, inserção esta que seria viabilizada pela *Secretaria Municipal de Administração* junto às empresas terceirizadas pela *Prefeitura*. A proposta consiste na realização de parcerias do *Serviço de Saúde Mental* com empresas privadas, geralmente aquelas que já realizavam trabalhos terceirizados para a PBH. Neste caso, a *Prefeitura* era considerada um canal mediador para a abertura de vagas em empresas de seu conhecimento. O serviço de saúde mental se responsabilizava pelo

acompanhamento dos usuários nas empresas, enquanto as empresas assumiam uma contratação formal com o usuário/trabalhador. Apesar de as empresas não apresentarem resistências explícitas em relação à contratação destas pessoas, conforme relato da Coordenadora do Programa de Geração de Renda do Barreiro (2003), o número de pessoas beneficiadas foi bastante reduzido, apenas três usuários conseguiram trabalhar nesta condição, sendo que dois permanecem desde 1999 no trabalho e um foi dispensado em função de redução de gastos da empresa.

Os empregos disponibilizados por este programa consistiam em: 1- porteiro de escola pública; 2 - serviço de limpeza nas unidades da *Prefeitura* (com vínculos com uma empresa conservadora terceirizada) 3 - manutenção de praças públicas, na função de jardineiro (*Programa Adote uma Praça*, parceria entre a Prefeitura e empresas privadas). Geralmente as vagas ofertadas são caracterizadas por funções bastante simples e pouco remuneradas. Ainda neste projeto foram abertas duas vagas de estágio no setor de Recursos Humanos da *Regional Barreiro* - PBH, no setor de contabilidade, pleiteadas pelo serviço de saúde mental. Estes estagiários cumpriram os seis meses sem renovação do estágio.²² Este projeto apresentou várias limitações, dentre elas a carência de recursos humanos para realizar a mobilização das empresas para abertura de vagas de trabalho direcionadas a este público, bem como para realizar o acompanhamento sistemático dos usuários que participavam do projeto. Lembramos que os profissionais envolvidos neste projeto eram os mesmos que coordenavam o *Centro de Convivência*, ou seja, não existiam profissionais específicos para desenvolver este programa. A falta de formalização do projeto dentro de uma política pública de incentivo ao mesmo também foi um fator limitante que impediu sua ampliação, mesmo porque sua viabilidade dependia da boa vontade e interesse de empresários, situação esta que o tornou bastante frágil e praticamente interrompido.

Contraopondo-se a esta idéia existem aqueles que consideram o trabalho formal muito distante da realidade das PPSM, afirmando que este grupo teria pouca chance de competir no mercado formal. Neste sentido, defendem uma forma alternativa de inserção da PPSM no trabalho, via trabalho associativo ou cooperado. Neste sentido, encontramos dois caminhos que buscam a efetivação do trabalho cooperado para as PPSM. Um deles é a partir da formação de *Grupos de Produção* dentro dos próprios serviços de saúde mental, neste caso apresentado como mais um equipamento da rede, e estando teoricamente incluído na

²² Informações obtidas através de entrevista realizada com a coordenadora do Centro de Convivência Barreiro, 2003.

assistência, mas na verdade sem praticamente nenhum respaldo financeiro.

Outro caminho está sendo implementado via iniciativa da ONG *Fórum Mineiro de Saúde Mental*, que oferece cursos de qualificação profissional para usuários da saúde mental, em parceria com a *Prefeitura*, buscando a inclusão da questão do trabalho para as PPSM na política de geração de renda do município através do projeto de *Incubadora de Cooperativas*.

3.3.3 Trabalho informal integrado à saúde – cooperado, flexibilizado, protegido

As oficinas realizadas nos CC de BH com a proposta de *Geração de Trabalho e Renda* para as PPSM são denominadas *Grupo de Produção*. Geralmente estes grupos funcionam em um espaço cedido pelo CC, com poucos recursos mobiliários, humanos e de equipamento, situação reforçada pela própria carência dos CC's. Em alguns casos, nestes mesmos espaços também funcionam, em horários diferentes, as oficinas de arte e artesanatos, que são as de maior número nos CC. Isto demonstra que há um alto grau de improvisação dos locais de funcionamento dos grupos de produção. Geralmente cada CC possui um único grupo de produção e aproximadamente 10 oficinas de arte e artesanato, que se distribuem em Oficinas de Canto, de Musicalização, de Desenho e Pintura, de Modelagem, de Escultura, de Reciclados, de Artesanato, de Horta, de Bijouteria, dentre outras. A média de participantes que frequenta as oficinas do CC aproxima-se de 300 pessoas, enquanto os grupos de produção pesquisados variam de seis a 13 usuários. Isto demonstra que em BH a ênfase na inserção social dos usuários via arte e cultura é maior do que a inserção através do trabalho, o que pode ser demonstrado pela pouca expressão numérica e estrutural dos grupos de produção nestes espaços. Geralmente cada grupo de produção possui um técnico responsável - que é um Terapeuta Ocupacional ou Psicólogo - que faz o acompanhamento do grupo, além de um monitor - geralmente artista plástico ou alguém que possui habilidades manuais - para estar presente durante o funcionamento do grupo. Uma dificuldade comum apontada em todos os projetos é a carência de Recursos Humanos para dinamizá-los. A mesma pessoa que coordena o programa é responsável por colocar preço nos produtos, encaminhar as vendas, contabilizar o caixa, pagar as bolsas de trabalho, enfim, é responsável pela administração e execução de basicamente todo o processo envolvido no projeto. Além disto, estas ações ficam limitadas em função da falta de conhecimento do profissional da área da saúde mental acerca de todos esses aspectos envolvidos no processo.

Em relação à concepção de trabalho subjacente aos projetos de geração de trabalho e

renda para as PPSM, verificamos que em BH existe um consenso que nos permite identificar nos projetos de trabalho implementados para as PPSM a prevalência de uma organização de trabalho mais informal, flexível, baseado nos princípios da economia solidária de cooperação. Neste sentido, o trabalho é valorizado e proposto em seus aspectos mais subjetivos, como aqueles que possibilitam crescimento, humanização, solidariedade. Conseqüentemente, é tecida uma crítica às regras fordistas de repetitividade do trabalho como condição única de as PPSM ingressarem no mercado de trabalho. Acreditam numa relação de trabalho que contemple as diferenças e o jeito de cada um. A solidariedade é vista como um dos aspectos mais relevantes para se criar uma condição favorável de trabalho para as PPSM, tendo em vista a baixa remuneração que recebem e a qualidade e criatividade de seu trabalho.

Esta visão é reforçada pelas entrevistas, que relatam a crença numa relação de trabalho que respeite o tempo e o ritmo das pessoas, bem como as escolhas pessoais, através de uma relação mais flexível, aberta e que permita ao trabalhador apropriar-se do processo de produção. Consideram o trabalho como, além de meio de produção, a própria construção do homem, do sujeito, a possibilidade de resgate do valor perdido para a grande massa de trabalhadores, reafirmando que o trabalho não deve ser realizado com sofrimento. Também apostam numa relação de trabalho que contemple, além da renda, valores como os da solidariedade, compreensão, qualidade de vida e liberdade. Sendo assim, ao pensarem os projetos de inserção das PPSM, fazem menção à concepção de trabalho cooperado e solidário, aproximando-se do discurso da Economia Solidária.

Uma outra consideração comum nos relatos chama a atenção para os *Serviços de Saúde Mental* que querem aproximar o trabalho dos usuários a uma realidade de trabalho comum, tecendo críticas à busca de adaptação e adequação deste grupo para um trabalho que exija a cobrança de cumprimento de horários, assiduidade, ritmo de trabalho. Também criticam os *Programas de Geração de Renda* para os usuários da Saúde Mental que se detêm apenas nas questões econômicas. Neste caso, fazem uma crítica aos projetos que visam a normatização dos usuários como condição para participarem do trabalho.

Embora tenhamos verificado este consenso em relação à concepção de trabalho, na prática nos deparamos com propostas distintas.

Dentro desta mesma concepção existem variações quanto à organização do trabalho, à especificidade da produção, bem como à frequência de trabalho de cada grupo. Mesmo porque cada grupo de produção é desenvolvido em um *Centro de Convivência* e não há uma integração entre eles, o que gera diversidade quanto à prática de cada um. Assim, podemos dividi-los em pelo menos dois modelos de trabalho, sendo o primeiro o de trabalho cooperado

com menor grau de proteção e maior organização fordista, e o segundo o trabalho cooperado protegido com alto grau de flexibilização.

No primeiro caso, encontramos grupos que funcionam todos os dias da semana, no período de 8:00 às 16:00, aproximando-se de uma organização de trabalho mais fordista, com distribuição de funções, assiduidade, registro de ponto etc. Embora o trabalho tenha um certo grau de proteção, por estar dentro de um serviço de saúde mental e por ter a presença de um responsável de nível técnico, não há uma presença constante de um monitor acompanhando o grupo, o que aparentemente possibilitaria maior autonomia do mesmo. No entanto, a dificuldade de auto-gestão do grupo - no que diz respeito à tomada de decisão, ao trabalho em equipe e à divisão de tarefas - foi apontada como uma limitação deste trabalho.

O segundo caso diz respeito ao grupo de produção que não segue um funcionamento padrão de trabalho, ou seja, funciona apenas duas vezes na semana, num período de três horas por dia. Neste caso, conforme entrevistas, esta frequência menor de trabalho é explicada primeiramente em função das particularidades dos usuários, o tempo próprio de cada um, mas também devido às condições precárias de funcionamento do projeto, ou seja, à falta de profissionais para dinamizá-lo e de local e equipamentos adequados para seu funcionamento. Em função disto percebe-se no grupo uma maior flexibilização nas relações de trabalho, construídas de acordo com cada participante, ou seja, particulariza-se a relação de trabalho, sendo que qualquer ação, subjetiva ou não, que o usuário identifica enquanto um trabalho é legitimada enquanto tal. Neste caso, geralmente a “clínica do sujeito” ou seja, a subjetividade do usuário sobrepõe-se ao trabalho como uma construção coletiva. Estas diferentes características na dinâmica do trabalho realizadas nos grupos demonstram que os primeiros estão mais próximos de uma organização de trabalho, enquanto os segundos tendem a privilegiar a questão mais clínica. Embora todos privilegiem uma relação de trabalho em que haja respeito às particularidades dos participantes, neste segundo caso a tônica do trabalho é mais clínica.

Estas características foram reforçadas nas entrevistas que consideram que a clínica da psicose aponta direções específicas, e que o trabalho está sobreposto a esta clínica. Ou seja, a partir dessas especificidades vê-se o que é possível e viável em relação ao trabalho. A Coordenadora do CC Barreiro (2002) afirma que, por estar lidando com pessoas psicóticas, e considerando a clínica do sujeito, a inclusão de regras e normas pode provocar uma seleção entre os próprios usuários. Acredita ser necessário evitar a rigidez no processo de trabalho e estar aberto à escuta do sujeito. Neste caso, há uma associação do trabalho às questões individuais, excluindo sua característica coletiva. O trabalho passa a ter o formato que é dado

pelo sujeito, limitando sua perspectiva de ampliação contratual.

Existem teóricos da saúde mental que fazem uma crítica a esta leitura puramente clínica da relação de trabalho. A questão do trabalho pode estar associada a uma questão terapêutica se a concepção de terapêutico incluir também o direito das PPSM. Assim, não se nega a possibilidade de o processo de trabalho ter seu lado terapêutico, ainda que os grupos em que a tônica do trabalho seja mais terapêutica se fechem mais nos serviços de saúde mental.

Também foi possível perceber que há uma dificuldade dos usuários e de alguns técnicos em distinguir os grupos de produção inseridos nos CC's das oficinas ofertadas neste mesmo espaço. Isto porque geralmente a venda dos produtos começa a ser realizada nas próprias oficinas, incluindo aspectos ligados ao trabalho como a questão da renda. Ao mesmo tempo, também existe uma dificuldade de alguns usuários identificarem o grupo de produção como local de trabalho, identificando-o como local de tratamento, principalmente por este funcionar em um serviço de saúde mental. No entanto, alguns usuários tentam diferenciar estes dois espaços. Segundo usuários que participam dos grupos de produção, a diferença entre oficina e grupos de produção é que a “a oficina é um começo, onde se começa do zero, sendo que no grupo de produção a pessoa já está mais treinada, mais independente”.²³ Além disto, registramos também outras afirmativas: “É preciso ser ‘expert’ para entrar no grupo de produção”; “Quando a gente viu que tinha habilidade para fazer coisas perfeitas, sem que as pessoas reclamassem do nosso trabalho, a gente preferiu separar-se da oficina terapêutica”; “No grupo de produção temos mais compromisso com a gente mesma, não é uma medicina, mas tem bem estar”; “As pessoas são mais capacitadas no grupo de produção, mas o grupo de produção é diferente de um trabalho. O trabalho a gente é obrigado a vir, e todo mês tem um salário. No grupo de produção não é obrigado a vir, aqui é só uma terapia, até o médico manda a gente pra cá para fazer terapia. Aqui todo mundo faz o que gosta”.²⁴

Estes relatos demonstram que a diferença entre o *Grupo de Produção* e a *Oficina* está associada principalmente à capacidade e habilidade dos participantes e autonomia para realização das atividades. Ou seja, no *Grupo de Produção* estes quesitos são mais desenvolvidos nos participantes. No entanto, existe algo que ainda distancia o *Grupo de Produção* de um trabalho, neste caso, a ausência de um compromisso mais rigoroso com a atividade realizada no grupo, além da falta de uma remuneração estabelecida pela produção. Sabe-se que estas pessoas recebem pelo que produzem, sendo que 50% vai para a reposição

²³ Relatos de usuários da saúde mental integrantes do grupo de produção do CC São Paulo, 2002.

²⁴ Id., ibid.

de materiais e os outros 50% para quem produziu. Geralmente estes rendimentos variam de mês a mês e dificilmente chegam a um salário mínimo.

Para identificar algumas questões relativas aos rendimentos destes *Grupos de Produção* analisamos alguns poucos registros encontrados, que contabilizaram o movimento de caixa durante quatro meses consecutivos, relativos a dois grupos de produção de BH. Neste sentido pudemos ter um resultado aproximado do exercício financeiro destes dois grupos de produção.

TABELA 8

Resultado do Exercício Financeiro de dois Grupos de Produção de BH no Período de set/02 a dez/02

Atividades dos grupos de produção	Nº participantes (Média)	Valor médio de comercialização dos produtos	Horas/trabalhadas Semanal	Valor/hora	Bolsa de trabalho mensal
1-Oficina de Culinária	6	R\$ 506,87	18h/semana	R\$0,68	R\$ 48,00
2-Oficina de Bolsas-	10	R\$ 1.088,89	4 horas/semana	R\$3,39	R\$ 54,23

Fonte: Pesquisa realizada pela autora a partir de registros dos Grupos de Produção localizados nos Centros de Convivência de BH - período de set a dez/2002²⁵.

De acordo com a TAB.8 foi realizada uma análise dos resultados de quatro meses de funcionamento de dois *Grupos de Produção*, localizados em diferentes *Centros de Convivência*, contabilizando dados relativos aos valores médios levantados com a comercialização dos produtos, bem como o valor médio das horas trabalhadas e a quantia recebida pelos usuários participantes dos respectivos grupos. Nestes quatro meses, o número de participantes do Grupo 1 manteve uma média de 6 integrantes, enquanto do Grupo 2 manteve em torno de 10 pessoas. A receita média referente à venda dos quatro meses de funcionamento do Grupo 1 foi de apenas R\$ 506,87, enquanto o Grupo 2 foi de R\$ 1.088,89. Neste caso, penso que a diferença de valores está associada diretamente ao valor dos produtos fabricados. Ou seja, a bolsa tem um valor maior do que os salgados e doces produzidos no

²⁵ A construção destes dados foi bastante complicada devido à ausência de registros de controle referentes ao funcionamento dos grupos de produção. Os poucos dados encontrados sobre compras e vendas dos produtos foram registrados com uma precária organização.

Grupo 1, embora o grupo que produziu as bolsas tenha menos horas de trabalho.²⁶ O valor médio da hora trabalhada no Grupo 1 foi de apenas R\$ 0,68, sendo que a média do número de horas trabalhadas por semana foi de 18h, ou seja, 72 horas de trabalho por mês. A variação entre o número máximo e mínimo de horas trabalhadas por semana foi de 39 a 13. No entanto, a maioria se mantém próxima à média de 18h/semana. Sendo assim, o valor médio da bolsa de trabalho durante estes meses foi de aproximadamente R\$ 48,00/mês para cada participante (Registros do Grupo de Produção do Carlos Prates, 2002). Em relação ao Grupo 2, o valor médio das horas trabalhadas foi R\$ 3,39, sendo que a média de horas trabalhadas por semana foi de 4h, ou seja, 16h mensais. Assim, o valor médio da bolsa de trabalho durante estes quatro meses foi de R\$ 54,23 (Registros do Grupo de Produção do Carlos Prates, 2002).

Em relação ao terceiro grupo de produção pesquisado, não foi possível apresentar seus resultados financeiros. No entanto, em função do relato de problemas e condições semelhantes entre eles, principalmente em relação à condição de funcionamento e sustentabilidade, não penso que haja muita variação em relação aos números apresentados acima. Mesmo atividades como o bordado, que era a atividade do Grupo 3, e sua forma artesanal de produção, apresenta dificuldades comuns às demais no que diz respeito à comercialização do produto e sua pouca valorização no mercado.

3.3.4- Modelo de trabalho - parceria ONG e Secretaria de Modernização Administrativa da PBH: Trabalho cooperado, baixo nível de proteção

Ainda sob a ótica do trabalho cooperado alguns relatos apontam outras alternativas para a participação das PPSM no trabalho. Uma proposta que se encontra em desenvolvimento em BH é a que acredita na construção de grupos de produção fora do circuito da Saúde Mental. Este discurso é reforçado pelo relato que aponta para o incômodo dos usuários em relação à marca da Saúde Mental nas associações ou cooperativas, o que os deixa com um carimbo “o resto da vida”.

Estes valorizam a construção de uma alternativa de trabalho sendo feita conjuntamente com os usuários. Neste sentido, acreditam estar garantindo aos usuários um reconhecimento no próprio trabalho, com menos possibilidade de se criar uma relação de trabalho alienante. Por isso discordam da oferta de postos de trabalho para as PPSM.

²⁶ Segundo relato da coordenadora do grupo de bolsas, embora se conste que os participantes trabalhem apenas 4 horas por semana, a maioria deles leva a bolsa para fazer em casa. No entanto, as horas de trabalho a domicílio não foram computadas.

Neste mesmo sentido, avalia-se que o trabalho possibilita o retorno à convivência social para este grupo que vive em exclusão acentuada, e que está saindo dos hospitais psiquiátricos. “Não estamos pensando o trabalho em termos de tratamento, como acontece nos CC, porque eles estão em um local da assistência, onde têm remédios, médicos, mas sim, acreditamos no trabalho em termos de qualidade de vida, de uma forma de estar com o mundo aí fora, como uma empresa normal igual às outras”.²⁷ Sob esta perspectiva de trabalho, em que a tentativa passa a ser o deslocamento da questão do trabalho para as PPSM da saúde para uma política de geração de trabalho e renda mais ampla, foi criada uma parceria com a *Secretaria de Modernização e Administração da PBH* a partir de uma iniciativa da sociedade civil, representada pela ONG *Fórum Mineiro de Saúde Mental*.

No ano de 2000, com a reforma administrativa da PBH todos os projetos ligados ao desenvolvimento social tais como os *Projetos de Geração de Renda* e de *Industria e Comércio*, a *Comissão Municipal de Emprego*, o Banco de Cooperativa Popular - BANCOOP, a *Câmara de Design*, o *Parque Tecnológico* ou seja, tudo o que dissesse respeito ao desenvolvimento econômico de BH foi transferido para a *Secretaria Municipal de Modernização Administrativa/ GEDE*, inclusive os projetos antes desenvolvidos pela *Secretaria de Assistência Social*.

O novo contato com a *Secretaria Municipal de Modernização Administrativa*, em relação à questão do trabalho para as PPSM, passa a ser realizado, então, pela ONG *Fórum Mineiro de Saúde Mental* e, a partir dos cursos de capacitação profissional e gestão de cooperativas ofertados pelo Fórum desde 1999, 50 usuários que participaram dos cursos constituíram três grupos de produção: marcenaria, lapidação e bijouteria, que estão sendo acompanhados pelo Fórum.

Desde então, o *Fórum* passa a participar do projeto da Incubadora de *Economia Solidária* junto ao *Graal*²⁸ e a *Prefeitura*. A previsão é de que 86 pessoas venham a participar do projeto da incubadora, que tem previsão de implantação para junho/03. Estes grupos, que estão sendo acompanhados pela *Secretaria de Modernização*, vieram encaminhados da Saúde Mental e da Assistência Social, além de atender desempregados em geral e a população de rua. O grupo da saúde mental soma um total de 50 pessoas, representando os três maiores grupos do projeto. O projeto busca trabalhar um recorte novo em relação ao trabalho, destacando-se a cadeia produtiva e a rede solidária.

²⁷ Informações obtidas através da entrevista realizada com o Presidente da Associação dos Usuários da Saúde Mental - ASUSAM, 2002.

²⁸ A Graal é uma ONG parceira da PBH na realização de programas de geração de trabalho e renda.

A incubadora de *Economia Solidária* tem como objetivo dar suporte aos grupos na área gerencial, em gestão, marketing, comercialização, além de trabalhar em prol da formação de uma rede solidária. Funcionará como um espaço público no *Mercado Distrital de Santa Tereza*. Além do espaço físico, a *Prefeitura* cederá equipamentos de trabalho, embora inicialmente os grupos tenham que financiar sua matéria-prima.

A Coordenação da GEDE (2003) acredita que estes grupos permanecerão incubados por um ou dois anos, para que assim eles venham a construir uma rede de economia solidária, mesmo porque quando isolados a chance de sobrevivência é bastante reduzida. A idéia é de se criar um espaço comum, com local de venda e de estoque da matéria-prima únicos, onde um produto vai estar complementado o outro.

Para isso, a *Secretaria de Modernização* realizou uma parceria com o *Departamento de Engenharia de Produção da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG* para um estudo do ambiente de trabalho e para a cessão de arquitetos, fisioterapeutas, designer e médicos do trabalho para o grupo. Encomendas de pesquisas para adequação de equipamentos foram feitas, no sentido de que estes equipamentos não sejam tão profissionais que retirem a criatividade dos trabalhadores, nem tão básicos como o que eles construíram e com os quais trabalham atualmente.

Segundo a coordenação da GEDE (2003), a concepção do projeto é de que, independente da procedência dos grupos - seja da Saúde Mental ou da Assistência Social (*Programa de Erradicação do Trabalho Infantil - PETI* ou população de rua) - o grupo estando apto a gerar renda será transferido para a *Secretaria de Modernização e Administração/GEDE*. Neste momento a tônica do trabalho passa ser outra. Entretanto, caso uma pessoa do grupo necessite de um acompanhamento mais especializado, existe uma parceria para recorrer à Assistência Social ou à Saúde Mental. Embora o projeto de Incubadora esteja avançado em suas propostas teóricas, sabe-se que sua implementação ainda não aconteceu, apesar de já existir um financiamento específico para sua efetivação. Neste caso, esta demora pode acarretar em perda da verba aprovada para este fim. Por isso a *Secretaria de Modernização* parece estar colocando o projeto de *Incubadoras de Empreendimentos Solidários* como prioridade nas suas ações de *Geração de Trabalho e Renda* para esta população marginalizada socialmente.

3.3.5- Modelo de trabalho cooperado, protegido, integrado à saúde, com fortes características do fordismo - Campinas

Conforme já havia mencionado, desde o início da reforma psiquiátrica em Campinas o projeto de geração de trabalho e renda para as PPSM foi reconhecido enquanto um dos eixos principais da desinstitucionalização. Isto fez com que este projeto fosse integrado à assistência à saúde mental desde 1991, sendo reconhecido pela *Secretaria de Saúde* enquanto um importante dispositivo para a transformação da assistência à saúde mental. Em geral, todas as oficinas integradas ao NOT possuem um eixo comum de funcionamento. Em função de uma equipe específica para este programa - composta por 29 profissionais (psiquiatra, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, enfermeiro, auxiliar administrativo, monitores, motorista) - cedida pelo *Serviço de Saúde Cândido Ferreira* e financiada pela *Secretaria Municipal de Saúde*, o acompanhamento das oficinas é garantido por dois monitores, que geralmente não possuem formação em saúde mental, e uma coordenadora em cada oficina, além da coordenadora geral do programa. Sendo assim, é consenso no grupo e faz parte da dinâmica a presença constante de uma pessoa do serviço - no caso o monitor junto à coordenadora - intermediando as relações de trabalho nas oficinas de produção, alguém que seja responsável pelo grupo, caracterizando o trabalho com um alto grau de proteção.

Os participantes do NOT são encaminhados pelos serviços da rede de saúde mental do município e/ou demanda espontânea. No entanto, todos devem estar sendo acompanhados em tratamento. O funcionamento das oficinas é de 07:00 às 17:00h, com plantões em feiras e eventos nos finais de semana.

Os grupos que participam das oficinas são bastante heterogêneos, participando pessoas com muita autonomia, e outras mais debilitadas pela própria doença, mas que encontram um papel e função no grupo.

Todos os usuários das oficinas recebem uma *Bolsa-Oficina* como resultado da produção e venda dos produtos. A renda média dos trabalhadores/usuários varia entre R\$180,00 a R\$ 350,00 mensal. A remuneração da bolsa de trabalho é calculada por hora trabalhada, bem como de acordo com a avaliação de desempenho de cada um dos participantes. Essa avaliação é feita em grupo pelo coordenador, monitor e usuários durante o mês. Nesta avaliação consideram-se critérios como assiduidade, pontualidade, responsabilidade, iniciativa, criatividade, higiene pessoal, relação com o grupo e desempenho na tarefa específica. Por todos estes aspectos, inclusive diretamente ligados à produção e

venda, a remuneração sofre muita variação.

Atualmente o NOT enfrenta o problema de esgotamento da oferta de trabalho, registrado pela presença de uma lista de espera de 160 usuários da Saúde Mental que aguardam uma vaga nas oficinas. Sabe-se que o fluxo de saída dos trabalhadores dessas oficinas para outras possíveis relações de trabalho é quase nulo, o que demonstra um investimento maior do serviço no trabalho cooperado e protegido.

O *Modelo de Campinas* aponta para uma concepção de trabalho associada à questão do direito, viabilizada pelo trabalho cooperado e protegido pelo serviço de saúde mental, que visa a reabilitação psicossocial e a formação profissional. Além disto, considera o trabalho cooperado como alternativa à atual crise do mercado.

O modelo, além de apontar este trabalho como uma forma de gerar renda, firma-se numa relação de trabalho mais flexível, que acolha as particularidades dos usuários, que preze o respeito às diferenças, escolhas, jeito de cada um. Associa o processo de trabalho experimentado pelos usuários à reabilitação, convivência, flexibilidade em relação às regras, diferenciando-o de um compromisso de trabalho formal.

No entanto, enfatiza a questão financeira como algo importante. A prática do trabalho realizada no NOT é identificada ao cumprimento de regras, horários, rotinas, livro de ponto e remuneração, além da produtividade e qualidade dos produtos. Este modelo de trabalho considera a função terapêutica no processo de trabalho, embora aponte que a demanda de 90% dos usuários seja por trabalho e salário. A produção da oficina acontece de acordo com o mercado, buscando originalidade e utilizando como valor agregado ao produto a questão da responsabilidade social.

Existem também técnicos especializados e responsáveis pela administração, contabilidade e custos das oficinas do NOT. A comercialização dos produtos é realizada através de feiras de artesanatos, de lojas parceiras do projeto - *Energia da Terra, Alpendre, Toque Finale, Atelier Angela Morisco, Papelaria Papel Importante, Avis Rara, Ofício da Terra*, dentre outras, além do *Mercado Mundo Mix, Gifth Fair* (vendas no atacado) – da loja do próprio projeto (NOT & CIA), de bazares e prestações de serviços, da presença de um vendedor que trabalha com comissão, e ainda, de eventos realizados na *Prefeitura* através de contrato com a *Secretaria da Cultura e da Saúde* na UNICAMP, e demais festividades na cidade, bem como encomendas e lanchonete instalada no próprio serviço de saúde mental. Isto demonstra que o projeto do NOT já apresenta uma certa estrutura de comercialização, que possibilita um fluxo de saída de seus produtos para o mercado.

Os equipamentos da oficina são adquiridos através de doações ou financiados pela

própria oficina. De acordo com a demonstração de resultado do NOT no período de 2001, é possível perceber que o capital gerido pela *Associação Cornélia*, que corresponde às receitas e despesas do NOT, consegue arcar com os materiais necessários para o funcionamento das oficinas, embora a maioria das oficinas ainda esteja funcionando em espaços físicos inadequados e com falta de equipamentos básicos.

Em relação ao sentido do trabalho realizado no NOT, há basicamente duas percepções distintas consideradas por técnicos desta equipe. Enquanto para alguns o trabalho protegido é identificado como um emprego e não mais como um treinamento profissional em transição para o mercado formal ou autônomo, para outros o trabalho realizado nas oficinas do NOT significa uma etapa para alcançar a estabilização dos pacientes e o enfrentamento do mercado formal. Em relação ao efeito do trabalho na vida dos usuários, consideram que o mesmo favorece a redução de estigma e de crises e melhora a auto-estima dos usuários. O trabalho é visto como atividade que estrutura psiquicamente. Segundo relato, o número de reinternações das pessoas que trabalhavam nas oficinas reduziu-se bastante. Esta visão sobre o trabalho está relacionada à própria proximidade deste com a Assistência. Por ser um projeto integrado à política de saúde mental do município, a questão do trabalho é intermediada pela questão da assistência médica. Segundo relato da coordenadora da Oficina de Mosaico do NOT (2002), os motores do projeto são a terapia e o trabalho, pontos que, para eles, não são antagônicos.

Segundo relatos, os principais limites do projeto encontram-se na falta de profissionalização do projeto e dos técnicos para organização da produção e custos, associado com a dificuldade de promover a produção e ao mesmo tempo atender à assistência clínica dos usuários.

Também a dificuldade financeira, a carência de uma estrutura física adequada – que leva o projeto a funcionar em local improvisado – e a falta de equipamentos são vistos como graves problemas do projeto.

No entanto, de acordo com a Coordenadora do NOT (2002), as oficinas passam por dificuldades comuns às cooperativas, e a demanda que os usuários fazem por um monitor, um mediador, é a mesma demanda que os trabalhadores comuns fazem nas cooperativas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A relação de trabalho que fortaleceu a exclusão e segregação do louco nos *Grandes Asilos*, legitimada pela *Escola do Tratamento Moral*, vem sendo repensada junto às demais ações que visam à transformação da assistência à saúde mental, na sua forma mais complexa de “lidar” com as PPSM. No entanto, encontramos distintos processos de reforma psiquiátrica no Brasil, variando segundo características regionais e/ou político-ideológicas. Neste caso, percebemos que o modelo substitutivo aos hospitais psiquiátricos ainda está longe de ser o modelo hegemônico da assistência, e para esta constatação basta analisarmos os dados referentes ao financiamento dos hospitais psiquiátricos em relação aos serviços substitutivos. Em relação ao financiamento total do SUS destinado à saúde mental do país, 80% são dirigidos aos hospitais psiquiátricos e apenas 20% aos serviços substitutivos. Além dos problemas orçamentários, há também os limites impostos por gestores municipais na implantação de dispositivos substitutivos de atenção à saúde mental, e ainda limites profissionais (práticos e teóricos) que resistem à construção de uma “nova clínica” da saúde mental.

No entanto, apesar de todas as dificuldades impostas ao processo de reforma psiquiátrica, não podemos desconsiderar que houve avanços significativos no processo de construção de um novo modelo de saúde mental no país. Basta lembrar que a *Política Nacional de Saúde Mental*, desde a aprovação da Lei 10.216/01 bem como das diversas Portarias Ministeriais, vem efetivando ações no sentido da desinstitucionalização e incentivo à implantação de dispositivos substitutivos de saúde mental, tais como CERSAMS, CAPS, *Centros de Convivência*, *Moradias Protegidas* etc. Neste sentido, contamos com algumas cidades brasileiras que já experimentam acolher as PPSM sob uma nova ótica de tratamento. No lugar da anulação dos sujeitos considerados “anti-sociais”, o processo de desinstitucionalização e a construção de um modelo substitutivo de assistência buscam uma re-humanização do tratamento dirigido às PPSM, priorizando a efetivação dos seus direitos básicos, até então negados legalmente, cientificamente, culturalmente etc pelo modelo manicomial.

Segundo Saraceno (2001), existem alguns eixos básicos que possibilitam o aumento da contratualidade do louco nos espaços sociais, e a inserção das PPSM no trabalho é apontado como tal. No entanto, justamente no momento em que a precarização do trabalho passa a ser vista como uma das principais causas de exclusão social, ampliando assim o contingente

daqueles considerados “descartáveis” pelo mercado de trabalho, a questão do trabalho para as PPSM reaparece como um dos eixos centrais na conquista de maior participação social deste grupo de pessoas e de novas possibilidades de interação entre estes e a sociedade.

A degradação das relações de trabalho levou alguns Cientistas Sociais a negarem o lugar central do trabalho na organização social, bem como na construção identitária dos indivíduos. No entanto, na prática assistimos a um crescimento das iniciativas econômicas voltadas às formas alternativas de trabalho, tais como o trabalho por conta própria, cooperado, associado, que se configuram em opções ponderáveis para os segmentos sociais de baixa renda, fortemente atingidos pelo quadro de desocupação estrutural e pelo empobrecimento (Gaiger, 1999b). Embora tais iniciativas constituam muitas vezes um apelo à sobrevivência, autores que defendem os princípios da *Economia Solidária* apostam que estas alternativas de trabalho vêm possibilitar a construção de novas relações de trabalho, priorizando o desenvolvimento humano e solidário a partir de uma relação mais saudável que não se limita exclusivamente à valorização do capital.

Em relação aos programas de geração de trabalho e renda para as PPSM, vimos que no Brasil não existe uma política específica para este público e que a questão da inserção das PPSM no trabalho está basicamente centralizada na discussão da saúde mental.

A partir desta pesquisa foi possível perceber que existem basicamente duas concepções de trabalho que embasam os projetos que visam à inserção no trabalho das PPSM. Uma primeira tem como foco a participação deste público no mercado formal, a partir da oferta de cursos de qualificação profissional, bem como da abertura de vagas para estágios em empresas privadas. Estes modelos de inserção no mercado formal são encontrados na literatura anglo-saxã, mas são também utilizados no Brasil. Estes modelos são bastante criticados por lidar com as PPSM na tentativa de igualar suas condições a de uma outra pessoa qualquer, inclusive na competição em relação à disputa de vaga no mercado de trabalho. A meu ver, fica claro que as PPSM não conseguirão competir no mercado formal, mesmo porque este vem excluindo naturalmente quem não corresponde a um padrão de habilidades e comportamentos. Neste sentido, é complicado pensar na normatização das PPSM desconsiderando que as mesmas possuem suas particularidades decorrentes da própria condição patológica, ou seja, apresentando comportamentos que não atendem à expectativa do mercado formal de trabalho. Uma segunda concepção busca alternativas de trabalho associadas ao mercado informal, via relações de trabalho cooperado, formações de associações e/ou grupos de produção. Este modelo assemelha-se ao modelo italiano de cooperativas, iniciado em Trieste a partir do processo de desinstitucionalização. Ampliando

para as transformações mais gerais do mundo do trabalho, podemos identificar estas alternativas de trabalho sob a ótica da *Economia Solidária*, identificada por muitos teóricos da saúde mental do Brasil como possibilidade de inserção social das PPSM. Embora estas relações de trabalho enfrentem grandes dificuldades de sustentabilidade, organização e gestão, as mesmas são vistas como possibilidade real de participação das PPSM, principalmente por serem relações de trabalho mais flexíveis, que permitam a criatividade, originalidade, realização de trabalhos manuais e interação com outras pessoas.

No entanto, de acordo com Taville (2001), em relação à constituição de empreendimentos solidários não basta fazer considerações ou juízos de valor social se tais alternativas não forem economicamente viáveis. Nesta hipótese, elas somente poderão ser adotadas caso se considere a possibilidade de intervenção do Estado para arcar explicitamente com o ônus de determinados custos sociais. No entanto, deve levar em consideração padrões socialmente necessários de produção e outros socialmente aceitos de demanda, que precisam ser atendidos para garantir ao menos a sobrevivência do empreendimento. Assim sendo, é preciso atender o mercado em quantidade suficiente, preço competitivo e qualidade assegurada, bem como diversificação do produto, serviços pós-venda, além de capacidade de financiamento ao produtor e crédito ao consumidor. Talvez este seja o maior desafio dos projetos de geração de trabalho e renda para as PPSM, ou seja, atender as demandas ligadas à comercialização e sustentabilidade dos projetos de trabalho sem perder de vista a qualidade das relações de trabalho que serão propostas para os usuários da saúde mental. A partir desta pesquisa, foi possível perceber que Campinas consegue lidar melhor com as questões pertinentes à organização e qualidade do trabalho para as PPSM se comparado a BH, município que, embora priorize a qualidade das relações de trabalho, apresenta-se bastante limitado quanto aos desafios relacionados à sustentabilidade e organização dos empreendimentos.

Embora a questão da inserção das PPSM no trabalho passe a ser reconhecida pela própria política nacional de saúde mental como um dos eixos de desinstitucionalização, praticamente não existem leis que regulamentem estas ações. O que podemos observar é a presença de programas focalizados em regiões que avançaram no processo de reforma psiquiátrica, onde cada cidade apresenta modelos particulares de geração de trabalho e renda para as PPSM. Geralmente estes modelos de trabalho vêm de encontro às ideologias e concepções de assistência que respaldam cada projeto municipal de saúde mental.

No caso de Campinas, isto fica claro quando, desde o início da *Reforma Psiquiátrica*, o programa de geração de trabalho e renda é implantado como um dos dispositivos da

assistência à saúde mental, fazendo parte da política pública de saúde mental daquele município.

A assistência à saúde mental de Campinas é reconhecida pelas inúmeras ações voltadas à reabilitação das PPSM, ou seja, ações que priorizam, além de medicamentos e atendimentos psicoterápicos, alternativas de inserção social dos usuários via moradias protegidas, atelier de artes e programa de geração de trabalho e renda. Sendo assim, o programa de geração de trabalho e renda – *Armazém das Oficinas* - que possui 13 anos de existência, apresenta, além de um direcionamento conceitual definido, uma organização estrutural que permite a realização de uma produção de qualidade, competitiva no mercado paulista, garantindo assim uma remuneração razoável aos usuários que participam do programa além da participação de um número expressivo de usuários no programa. Em relação ao modelo de trabalho, além de ser uma relação de trabalho cooperado, este possui características mais fordistas, com a presença de divisão de tarefas, avaliação de desempenho como pontualidade, assiduidade, comportamento, higiene, e jornada de trabalho de aproximadamente 8 horas/dia. Porém, os integrantes são respeitados pela suas particularidades, sendo possível perceber que, embora este trabalho tenha sua organização mais formal, ele permite uma flexibilização que vai de encontro à necessidade de cada usuário. Este programa de geração de trabalho, por ser inserido na assistência à saúde, é caracterizado por trabalho protegido e, assim, com pouca rotatividade e autonomia dos seus integrantes, ou seja, raros são os casos de inserção destes usuários numa relação “normal” de trabalho, que não seja dentro da saúde mental.

A meu ver, existem dois sérios problemas no projeto de Campinas. Um primeiro diz respeito à centralização da questão do trabalho para PPSM na assistência à saúde mental, fazendo com que este grupo continue com seus contatos restritos aos aparatos da saúde. Um segundo problema diz respeito ao “inchaço” do programa, devido a uma demanda excessiva e raríssima possibilidade dos integrantes do projeto inserir em outra relação de trabalho. Ou seja, o trabalho protegido apresenta dificuldade de ampliação e limites quanto à transposição dos integrantes a uma relação de trabalho mais autônoma.

No caso de BH é possível perceber uma distinção na concepção e ideologia da reforma psiquiátrica se comparada à Campinas. Em BH, desde o início da reforma houve uma priorização da clínica de urgência enquanto estratégia de enfrentamento dos hospitais psiquiátricos, e ainda em função de um referencial teórico psicanalítico que tendia a um enfoque clínico restrito a uma intervenção individual. Neste sentido, o processo de reforma avançou nas propostas teóricas, haja vista que muitos dos trabalhadores da saúde mental vêm

atuando enquanto gestores e coordenadores de movimentos sociais de luta antimanicomial, o que, por outro lado, restringiu principalmente as ações voltadas à reabilitação e reinserção das PPSM. Assim podemos perceber que os CERSAM's - dispositivos de atenção à urgência - ampliaram e avançaram na forma de lidar com os sujeitos em crise a ponto de reduzirem o número de internações nos hospitais psiquiátricos de BH, enquanto os dispositivos voltados à reabilitação permaneceram incipientes na sua implantação. Em BH parece haver uma cisão entre Clínica X Reabilitação, o que justifica a situação dos programas de geração de trabalho e renda do município que, por não terem sua legitimidade na saúde, se manifestam como um dispositivo de assistência que fica dependendo de ações isoladas e individuais de alguns poucos profissionais que se interessaram pela questão, o que acabou por resultar em uma variedade de iniciativas que se distinguem em relação às propostas de inserção das PPSM no trabalho.

Uma primeira iniciativa diz respeito aos grupos de produção existentes nos *Centros de Convivência*. Embora estes estejam inseridos em um dos dispositivos da saúde mental, não recebem praticamente nenhum incentivo que viabilize sua existência. Geralmente o número de participantes em cada grupo de produção é pequeno, variando entre seis a 14 usuários e, conseqüentemente, as produções realizadas nos grupos também são de pequeno porte, resultando em uma remuneração baixíssima dos usuários, em torno de 1/3 do salário mínimo/mês. Geralmente este valor cobre apenas o transporte dos usuários até o centro de convivência. Nestes programas inseridos nos CC é comum uma maior valorização das questões subjetivas vivenciadas pelos usuários nas relações de trabalho em detrimento de questões pertinentes a uma atividade voltada à geração de trabalho e renda. É importante ressaltar que em BH não existe um consenso quanto à implantação de programas de geração de trabalho e renda pela saúde. A partir das entrevistas realizadas foi possível perceber que, para alguns técnicos e gestores da saúde mental, a questão do trabalho não deveria ser de responsabilidade da Assistência, mas sim de órgãos competentes e indicados para executar políticas públicas de geração de trabalho e renda para a população excluída em geral.

Uma segunda iniciativa voltada à inserção da PPSM no trabalho é aquela realizada por uma ONG, representante da sociedade civil no movimento da luta antimanicomial. Neste sentido, a ONG *Fórum Mineiro de Saúde Mental* iniciou seu programa a partir da oferta de cursos de qualificação financiados pelo FAT e incentivo à formação de cooperativas de PPSM em parceria com programas ofertados pela *Secretaria de Modernização e Administração - Gerência de Desenvolvimento Social*. Ainda em BH temos programas de incentivo à inserção no mercado formal, no entanto este programa de parcerias com empresas privadas não obteve

um resultado expressivo, além de ser criticado por alguns profissionais da saúde mental.

Apesar de BH não apresentar um programa mais estruturado de geração de trabalho e renda para as PPSM - nem mesmo aqueles inseridos na saúde - esta falta de consenso e prioridade na inserção das PPSM no trabalho vem estimulando a ousadia e criatividade de alguns poucos profissionais que se interessam pelo assunto. Esta diversidade de modelos e programas, mesclando características dos modelos americanos e italianos, provavelmente poderá enriquecer a discussão e construção de um projeto de geração de trabalho e renda mais amplo, levando em consideração as trocas de experiências entre os próprios *Centros de Convivência* junto às iniciativas da sociedade civil/ONG's e demais setores públicos responsáveis por programas de geração de renda direcionados à população em geral. Penso também que esta dúvida quanto ao órgão responsável por elaborar uma política pública de geração de trabalho e renda para as PPSM, que até então pareceu limitar as próprias iniciativas já existentes, em médio prazo poderá trazer saídas bastante interessantes. Uma delas seria a possibilidade de compartilhar com demais órgãos públicos responsabilidades que até então eram indiscutivelmente dirigidas à saúde mental, ou seja, a proposição de se pensar as PPSM como um grupo integrado à população em geral - mesmo porque, no atual momento de precarização e degradação das relações de trabalho, a única saída de inserção no trabalho da população excluída em geral é, a meu ver, através de políticas públicas de geração de trabalho e renda que apoiem e viabilizem projetos alternativos de trabalho.

O risco deste dissenso está na transferência de responsabilidades da saúde para outro setor sem uma discussão mais aprofundada sobre a inserção das PPSM no trabalho e/ou manutenção das iniciativas focalizadas e pouco estruturadas, não respaldadas politicamente e, assim, pouco expressivas quanto à sua eficácia e cobertura desta população específica.

Finalmente, foi possível perceber que as instituições de saúde mental modificaram sua forma de ver a questão do trabalho para as PPSM. Neste momento o trabalho deixa de ter uma função “terapêutica” - como presente na *Escola de Tratamento Moral* - e a partir das entrevistas foi possível perceber uma fala comum dos profissionais da saúde mental a respeito do resgate da autonomia, do pertencimento social, enfim do trabalho como direito para as PPSM. Porém vimos que os serviços de saúde mental desenvolvem modelos distintos de geração de trabalho e renda, e a partir das duas experiências de Campinas e BH percebemos que o “novo lugar do trabalho entre a sociedade e a Loucura” foi ilustrado por duas posições distintas dos serviços de saúde mental. Em Campinas temos a questão do trabalho pensada e implementada como um dos dispositivos da saúde, em que a organização do processo de trabalho é pensada mais formalmente a partir da manutenção de grupos de produção

protegidos e tutelados pela saúde mental. Neste caso, existe a manutenção de uma relação hierárquica entre os profissionais da saúde mental e os pacientes, ou seja, a relação médica tende a permanecer mesmo nesta relação de trabalho, justamente porque toda a estrutura do projeto está inserida em uma instituição médica. Se por um lado vemos que este modelo encontra-se mais estruturado em relação a todo o processo de trabalho se comparado a BH, por outro lado a proposta deste modelo provavelmente exerce poucas transformações quanto à mudança de papel dos usuários frente à sociedade. Esta verificação contradiz em parte a hipótese inicial de que o enfoque dos grupos de produção era por demais terapêutico prevalecendo a assistência em detrimento da inserção no trabalho.

No caso de BH, embora os modelos se apresentem pouco estruturados, não há um consenso em relação à implementação do projeto de trabalho dentro da assistência, haja vista que as poucas iniciativas ligadas à saúde mental - como as dos grupos inseridos nos *Centros de Convivência* - se encontram bastantes incipientes e carentes de todo o tipo de recurso para sua manutenção. Porém, iniciativas mais militantes - como as implementadas pelo *Fórum Mineiro de Saúde Mental* - trazem distintas questões à respeito do trabalho para as PPSM, distanciando da questão da assistência e enfatizando o direito e a cidadania pela construção de novas relações de trabalho. Neste caso o trabalho cooperado é visto como possibilidade real de participação das PPSM no trabalho, a partir de parcerias com a *Secretaria de Desenvolvimento Social* e criação de políticas públicas de geração de trabalho e renda, buscando a inserção das PPSM na sociedade em geral na tentativa de desconstruir o papel de paciente a partir desta nova relação de trabalho.

Entretanto, a partir desta pesquisa pudemos ilustrar dois modelos bastante distintos de geração de trabalho e renda para os usuários da saúde mental, sendo que Campinas apresenta uma maior avanço e organização na produção, comercialização e sustentabilidade dos projetos de trabalho, bem como na remuneração dos usuários, porém com uma proposta menos ousada e transformadora no que diz respeito à manutenção do formato médico, assistencial nesta relação de trabalho protegido. Por outro lado temos BH, com uma precária estruturação dos projetos de geração de trabalho e renda, distante de um trabalho formal, em que os usuários trabalham sem praticamente nenhum retorno financeiro, se é que podemos classificar tais atividades enquanto relação de trabalho, porém apresentam propostas mais revolucionárias, militantes, envolvendo a sociedade civil e órgãos responsáveis pela política de geração de trabalho e renda, com uma tendência a distanciar a questão do trabalho da assistência e proteção e a lutar por conquistas cívicas para as PPSM.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AHUMADA, J.; MARIANA, M. (2001a), *Mundo del Trabajo, Precarización y Dominación Estatal*, datilo.

AHUMADA, J.; MARIANA, M. (2001b), *Sofrimiento psíquico y precarización*, datilo.

AMARANTE, Paulo (1994), *Uma aventura no manicômio: o pensamento e a trajetória de Franco Basaglia e suas contribuições às transformações em Psiquiatria*. Rio de Janeiro, ENSP/Fiocruz.

AMARANTE, Paulo. (1998a), *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2º edição, Rio de Janeiro, Fiocruz.

AMARANTE, Paulo (Org.). (1998b), *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro, Fiocruz.

AMARANTE, Paulo. (2000), *O Homem e a Serpente: Outras histórias para a Loucura e a Psiquiatria*. Rio de Janeiro, Fiocruz.

ANDRADE, M. V. (1994), *Setor de Serviços no Brasil: a dualidade revisitada (1981/1990)*. Dissertação de Mestrado, CEDEPLAR/Universidade Federal de Minas Gerais.

ANTUNES, R. (1999), *O sentido do trabalho*. São Paulo, Boitempo.

ANTUNES, R. (2001), *O sentido do trabalho*. São Paulo, Boitempo.

ANTUNES, R.(2002) *O sentido do trabalho*. São Paulo: Boitempo.

ARRETCHE, M. T. (2000), “A emergência de um Sistema Único de Saúde: SUS”, in M. T. Arretche, *Estado Federativo e Políticas Sociais: determinantes da descentralização*, São Paulo, FAPESP.

ASSOCIAÇÃO CORNÉLIA VLIEG. 2002. *Plano de Ação*. Campinas, [s.n.].

ASSOCIAÇÃO CORNÉLIA VLIEG. 2001. *Plano de Ação*. Campinas, [s.n.].

BARBOSA, Alexandre de Freitas; MORETTO, Amilton. Políticas de emprego e proteção social. São Paulo: ABET - Associação Brasileira de Estudos do Trabalho/GDF - Governo do Distrito Federal, 1998, pp.81-127.

BARROS, D. (1994), *Jardins de Abel: Desconstrução do Manicômio de Trieste*. São Paulo, Edusp/Lemos.

BARROS, D. (1998), “Cidadania versus periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução do saber”, in P. Amarante, *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*, Rio de Janeiro, Fiocruz.

BORTOLOTTO, A. (2001), *Vivências emocionais de monitores de oficinas protegidas em contexto de Reabilitação Psicossocial*. Dissertação de mestrado. PUCCAMP, datilo.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2000. *Legislação em Saúde Mental*. Brasília: MS/ Coordenação Geral de Documentação e Informações.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2001a. *Caderno Informativo*. III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília: MS/ Coordenação Geral de Documentação e Informações.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2001b. *Cadernos de Textos*. III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília: MS/ Coordenação Geral de Documentação e Informações.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2002a. *Relatório Final*. III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília: MS/ Coordenação Geral de Documentação e Informações.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2002b. *SIH/SUS: Coordenadores Estaduais de Saúde Mental*. Brasília: MS/ Coordenação Geral de Documentação e Informações.

CACCIAMALI, C. (2000), “Globalização e processo de informalidade”. *Economia e Sociedade*, vol. 14: 153-174.

CAMPOS, C. (1997), *Cidadania, Sujeito, CERSAM e Manicômios*. Metipolá, BH.

CAMPOS, C. (1998), “A produção da cidadania - Construindo o SUS em BH”, in A. Teixeira et al (Org.), *Sistema Único de Saúde em BH: Rescrevendo o Público*, São Paulo, Xamã.

CAMPOS, F. (2000), *O Modelo da Reforma Psiquiátrica Brasileira e as Modelagens de São Paulo, Campinas e Santos*. Tese de Doutorado. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, datilo.

CASTEL, R. (1978), *A ordem psiquiátrica: a idade do ouro do alienismo*. Rio de Janeiro, Graal.

CAYRES, C et al. (2001), “O desafio da reabilitação profissional”, in A. Harari e W. Valentini (Orgs.), *A reforma Psiquiátrica no cotidiano*, São Paulo, HUCITEC.

CIOMPI, L.(1987) *Un programma di ricerca sulla riabilitazione del malato psichiatrico*. *Psicoterapia e scienza umane*, 4: 47-64.

CORAGGIO, J. (2001a), “La relevancia del desarrollo regional en un mundo globalizado”. *Revista de Ciências Sociais*, 37, 159: 235-258.

CORAGGIO, J. (2001b), “Da economia dos setores populares à economia do trabalho”, in G. Kraychete; F. Lara; B. Costa (Orgs.). *Economia dos setores populares: entre a Realidade e a Utopia*, Petrópolis, Vozes.

CROWTHER et al. (2001), “Helping people with severe mental illness to obtain work: systematic review”. *British Medical Journal*,322:204-208

- DEDECCA, C.S. (1998) "Reorganização das Relações de Trabalho no Brasil. A flexibilidade é a única alternativa?" In A. Carvalho e R. Alves (orgs.), *Sindicalismo e Negociação Coletiva nos anos 90*, Belo Horizonte, IRT/PUCMINAS.
- DEJOURS, Christophe. (1995), *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. São Paulo, Cortez.
- DE LEONARDIS, Ota et alli. (1994), *La empresa sociale*. Buenos Aires, Nueva Vision.
- DESVIAT, Manuel. (1999), *A Reforma Psiquiátrica*. Tradução Vera Ribeiro. Rio de Janeiro, Fiocruz.
- DIEESE. 2003. *Pesquisa de Emprego e Desemprego na Região Metropolitana de Belo Horizonte - PED/RMBH*.
- DRAIBE, S. (1990), *As políticas Sociais Brasileiras: Diagnósticos e Perspectivas*. Brasília, IPEA/IPLAN.
- DUPAS, Gilberto. (1998), *Economia Global e Exclusão Social: Pobreza, Emprego, Estado e o Futuro do Capitalismo*. Rio de Janeiro, Paz e Terra.
- ENRIQUEZ, E (1999) "Perda do trabalho, perda da identidade", In R. Nabuco e A. Carvalho (orgs.), *Relações de Trabalho Contemporâneas*, Belo Horizonte, ITR/PUCMINAS.
- EUCLIDES, A. (1997), Trabalho, Ciência e Tempo Livre em Karl Marx - Dos Grundrisse a O Capital. IN: GRUPO DE ESTUDO, Curitiba, 1997.
- EVANS, J. e REPPER, J. (2000), "Employment, social inclusion and mental health". *Journal of psychiatric and Mental Health Nursing*, 7:15-24.
- FERREIRA, G.Candido (s.d), Progresso de Trabalho, Tecnologia e Qualificação - notas para discussão. In: CONFERÊNCIA: INDUSTRIALIZAÇÃO E CLASSE OPERÁRIA, s.d., Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas.
- FONSECA, A. A. L. (2001), "A Apuração de custos em serviços de saúde mental. O caso do Serviço de saúde Dr. Cândido Ferreira", in A. Harari; W. Valentini (Orgs.), *A reforma Psiquiátrica no cotidiano*, São Paulo, HUCITEC.
- FOUCAULT, M. (1997), *História da Loucura*. 5ª edição. São Paulo, Perspectiva.
- FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. 2000. *Pesquisa de emprego e desemprego da RMBH*. Belo Horizonte: FJP/DIEESE/SEADE/SINE-MG.
- FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. 2003. *Pesquisa de emprego e desemprego da RMBH*. Belo Horizonte: Centro de Estatística e Informações (CEI)/Convênio FJP/DIEESE/SEADE/SINE-MG.
- FURTADO, C. (2000), *Formação Econômica do Brasil*. 27ª edição, São Paulo, Companhia Editora Nacional/PUBLIFOLHA.

GAIGER, L. (1998), “A solidariedade como alternativa econômica para os pobres”. *Contexto e Educação*, 13, 50: 47-71.

GAIGER, L. (1999a), O trabalho ao centro da economia popular solidária. IN: XIII ENCONTRO ANUAL DA ANPOCS, Caxambu, 1999.

GAIGER, L. et al. (1999b), “A economia solidária no RS: viabilidade e perspectivas”. *Cadernos CEDOPE/Série Movimentos Sociais e Cultura*, 15: 47.

GALLO, A et EID, F. (2001), Exclusão Social e Empreendimentos Econômicos Solidários. In: 7º ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS DO TRABALHO, 2001, Salvador. Anais./cd-rom. Salvador.

GIUDICE, G. del et al (1998), *La borsa di formazione al lavoro uno strumento per la cittadinanza*. Trieste, Dipartimento di salute mentale.

GOFFMAN, E. (1975) *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo, Perspectiva, 316p.

GOHN, M. (1997), *Teorias dos Movimentos Sociais: paradigmas clássicos e contemporâneos*. São Paulo, Loyola.

GUANAIS, M. A (2000), *Do Significado aos sentidos do trabalho: dizeres de sujeitos em oficinas protegidas*. Tese Doutorado. PUCCAMP, datilo.

IBGE. 1989/2001. *Pesquisa Mensal por Amostras de Domicílios –PNAD*. RMBH.

JACOB, Anne et al (1995) “Emergência do Valor Social do Trabalho no Pensamento Econômico do Século XVIII”. In *Jacob, A, L’inscription Sociale du Marché*. Tradução de Leila de Melo Franco Sarriddine Araújo. Paris, L’Harmattan.

KINKER, S. Fernando. (1997), “Trabalho como produção de vida”. *Revista de Terapia Ocupacional da USP*, 8, 1.

KRAYCHETE, G. (2001), “Economia dos setores populares; entre a realidade e a utopia”, in G. Kraychete; F. Lara; B. Costa (Orgs.) *Economia dos setores populares: entre a Realidade e a Utopia*, Petrópolis, Vozes.

LOBOSQUE, A. e ABOU-YD, M. (1998), “A cidade e a loucura- entrelaces”, in Campos et al. (Orgs), (1998). *Sistema Único de Saúde em BH: Reescrevendo o público*, São Paulo, Xamã.

LOBOSQUE, M. (2001), *A experiência da Loucura*. Rio de Janeiro, Garamond.

MEDEIROS, M.H (1994), *A Reforma da Atenção ao Doente Mental em Campinas: um espaço para a Terapia Ocupacional*. Tese de Doutorado. UNICAMP.

MENDES, Eugênio Vilaça et al. (1995), *Distrito Sanitário*. O processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo, HUCITEC/Abrasco.

MINAYO, C. e COSTA, S. (1997), “A construção do campo da saúde do trabalhador:

percurso e dilemas”. *Caderno de Saúde Pública*, 13: 21-32.

MORETTO, A e BARBOSA, A. F. (1998), *Políticas de emprego e proteção social*. São Paulo/Brasília, ABET/GDF.

NASCIMENTO, V.B. (2001), “Interdependência e Autonomia na Gestão Pública da Saúde”. *Lua Nova*, 52: 29-69.

NEVES, M. (2001), “Trabalho, Exclusão Social e Direitos”, in C. Horta; R. Carvalho (orgs). *Globalização, Trabalho e Desemprego: um enfoque internacional*. Belo Horizonte: C/Arte.

NICÁCIO, M. Fernanda. (1994), *O Processo de Transformação da Saúde Mental em Santos*. Dissertação de mestrado em Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

NICÁCIO, F.; KINKER, F. (1997), “O Desafio do Viver Fora: Construindo a Cooperativa Para todos”, in F. Campos; C. Henriques (Orgs.). *Contra a Maré à Beira Mar: a Experiência do SUS em Santos*, São Paulo, HUCITEC.

NOBLE, H.J. (1998), “Policy Reform Dilemmas in Promoting Employment of Persons with Sever Mental Illness”. *Psychiatric Services*, 49, 6:775-781.

NOGUEIRA, Fernanda. (1997), “O direito ao trabalho – um instrumento no processo de desconstrução do manicômio em Santos, São Paulo”. *Revista de Terapia Ocupacional da USP*, 8, 1.

OFFE, Claus. (1989), *Trabalho e Sociedade: Problemas Estruturais e Perspectivas para o futuro da “Sociedade do Trabalho”*. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro.

OGAWA, Rosângela. (1997), “Trabalho: liberdade X exclusão”. *Revista de Terapia Ocupacional da USP*, 8, 1.

OLIVEIRA, F. (2001), “A crise e as utopias do trabalho”, in G. Kraychete; F. Lara; B. Costa (Orgs.), *Economia dos setores populares: entre a Realidade e a Utopia*, Petrópolis, Vozes.

ORNELLAS, C. (1998), *O paciente excluído: História e crítica das práticas médicas de confinamento*. São Paulo, Revan.

PITTA, Ana (Org.). (2001), *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: HUCITEC.

PITTA, Ana. (2000) “Reorientação do modelo de atenção: equidade e justiça social na organização dos serviços de saúde mental”. In BRASIL, Ministério da Saúde, *Cadernos de Textos*, III Conferência Nacional de Saúde Mental, Brasília, Ministério da Saúde.

POCHMANN, M (1999) “O Mundo do Trabalho em Mudança” In: R. Nabuco; A. Carvalho. *Relações de trabalho contemporâneas*, Belo Horizonte, IRT/PUC/Minas.

POCHMANN, M. (2001), *O emprego na globalização: a nova divisão internacional do trabalho e os caminhos que o Brasil escolheu*. São Paulo, Boitempo.

POCHMANN, M. (Org.). (2002), *Desenvolvimento, Trabalho e Solidariedade: novos caminhos para a inclusão social*. São Paulo, Cortez.

QUITANEIRO, Tania et al (2002). *Um toque de clássico*. Belo Horizonte, UFMG.

REIS, A. et al. (1998), *Sistema Único de Saúde em BH: reescrevendo o público*. São Paulo, Xamã.

RESENDE, H. (1998) “Política de Saúde mental no Brasil: Uma visão histórica”. In _____, *Cidadania e Loucura. Políticas de Saúde Mental no Brasil*, Rio de Janeiro, Vozes.

RESENDE, H. (2000), “Política de Saúde mental no Brasil: Uma visão histórica”, in *Cidadania e Loucura: políticas de Saúde Mental no Brasil*, Rio de Janeiro, Vozes.

ROGERS, S. (1998), “To Work or Not to Work: That is not the question”. *Journal of Psychosocial Nursing*, 36, 4.

ROTELLI, F. (1989) “Superando o manicômio – o circuito psiquiátrico de Trieste”. In P. Amarante (org), *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*, Rio de Janeiro, Fiocruz.

SABOIA, J. (1998), “Tendências do mercado de trabalho metropolitano des(assalariamento) de mão-de-obra e precarização das relações de trabalho”, in L. C. Q. Ribeiro; O. A. SANTOS JUNIOR (Orgs.), *Globalização, Fragmentação e Reforma Urbana*, Rio de Janeiro, Civilização Brasileira.

SANTOS, W.G (1979) *Cidadania e Justiça: a política social na ordem brasileira*. Rio de Janeiro: Campus

SARACENO, B. (2001). *Libertando Identidades: da Reabilitação Psicossocial à cidadania possível*. Rio de Janeiro, Te Cora.

SECRETARIA DE SAÚDE DE CAMPINAS. 2001. *As reformas sanitárias e psiquiátricas, mudando a atenção em saúde mental de Campinas*. Campinas, 2001.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE. 2001. *O sistema Municipal de Saúde de Belo Horizonte*. Belo Horizonte. Mimeo.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE. 2002.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE. 2003.

SETRAB-SERVIÇO PÚBLICO ESTADUAL-SECRETARIA DE ESTADO DE TRABALHO- OUVIDORIA DO TRABALHO(2001). *NUSAMT – Núcleo de Saúde Mental e Trabalho*. Rio de Janeiro. Mimeo.

SILVA, R. (1996), *Loucura e Trabalho: antigo tema, novas questões*. Monografia do Curso de Especialização em Saúde Mental, Belo Horizonte.

SINGER, P. (2000). “Economia solidária: um modo de produção e distribuição”, in P. Singer; A. Souza (Orgs.), *A Economia solidária no Brasil: a autogestão como resposta ao*

desemprego. São Paulo: Contexto.

SINGER, P. (1999), *Globalização e desemprego: diagnóstico e alternativas*. 3ª edição, São Paulo, Contexto.

SOUZA, L. (2000), “Um país dinâmico, um pensamento claudicante”. *Estudos Avançados*, 14, 40: 77-90.

SPIVAK M. (1988), La riabilitazione psicosociale: Che cosa è? In: I CONGRESSO NAZIONALE DELLA SIRP, 1988, Itália. Anais.

SPOSATI, Aldaíza. (1997), “Mínimos Sociais e Seguridade Social: uma revolução da consciência da cidadania”. *Serviço Social e Sociedade*, ano XVIII, 55.

TAVILLE, J. R. (2001), Do Socialismo de Mercado à Economia Solidária. In: CONGRESSO DA ABET, 2001.

TIRIBA, L. (1997), “COOPARJ - Cooperativa de Produção de Parafusos do Rio de Janeiro”. *Proposta*, 74: 96.

TYKANORI, R. (1997), “Em busca da cidadania”, in CAMPOS F.; HENRIQUES, C. (Orgs.). *Contra a Maré à Beira Mar: a Experiência do SUS em Santos*, São Paulo, HUCITEC.

VASCONCELOS, E. M. (1992), *Do hospício à comunidade*. Belo Horizonte: Sociedade Editorial e Gráfica de Ação Comunitária.

VERANO, L. (2001), *Economia solidária, uma alternativa ao neo-liberalismo*. Santa Maria: Cesma.

VIGANÓ, C. (1999), “A construção do caso clínico em Saúde Mental”. *Curinga*, 13.

ZAGO, A. et al. (2001), “Unidade de atenção à crise: repensando a prática da internação em saúde mental”, in A. Harari; W. Valentini (Orgs.), *A reforma Psiquiátrica no cotidiano*, São Paulo, HUCITEC.

ANEXOS

ENTREVISTADOS

FORMULÁRIOS DAS ENTREVISTAS

ENTREVISTADOS

Apoiadora da Saúde Mental do Distrito Norte de Campinas-2002
 Coordenadora do “Armazém das Oficinas” – antigo NOT- Núcleo de Oficinas de Trabalho – Campinas-2002
 Coordenadora da Oficina de Vitral – Campinas-2002
 Coordenadora da Oficina de Culinária – Campinas-2002
 Coordenadora da Oficina de Marcenaria – Campinas-2002
 Monitora da Oficina de Vitral-2002
 Monitora da Oficina de Culinária-2002
 Monitora da Oficina de Marcenaria-2002
 Economista do “Armazém das Oficinas” – Campinas-2002/2003
 Dois integrantes da Oficina de Culinária – Campinas-2002
 Coordenadora da Saúde Mental de Belo Horizonte - PBH/ 2002
 Três coordenadoras do Fórum Mineiro de Saúde Mental – BH-2002/2003
 Vereador do PT - Redator da Lei Mineira de Reforma Psiquiátrica – “Lei Carlão”
 Secretário de Política Social de da PBH/2003
 Coordenadora da Gerência das Ações de Desenvolvimento Sócio-Econômico da PBH/GEDE-2003
 Coordenadora do Centro de Convivência São Paulo – BH-2002
 Coordenadora do Centro de Convivência Barreiro – BH-2002/2003
 Coordenadora do PGTS - Programa de Geração de Trabalho e Renda Solidária – Barreiro-2002/2003
 Coordenador do Centro de Convivência Carlos Prates – BH-2002
 Coordenadora do Grupo de Produção – Carlos Prates- BH-2002
 Presidente da Associação dos Usuários da Saúde Mental de Minas Gerais-2002
 Três integrantes da Oficina de Bordado do Centro de Convivência São Paulo – BH-2002

FORMULÁRIOS DAS ENTREVISTAS

As questões abaixo foram aplicadas, em forma de entrevista, aos coordenadores dos “Grupos de Produção” que foram posteriormente acompanhados pela pesquisadora em Observação Participante.

1. Por que a participação dos usuários no trabalho está sendo pauta dos serviços de saúde mental?
2. A questão do trabalho para as PPSM é pensada em todo o momento da assistência? De que forma?
3. Como os serviços e os trabalhadores da saúde mental estão buscando efetivar a possibilidade de trabalho para os usuários?
4. Existem condições de trabalho mais viáveis para o retorno de pessoas usuárias da saúde mental ? Quais e por quê?
5. Como iniciaram os grupos de produção?
6. Com qual objetivo foram criados os grupos de produção?
7. Como os usuários começam a participar dos grupos?
8. De onde vieram os recursos para a formação dos grupos? E como eles são sustentados hoje?
9. Existem pessoas responsáveis pela administração, organização dos setores financeiro, de vendas, recursos humanos, dos grupos de produção? Quem são?
10. Quais as maiores limitações, caso existam, que você apontaria em relação ao programa de geração de renda para os usuários da SM?

As questões abaixo foram aplicadas, em forma de entrevista, aos gestores das Políticas de Saúde Mental (coordenador da Saúde Mental municipais de Campinas e BH, representantes dos trabalhadores da Saúde Mental) visando à compreensão mais ampla das propostas teóricas e práticas sobre o tema da inserção laboral das pessoas portadoras de sofrimento mental.

1. Como você avalia o momento atual da reforma psiquiátrica brasileira no âmbito da política oficial de governo, do movimento da luta antimanicomial e dos trabalhadores da saúde mental?
2. Como se encontra a política de saúde mental e sua implantação no município de BH/Campinas?
3. Quais são os fatores que impõem maiores dificuldades ao avanço das práticas antimanicomiais na assistência?
4. Quais as contribuições do movimento da luta antimanicomial para a reforma psiquiátrica brasileira? E qual a representatividade deste movimento?
5. Quais as contribuições do fórum Mineiro nas implantações de ações pautadas no Movimento de reforma psiquiátrica (questão exclusiva para BH)
6. Como a política de saúde mental tem atualmente considerado a questão do trabalho para as pessoas portadoras de sofrimento mental?
7. Qual o papel dos serviços e dos trabalhadores da s.m em relação à questão do direito ao trabalho para os usuários? Isso deverá ser pauta da saúde mental, por quê?
8. Com você acredita ser possível efetivar o retorno ao trabalho para as PPSM? Existem limitações significativas para isso ocorrer?
9. Existe uma preocupação da assistência à Saúde Mental em relação à esta questão? O que está sendo feito na prática?
10. Os serviços de Saúde Mental têm condições técnicas, humanas e financeiras para efetivar a inserção dos usuários no trabalho?
11. Quais as maiores limitações, caso existam, que você apontaria em relação ao programa de geração de renda para os usuários da Saúde Mental?

Questões para o representante dos usuários da ASUSAM (Associação dos Usuários da Saúde Mental do Estado de Minas Gerais) e para os demais usuários integrantes dos grupos entrevistados.

1. Como você avalia este momento que os usuários da saúde mental estão vivendo em relação a atual política de reforma psiquiátrica?
2. Qual o papel dos serviços e dos trabalhadores da s.m em relação à questão do trabalho para os usuários? Isso deverá ser pauta da saúde mental, por que?
3. O trabalho que você realiza hoje no grupo de produção é diferente do que você realizou anteriormente? Por quê?
4. Existem usuários que pretendem retornar ao trabalho? De que forma isso é possível?

Sobre a dinâmica dos grupos de produção (entrevista com monitor da oficina e observação participante)

1. Com qual objetivo foram criados os grupos de produção?
2. Existe uma rotatividade dos participantes entre os grupos de produção? E nos próprios grupos? Por quê?
3. Há um limite de participantes em cada grupo?
4. Existe um tempo determinado para se permanecer no grupo?
5. De onde vieram os recursos para a formação dos grupos? E como eles são sustentados hoje?
6. Existem pessoas responsáveis pela administração, organização dos setores financeiro, de vendas, recursos humanos, dos grupos de produção? Quem são?
7. O que define a relação de produção dentro do grupo?
8. Como foi feita a escolha das mercadorias produzidas nos grupos?
9. Existe uma produção diária? Por pessoa ou por grupo?
10. O que é feito com a produção?
11. Quantas são as horas de trabalho diária dos participantes?
12. Como é assiduidade dos participantes?

13. A pessoa é remunerada na oficina? Qual o valor ? Esta renda é fixa ou variável?
Como é calculada?
14. Existe alguma garantia de direitos, similares aos direitos trabalhistas, para os participantes das oficinas?
15. Quais as maiores limitações, caso existam, que você apontaria em relação ao programa de geração de renda para os usuários da Saúde Mental?

