

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO  
LABORATÓRIO DE GESTÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE

Larissa Bittencourt de Carvalho

**GERAÇÃO DE RENDA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL  
DO RIO DE JANEIRO**

Rio de Janeiro

2007

Larissa Bittencourt de Carvalho

GERAÇÃO DE RENDA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL DO RIO DE JANEIRO

Trabalho apresentado à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para conclusão do Curso de Educação Profissional Técnica de Nível Médio na Habilitação em Profissional em Gestão em Serviços em Saúde

Orientadora: Pilar Belmonte

Rio de Janeiro

2007

*Esta monografia é dedicada a Sebastião e Marilza,  
meus pais, pelo apoio dedicado  
em todas as horas.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço, em primeiro lugar, a Deus, por me dar tantas oportunidades que me possibilitaram a realização desta monografia.

Agradeço também às pessoas que estiveram ao meu lado em todo esse processo, como minha família, meus amigos (inclusive os que não estão comigo todos os dias, mas que permanecem no meu coração), minhas amigas Ana Clara e Ana Carolina (por cederem o computador em horas de urgência), minha orientadora Pilar e aos professores da EPSJV, que estiveram ao meu lado tanto para dar apoio quanto para cobrar o suficiente para que esse trabalho fosse realizado.

Agradeço a Gina, a Margarete, a Mônica e a Vera pela disposição e por me ajudarem tanto com a coleta de dados para a monografia.

## RESUMO

O campo da saúde mental no Brasil vem mudando sua forma de atenção aos usuários desde a década de 80, transformando o modelo asilar em um outro, baseado na redução de internações e na reintegração dos chamados “loucos” na sociedade, como indivíduos com direitos e deveres. Esta pesquisa mostra experiências de geração de renda entre portadores de transtornos mentais em oficinas da cidade do Rio de Janeiro e a tentativa de inclusão dessas pessoas no mercado de trabalho. Tem como objetivo geral contribuir para a discussão sobre a prática de oficinas de geração de renda em serviços de Saúde Mental do Rio de Janeiro. Como objetivos específicos, pretende analisar a função do trabalho como formador da identidade do sujeito e auxiliar na conquista de sua autonomia; discutir a influência da Reforma Psiquiátrica na mudança das políticas de Saúde Mental no Brasil e demonstrar como o trabalho pode ser um instrumento favorável à reabilitação psicossocial dos usuários dos serviços públicos de Saúde Mental. Para o alcance dos objetivos realizou-se pesquisa bibliográfica, levantamento de dados junto aos informes, relatórios e documentos do Núcleo de Saúde Mental e Trabalho e entrevistas semi-estruturadas nas duas oficinas de geração de renda escolhidas, com um profissional de cada oficina, que ocupava, no momento desta pesquisa, a função de coordenador da oficina de geração de renda. Como resultado das entrevistas, percebeu-se que o trabalho proporciona para o portador de transtornos mentais maior autonomia, integração social e auto-reconhecimento como sujeito de direitos e deveres.

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

DINSAM - Divisão Nacional de Saúde

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

MTSM - Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental

NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial

NUSAMT – Núcleo de Saúde Mental e Trabalho

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>7</b>
<b>2 A TRAJETÓRIA DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA.....</b>	<b>9</b>
2.1 OS CEM PRIMEIROS ANOS DO TRATAMENTO DA LOUCURA NO BRASIL.....	9
2.2 SAÚDE MENTAL ENTREGUE À PRIVATIZAÇÃO.....	11
2.3 A BUSCA POR NOVOS MODELOS EM SAÚDE MENTAL E A REFORMA PSIQUÁTRICA.....	13
<b>3 O TRABALHO E A SUBJETIVIDADE HUMANA.....</b>	<b>17</b>
3.1 TRABALHO E CONSTRUÇÃO DA SOCIEDADE .....	17
3.2 TRABALHO E IDENTIDADE DO SUJEITO.....	18
3.3 TRABALHO E CONSTRUÇÃO DO CIDADÃO AUTÔNOMO .....	20
3.4 TRABALHO EM EQUIPE – AS COOPERATIVAS.....	21
<b>4 SAÚDE MENTAL E TRABALHO: AS OFICINAS DE GERAÇÃO DE RENDA.....</b>	<b>23</b>
4.1 HISTÓRICO DO TRABALHO COMO PRINCÍPIO TERAPÊUTICO .....	23
4.2 O NÚCLEO DE SAÚDE MENTAL E TRABALHO.....	26
4.3 METODOLOGIA.....	28
<b>5 O CAMPO .....</b>	<b>30</b>
5.1 PESQUISAS DE CAMPO .....	30
5.2 AS ENTREVISTAS .....	33
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>36</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>38</b>
<b>ANEXO A.....</b>	<b>40</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A saúde mental no Brasil vem passando por intensas mudanças desde o final da década de 1970, quando o movimento da Reforma Psiquiátrica propôs uma mudança no modelo clássico da instituição psiquiátrica. A tendência atual é a reinserção do usuário desses serviços na sociedade, com o pleno exercício de seus direitos e deveres de cidadão e melhoria das condições em que vive. O trabalho é visto como uma das principais formas de alcançar esse objetivo.

A partir disso, essa pesquisa tem como objetivo geral contribuir para a discussão sobre a prática de oficinas de geração de renda em serviços de Saúde Mental do Rio de Janeiro para a integração de portadores de transtornos mentais no mercado de trabalho. Pretende, dessa forma, ir contra a propensão de excluir o “louco” da sociedade.

O primeiro capítulo deste trabalho tem como objetivo discutir a influência da Reforma Psiquiátrica na mudança das políticas de Saúde Mental no Brasil. Para isso, mostra a trajetória da saúde mental no Brasil desde o século XIX, a partir da criação do primeiro hospício brasileiro, o Hospício D. Pedro II, em 1852. O histórico é dividido em três momentos.

O primeiro momento reúne os cem primeiros anos da assistência psiquiátrica no Brasil, que vai desde a criação do Hospício Pedro II à primeira metade do século XX. São descritas, nesta etapa, as características principais das instituições psiquiátricas da época, destacando sua função de excluir o louco da sociedade. Também ocorre o surgimento da psiquiatria científica, que representa a entrada da medicina no hospício, com seu objetivismo e influências do tratamento moral, proposto por Esquirol.

O segundo momento trata da intensa privatização pela qual as instituições psiquiátricas passaram a partir da década de 60. O INPS gastava grande parte de seus recursos com a compra de serviços das instituições privadas conveniadas, às quais eram encaminhados muitos pacientes, que permaneciam internados por um longo tempo, visto que os hospitais públicos encontravam-se lotados.

Esta situação provocou uma revolta entre os trabalhadores de saúde mental, chegando-se a criação do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, em 1978. Este grupo foi fundamental para as mudanças que ocorreriam na assistência à saúde mental a partir da década de 80. O terceiro momento do primeiro capítulo retratará essa fase, que levou à Reforma Psiquiátrica e à criação de novas formas de atenção à saúde mental.

O segundo capítulo da monografia tem como objetivo analisar a função do trabalho como formador da identidade do sujeito e auxiliar na conquista de sua autonomia. Nele, serão

analisadas várias funções do trabalho, como: construtor da sociedade, formador da identidade do sujeito, formador da sua cidadania e autonomia e incentivador das relações sociais através do cooperativismo. Será exposto também, de forma oposta à visão atual de trabalho, que é influenciada pela lógica capitalista de produção.

O terceiro capítulo, com o objetivo de demonstrar como o trabalho pode ser um instrumento favorável à reabilitação psicossocial dos usuários dos serviços públicos de Saúde Mental, fará uma associação entre o Trabalho e a Saúde Mental, que encontram o seu elo nas oficinas de geração de renda. Será descrito o histórico do uso do trabalho como princípio terapêutico, desde a praxiterapia até as práticas atuais, que valorizam a autonomia do sujeito e a compreensão por este do processo e da importância da atividade. Também será descrita a iniciativa do Núcleo de Saúde Mental e Trabalho, que é formado por um grupo de profissionais da Secretaria de Estado de Trabalho e Renda do Rio de Janeiro que discute formas de (re)inserção de portadores de transtornos mentais no mercado de trabalho.

Em “o campo”, serão descritos os lugares onde foram realizadas as entrevistas para este trabalho, as quais tiveram o objetivo de buscar maiores informações sobre os efeitos que as oficinas de geração de renda causam nos portadores de transtornos mentais que participam delas e os resultados obtidos.

## 2 A TRAJETÓRIA DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL E A REFORMA PSQUIÁTRICA

*“Sempre há um pouco de razão na loucura.”  
Friedrich Nietzsche*

### 2.1 OS CEM PRIMEIROS ANOS DO TRATAMENTO DA LOUCURA NO BRASIL

O tratamento psiquiátrico costuma ser associado ao isolamento em hospícios, onde os pacientes eram presos em camisas de forças e submetidos a experiências como choques, maus tratos e abandonados pela família. Os portadores de transtornos mentais costumam ser considerados como pessoas sem qualquer noção da realidade e, por isso, não preparados para o convívio em sociedade. Esse estereótipo é reflexo da história vivida pelos “loucos” no Brasil, em especial desde o século XIX.

Segundo a linha histórica proposta por Resende (1987), o marco inicial dos serviços de Saúde Mental no Brasil, ainda limitados à psiquiatria, foi a fundação pelo imperador D. Pedro II de um hospício com seu mesmo nome, em 1852. Localizava-se em um lugar distante do centro do Rio de Janeiro, com a justificativa de ser um local que proporcionava tranquilidade aos pacientes. Entretanto, tornou-se comum os novos hospícios construídos situarem-se longe das cidades, para evitar a proximidade dos internados com a população.

As instituições psiquiátricas construídas a partir de então tinham em comum os maus tratos sofridos pelos pacientes, a superlotação, o abandono por parte da sociedade e a falta de higiene. Esses hospitais serviam como lugar de isolamento de indivíduos indesejados no convívio social desde a época em que o Brasil era um Estado escravista, {como estrangeiros, que não se adaptavam as condições de trabalho, e indolentes, além dos portadores de transtornos mentais.} Eles eram abrigados e mantidos sob o controle de profissionais com pouca qualificação para o trabalho, uma das principais críticas à assistência desse período. No Hospício Pedro II há relatos de morte de pacientes em meio à violência sofrida e a falta de empenho em práticas de cuidado com essa clientela.

O Hospício Pedro II, na Praia Vermelha, era até então vinculado à Santa Casa e recebia muitas críticas “aos maus-tratos, à superlotação e à ausência de cura aos doentes” O clero e as irmãs de caridade eram responsáveis pela administração da instituição. Com a proclamação da República no Brasil, o hospício foi deixado de ser um anexo da Santa Casa e, conseqüentemente, as religiosas passaram a não gerenciá-lo mais. Isso foi um resultado das

críticas feitas pelos médicos, que se consideravam os únicos que poderiam continuar a proposta terapêutica do hospício e também da República, que buscava constituir um Estado laico. Ocorria, deste modo, a laicização do hospício, passando os médicos a controlar os asilos e o Estado a assumir como sua a responsabilidade da assistência psiquiátrica.

Como conseqüência, o Hospício D. Pedro II também teve seu nome modificado, passando a se chamar “Hospício Nacional de Alienados”.

A França, que era um grande pólo de transmissão de conhecimento para o Brasil na época, “exportou” para o país enfermeiras leigas que não podiam contribuir muito no tratamento dos loucos. Elas, ao lado dos médicos, substituíram as religiosas responsáveis pelo hospício. Dava-se início, então, ao tratamento moral, que era uma proposta terapêutica recomendada por Esquirol, psiquiatra discípulo de Pinel. Entre as propostas desse tratamento, estava o isolamento do doente da sociedade.

Em 1902, Rodrigues Alves passava a ser o presidente da República, tendo como objetivos de governo a reurbanização do Rio de Janeiro e o saneamento da cidade. Por isso, muitas pessoas tiveram que deixar o centro da cidade para que este fosse ocupado pelas elites locais, transferindo-se para a periferia. Oswaldo Cruz, médico, conduziu o saneamento proposto pelo presidente. (Koshiba & Pereira, 2004)

Juliano Moreira uniu-se a Oswaldo Cruz na retirada de pessoas das ruas, por causa do processo de saneamento feito no Rio de Janeiro no início do século XX. Entre as pessoas que foram atingidas por esse processo, estavam os portadores de transtornos mentais que eram encaminhados para o asilo. Entretanto, também eram encontrados na instituição muitos estrangeiros, mostrando a função da psiquiatria de afastar os indesejáveis da população. (Resende, 1987)

De acordo com Resende (1987), Juliano Moreira caracterizou a psiquiatria científica, pois suas práticas eram marcadas pelo objetivismo, o uso do microscópio e do laboratório, além da profilaxia. Cabe lembrar que Juliano Moreira, de 1895 a 1902, freqüentou cursos sobre doenças mentais e visitou muitos asilos na Europa, principalmente na Alemanha. Ele alinhou-se às correntes que então representavam a modernização teórica da psiquiatria e da prática asilar. Demonstrou isto em sua filiação à escola psicopatológica alemã, sendo divulgador da obra de Kraepelin e nas mudanças que introduziu quando assumiu o Hospício Nacional de Alienados. Entre as mudanças, pode-se citar a instalação de laboratórios de anatomia patológica e de bioquímica no hospital; a entrada de psiquiatras/neurologistas e outros especialistas de clínica médica, oftalmologia, ginecologia e odontologia entre outras; a abolição do uso de coletes e camisas de força; a retirada de grades de ferro das janelas; a

preocupação com a formação dos enfermeiros; o cuidado com os registros administrativos, estatísticos e clínicos, entre outros. Sua atuação institucional incluiu a organização da "Assistência aos Alienados", mais tarde Serviço Nacional de Assistência aos Psicopatas, tendo redigido, em 1903, uma proposta de reforma do Hospício Nacional e insistido junto ao governo para a aprovação da legislação federal de assistência aos alienados, promulgada em 22/12/1903 (Oda & Dalgalarondo, 2000).

Entre os tratamentos empregados na psiquiatria científica, estavam a clinoterapia (descanso no leito), a praxiterapia e o *open-door*. Estes se caracterizavam pelo uso do trabalho como princípio terapêutico e foram influenciados pelas práticas capitalistas incipientes no início do século XX, as quais tornavam cada vez mais importante o poder de compra de um indivíduo, que só seria adquirido através do trabalho. A cidadania de um indivíduo era reconhecida pela inclusão numa categoria profissional. Surgiam então muitas colônias agrícolas, que empregavam os loucos em suas atividades. O capítulo III se deterá mais sobre o trabalho nas colônias e sua forma de organização.

Na década de 50, as colônias agrícolas já haviam abandonado o trabalho rural há certo tempo por causa da crescente industrialização no Brasil. Deram lugar a ações de praxiterapia com pequenos grupos de pacientes, sendo que, essas ações não apresentavam sentido algum para eles, devido ao fato das atividades não apresentarem nenhuma inovação enquanto realizadas. Era assim, um trabalho monótono e repetitivo. (Resende, 1987)

## 2.2 SAÚDE MENTAL ENTREGUE À PRIVATIZAÇÃO

A assistência à saúde no Brasil no início do século XX era realizada através de entidades filantrópicas ou de atendimento particular. Entretanto, na década de 20, surgiram as Caixas de Aposentadoria e Pensões, que eram específicas de algumas categorias profissionais, como a dos marítimos e a dos ferroviários. Também foram criados, nos anos 30, os Institutos de Aposentadoria e Pensões, ordenados por categoria profissional. Apenas na década de 60 o Estado passou a administrar a previdência. Em 1966, os Institutos de Aposentadorias e Pensões foram unificados através da criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). (EPSJV, 2003)

Pessoas que não possuíam vínculo com a previdência social dependiam dos hospitais públicos, que apresentavam falta de recursos para um bom funcionamento. Entretanto, a partir da década de 60, houve um grande crescimento do número de instituições privadas

conveniadas no país, as quais atendiam gratuitamente determinadas categorias funcionais e recebiam o repasse de verba do governo.

Apesar dessa mudança na forma de acesso aos serviços, a função das instituições privadas não era diferente da exercida pelas públicas: manter o louco excluído, sem representar um risco para a sociedade, não apresentando modificações significativas em relação ao tratamento dos pacientes. O perfil da população que recorria a estes hospitais psiquiátricos reunia em especial trabalhadores urbanos, com destaque para neuróticos e alcoólatras (Resende, 1987). O número de internações em hospitais privados-conveniados, entre 1965 e 1970, passou de 35.000 para 90.000, enquanto as instituições públicas já estavam lotadas (Resende, 1987). O tempo de permanência no hospital também aumentou e a ausência de controle e fiscalização quanto a real necessidade de tanto tempo de internação colaborava no lucro dessas empresas.

Tudo isso reflete o que Moreira (apud DELGADO, 1987, p. 181) define como “função iatrogênica do hospício”, a qual mantém e reforça a patologia, sendo um elemento favorecedor da “função empresarial”, que se baseia no lucro obtido com essa estimulação ao transtorno mental apresentado pelo usuário do serviço.

Com isso, surgia a chamada “indústria da loucura”, que recebeu muitas críticas por estimular a cronificação de seus pacientes.

Essas resistências às clínicas privadas conveniadas estavam ligadas, principalmente, a dois fatores: a falta de eficiência e os grandes gastos. Por volta de 1968, houve um grande crescimento na economia brasileira, que necessitava cada vez mais de trabalhadores (Resende, 1987). Cobrava-se da psiquiatria maior empenho curativo para que as pessoas internadas voltassem a incorporar a mão-de-obra necessária nesse período da história. As instituições privadas conveniadas também eram consideradas umas das causas da crise econômica da década de 1970. Delgado, resumindo essas críticas, afirma que “a privatização determinou não só um aumento incontrolável de despesas, mas, essencialmente, a definição de um modelo baseado no uso do leito”. (1987, p. 178)

As denúncias contra os hospitais privados conveniados cresciam e, por isso, reduziu-se o número de pacientes encaminhados para internações e o tempo de permanência destes no leito. Em 1972, com a influência das propostas da Organização Mundial de Saúde e da Organização Pan-americana de Saúde, o Ministério da Saúde criou junto com ministros de outros países da América Latina o 'Plano decenal de saúde para as Américas', que abrangia princípios norteadores para a assistência psiquiátrica no continente (Paulin & Turato, 2004).

O INPS gastava em 1974 grande parte de seus recursos com a compra de serviços médicos das instituições privadas. A tendência não foi diferente nos serviços psiquiátricos, que adotavam um modelo curativo, baseado na saúde individual. A forma de tratamento encontrada nesse modelo era a internação (EPSJV, 2003).

Nesse contexto, surgia cada vez mais entre os trabalhadores da psiquiatria asilar o desejo de mudança do modelo assistencial. Sugeriam-se investimentos no setor público como o melhor caminho para a crise em que entravam as instituições psiquiátricas no Brasil. Era um começo das propostas de mudança da forma de assistência à saúde mental.

Em 1980, ocorreu a co-gestão<sup>1</sup>, que era um convênio que “possibilitou a modernização dos hospitais psiquiátricos do Ministério da Saúde, por meio de repasse para eles de recursos da Previdência que, anteriormente, iam para o setor privado”. (EPSJV, p. 38, 2003). Com o objetivo de atender a clientela que não tinha acesso aos serviços públicos, os recursos financeiros e humanos do Ministério da Previdência e Assistência Social e do Ministério da Saúde foram utilizados no funcionamento dos hospitais deste último. A partir dessa década, transformações surgiram no tratamento à saúde mental no Brasil.

### 2.3 A BUSCA POR NOVOS MODELOS EM SAÚDE MENTAL E A REFORMA PSIQUÁTRICA

A década de 70 representou o início do esgotamento do modelo asilar de assistência à saúde mental, baseado na exclusão de portadores mentais da sociedade através de hospícios. Neste período, as críticas às instituições psiquiátricas aumentavam, pois eram influenciadas pelo processo de redemocratização do Brasil. Os trabalhadores passavam a denunciar as condições em que se encontravam as instituições psiquiátricas e o tratamento oferecido aos pacientes. (EPSJV, 2003).

Formou-se em 1978 o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), uma rede informal que, com suas acusações ao governo militar e às instituições psiquiátricas, assumiu um papel relevante nas propostas para a transformação do modelo de atenção à saúde mental no Brasil. Segundo Amarante (1995), o marco para o surgimento do MTSM foi a chamada “Crise da DINSAM”, um movimento de críticas de profissionais dos quatro

---

<sup>1</sup> Co-gestão refere-se ao convênio estabelecido entre os Ministérios da Saúde e o da Previdência e a Assistência Social. Enquanto o primeiro viabilizou recursos humanos o outro participou com recursos financeiros possibilitando que os Hospitais do Ministério da Saúde passassem a atender mais amplamente a clientela previdenciária e isso por sua vez, possibilitou a modernização dos hospitais psiquiátricos do Ministério da Saúde. IN.: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. 2003. Textos de Apoio em Saúde Mental. Ed. Fiocruz: Rio de Janeiro.

hospitais da Divisão Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro, no primeiro trimestre de 1978. Entretanto, essa mobilização não atingiu apenas o Rio de Janeiro, repercutindo por todo o país.

Nos primeiros anos da década de 80, ocorreu uma influência maior das diretrizes da Organização Pan-Americana de Saúde, quando os planos de medicina comunitária, preventiva ou de atenção primária passaram a se destacar. Nesse momento, caracterizado por Amarante (1995, p. 91) como “vigorosamente institucionalizante”, o movimento da reforma psiquiátrica se aproximou do da reforma sanitária<sup>2</sup> e surgiu uma postura conceitual que passa de crítica à cientificidade a uma posição que considera a administração e a ciência médica como capazes de solucionarem os problemas da população. A co-gestão foi um marco deste período, com a reestruturação dos hospitais da DINSAM. Quase simultaneamente, militantes do MTSM criaram iniciativas de administração de serviços públicos de saúde mental em diversas partes do Brasil.

Em 1987, ocorreu a I Conferência Nacional de Saúde Mental, após muitos conflitos entre o MTSM, a DINSAM e a Associação Brasileira de Psiquiatria. Nele, houve o primeiro acordo entre os técnicos sobre a necessidade do modelo de assistência psiquiátrica. Neste mesmo ano, houve o II Encontro de Trabalhadores em Saúde Mental, que foi muito importante na construção de novas políticas de saúde mental porque deixou de ser um movimento apenas técnico, envolvendo outros setores da sociedade (EPSJV, 2003). Entre esses novos atores envolvidos, estavam os portadores de transtornos mentais, representados pelas associações de familiares e usuários. Surgia o lema “por uma sociedade sem manicômios”, que apesar de não representar uma proposta de criação de um novo modelo de assistência, apenas negando o que já existia, levou à população a questão da violência das instituições psiquiátricas, através da imprensa. Esse lema mostra a principal proposta da Reforma Psiquiátrica na modificação no modelo de assistência à saúde mental: a desinstitucionalização. Sobre isso, Amarante (1995, p. 94) comenta:

“É preciso desinstitucionalizar/desconstruir/construir no cotidiano das instituições uma nova forma de lidar com a loucura e o sofrimento psíquico, é preciso inventar novas formas de lidar com estas questões, sabendo ser possível transcender os

---

<sup>2</sup> O movimento pela democratização da saúde que tomou corpo no Brasil durante a segunda metade da década de setenta, possibilitou a formulação do projeto da Reforma Sanitária Brasileira. Esse movimento culminou com a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Definiu a saúde como direito do cidadão e dever do Estado e lançou as bases políticas e técnicas para o debate sobre saúde na Constituinte. O resultado foi um texto constitucional sobre saúde moderno e abrangente, um dos mais avançados do mundo, na Constituição Brasileira de 1988. In: Fleury, Sonia (org)Saúde e Democracia. A luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997, p.11-14

modelos preestabelecidos pela instituição médica, movendo-se em direção às pessoas, às comunidades.”

Ainda em 1987, foi inaugurado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil em São Paulo, chamado “CAPS Prof. Luiz da Rocha Cerqueira”, que funciona até hoje. Esse serviço estadual é considerado o primeiro serviço de atenção diária em saúde mental do país. É uma “unidade intermediária entre o ambulatório e o hospital psiquiátrico”. (EPSJV, 2003, p.42). Entretanto, a criação dos Centros de Atenção Psicossocial apenas foi regulamentada a partir da Portaria nº 336/GM, em 19 de fevereiro de 2002 pelo Ministro da Saúde José Serra. Segundo esta, o CAPS é caracterizado pelo controle de sua demanda, pela supervisão dos hospitais psiquiátricos de sua área de atuação e pela capacitação das equipes, entre outras funções. Entre suas atividades, estão o atendimento individual e em grupos, as visitas domiciliares, as oficinas terapêuticas, o atendimento à família e as atividades comunitárias. Além disso, procura possibilitar a reinserção social de seus pacientes através de suas atividades, inclusive possibilitando o acesso ao trabalho (Ministério da Saúde, 2002).

Em 1992, a II Conferência Nacional de Saúde Mental, que reuniu usuários, trabalhadores e donos de clínicas privadas conveniadas com o SUS, teve como foco a reestruturação do modelo de atenção à saúde mental no Brasil, considerando para isso a municipalização e a cidadania dos usuários dos serviços.

A III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001, tratou da implementação dos objetivos alcançados com a lei 10216/01 e com as portarias do Ministério da Saúde para o controle da assistência à saúde mental. Seu Relatório Final “reafirmou as conquistas das Conferências anteriores, corrigiu rumos e consolidou a estratégia dos serviços comunitários (CAPS) como dispositivos prioritários de organização da saúde mental”. (EPSJV, 2003, p.42)

De acordo com os dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (2006), as internações por transtornos mentais e comportamentais foram reduzidas de 6,32% em 2001 para 3,76% em 2004. A regulamentação dos CAPS, em 2002, pode ser pensada como uma das causas possíveis para essa redução.

Nos últimos anos, novas formas de atenção à saúde mental foram criadas em várias cidades do país, cada uma apresentando seu grau de desenvolvimento e respeitando a cidadania dos usuários. Os serviços são denominados CAPS ou com outras nomenclaturas, de acordo com onde se localiza. Além dos CAPS, foram criadas outras formas de cuidado. Entre elas, estão os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), os Hospitais-dia, os Centros de Convivência, os Lares Abridados e as Cooperativas. (EPSJV, 2003)

As Cooperativas permitem a geração de renda através da realização do trabalho pelos usuários. Suas atividades respeitam a possibilidade de cada um e são remuneradas. Promovem maior autonomia e auto-estima dos portadores de transtornos mentais e são regulamentadas pela Lei nº 9867, de 10 de novembro de 1999 (EPSJV, 2003). Este trabalho se deterá mais sobre as cooperativas de geração de renda no capítulo III.

### 3 O TRABALHO E A SUBJETIVIDADE HUMANA

*"Sem trabalho eu não sou nada  
Não tenho dignidade  
Não sinto o meu valor  
Não tenho identidade"  
Renato Russo*

#### 3.1 TRABALHO E CONSTRUÇÃO DA SOCIEDADE

Existem diversas concepções sobre o que é trabalho. Seu valor e sua função são percebidos de formas diferentes de acordo com a cultura de cada povo, com a época em que se vive e também com o sistema econômico de cada nação. O trabalho já foi discutido por autores de referência da filosofia, como John Locke e Karl Marx.

Trabalhar, na sociedade atual, é sinônimo de esforço, cansaço e, principalmente, sustento. As pessoas que trabalham são as que participam ativamente da economia de um país e geram a renda necessária para a garantia de serviços básicos (água, luz, saúde, educação, entre outros) e dão suporte à previdência social. Solis (1994) estabelece três posições dos seres humanos em relação ao trabalho no mundo contemporâneo:

1. Considerá-lo benéfico e fator de engrandecimento
2. Pensar que o trabalho é uma atividade de difícil execução, mas que deve ser realizada pelo bem da comunidade.
3. Achar que o trabalho é uma “maldição da qual é preciso escapar” (p.216). Esta posição, entretanto, estaria ligada às condições em que se realiza o trabalho e não a ele próprio.

Entre essas opiniões, também há a de quem deseja a existência de um mundo em que não seja necessário trabalhar (Solis, 1994). Essa posição, além da segunda e da terceira, são reflexos da ação do capitalismo sobre o trabalho. De acordo com Antunes (1995), o trabalho na sociedade capitalista está relacionado com a necessidade de consumo. Por receber um salário (pagamento pela força de trabalho), o trabalhador precisa “ter o suficiente para querer viver e somente deve querer viver para ter” (p. 131). O trabalho, então, seria fonte de desconforto para o trabalhador, que passa a considerar que trabalhar é sinônimo de sofrimento, já que seria compulsório por uma necessidade extrínseca. Deve-se lembrar que o trabalho não passou a ser visto como negativo com o capitalismo, mas este é responsável pela opinião das pessoas a respeito de sua importância no mundo contemporâneo. O trabalho é apresentado como fator de sofrimento até em sua etimologia:

“A etimologia da palavra trabalho vem do vocabulário *tripaliare*, do substantivo *tripalium*, aparelho de tortura formado por três paus, ao qual eram atados os condenados, ou que também servia para manter presos os animais difíceis de ferrar. Daí a associação do trabalho com tortura, sofrimento, pena, labuta.” (Aranha & Martins, 1992, p. 56)

Apesar dessas posições negativas em relação ao trabalho, ele é fundamental para a construção de uma sociedade entendendo-se que o homem altera a natureza e a sua realidade ao trabalhar. Solis (1994), ao considerar o trabalho a “mais social de todas as atividades humanas” revela que ele tem essa característica por, ao construir um produto específico, atuar como produtor da própria sociedade.

Através do trabalho, os elementos da natureza (matérias-primas) são transformados em valores de uso, para que suas necessidades vitais e socioculturais sejam atendidas. A partir do momento em que o homem satisfaz uma necessidade, outras surgirão, o que trará dinamismo a sua vida. Por isso, é imprescindível para a vida humana, independente da sociedade em que os indivíduos se encontrem. Essa concepção é definida por Frigotto como “dimensão ontológica do trabalho” (2002, p.12). Ou seja, o trabalho é uma atividade fundamental para a existência humana, pois constrói os meios essenciais para a sobrevivência e, portanto, permite a formação de uma sociedade que irá usufruir desses produtos.

### 3.2 TRABALHO E IDENTIDADE DO SUJEITO

O valor do trabalho é geralmente relacionado à construção da sociedade. Mesmo quando se considera a interferência do sistema capitalista de produção, as atividades laborativas são vistas como relevantes para o coletivo.

O trabalho apresenta uma grande importância para as pessoas de forma singular. Quando Solis (1994) mostra uma concepção positiva em relação a esse tipo de atividade, considerando-o um fator de engrandecimento pessoal, revela também uma valorização subjetiva do trabalho.

Além de ser um elemento central na relação sujeito-sociedade, o trabalho é responsável pela integração desse indivíduo no meio social. A psicodinâmica do trabalho ressalta a importância do trabalho para a formação constante da identidade do sujeito. Esta se constrói ao longo da vida por meio de relações nas quais as pessoas vão percebendo suas semelhanças e diferenças, constituindo assim suas características através dessas percepções ao lado do outro.

Por isso, o sujeito estrutura “sua singularidade em meio a diferenças”, o que ocorrerá no ambiente de trabalho, que é o “mediador central da construção, do desenvolvimento, da complementação da identidade e da constituição da vida psíquica” (Lancman, 2004, p. 32). Esta singularidade é o que diferenciará, na integração com a sociedade, esse sujeito dos demais.

Através do trabalho, o sujeito pode realizar completamente sua omnilateralidade, sendo capaz de interferir na sua realidade, exercer sua cidadania e desenvolver livremente suas individualidades. Alcançará, assim, “a plena realização e emancipação” do seu ser social (Antunes, 1992, p.132).

Lancman (1994) estabelece duas funções para o trabalho: a de remuneração social e a função psíquica. A primeira estaria relacionada à integração social e aos direitos que isso proporciona, demonstrando a idéia que liga o fato de trabalhar à conquista da cidadania. A segunda teria uma ligação muito próxima com a constituição subjetiva do indivíduo e o valor que o esse sujeito dá ao produto gerado por seu trabalho, à sua obra:

“ Há também uma remuneração social pelo trabalho, ou seja, o trabalho enquanto fator de integração a determinado grupo com certos direitos sociais. O trabalho tem, ainda, uma função psíquica: é um dos grandes alicerces de constituição do sujeito e de sua rede de significados. Processos como reconhecimento, gratificação, mobilização da inteligência, mais do que relacionadas à realização do trabalho, estão ligados à constituição da identidade e da subjetividade.” (Lancman, 2004, p. 29)

Surge aí mais uma face do trabalho: a que revela e eleva a importância do sujeito na sociedade pela sua singularidade. Os processos que reconhecem o valor dessa pessoa são fatores benéficos à sua auto-estima e à sua relação com outros indivíduos. Assim, o trabalho também seria um fator favorável à formação de vínculos sociais.

Desde o nascimento, o ser humano é cercado de pessoas, muitas vezes dependendo delas. O homem não consegue sobreviver sozinho, ele precisa se relacionar com outros indivíduos para se desenvolver ao longo da vida. Por isso, é considerado um animal social: em todos os lugares que frequenta, vive em grupos, compartilhando objetivos e praticando a comunicação (EPSJV, 2003). A formação de vínculos sociais é extremamente importante para a saúde mental de qualquer indivíduo, para seu aprendizado, autonomia e, conseqüentemente, para sua sobrevivência no contexto social em que está inserido.

Diversos autores destacam a importância do trabalho para o raciocínio. Lancman (2004) ressalta a função do labor no estímulo à criatividade de um indivíduo: a cada etapa da atividade, o processo criativo se intensifica, pois na produção de um bem um indivíduo coloca

a sua subjetividade. A relação do sujeito com o mundo poderá ser cada vez mais trabalhada por ele. Solis (1994) destaca a capacidade única do homem de realizar um projeto antes da execução de qualquer atividade, o que o diferencia de outros animais. Com o trabalho, o ser humano trabalha aspectos como a capacidade de planejamento e a inteligência.

O trabalho, portanto, pode ser visto como um elemento favorável à saúde mental. Essa posição é admitida por alguns autores, como Dejours (2004), que afirma que mesmo com a constante ocorrência das doenças relacionadas ao trabalho, como o estresse e transtornos físicos relacionados a esforços repetitivos, o trabalho pode proporcionar o melhor para a saúde individual. Muitos trabalhadores, homens e mulheres, estão em melhor estado de saúde mental do que estariam se não estivessem trabalhando.

### 3.3 TRABALHO E CONSTRUÇÃO DO CIDADÃO AUTÔNOMO

O trabalho é uma das principais formas de reconhecimento social. Durante a maior parte do século XX, só era considerado um cidadão brasileiro quem estivesse inserido em uma categoria profissional (Resende, 1987). Pessoas que estão empregadas representam a população economicamente ativa de qualquer país, gerando riqueza para a nação.

Com o recebimento de um salário, quem trabalha pode participar do mercado consumidor de uma população. As idéias liberais definem como cidadão aquele indivíduo detentor de propriedade, a qual é adquirida através do trabalho (Ciavatta & Frigotto, 2003). Embora essa concepção não esgote totalmente o conceito de cidadania, já mostra a influência que o fato de ter um emprego tem sobre a vida de uma pessoa e sobre como ela será vista pela sociedade.

O conceito de cidadania estabelecido pela Organização das Nações Unidas em 1948 considera como um cidadão um indivíduo que possui direitos e deveres, assumindo tanto a posição de súdito quanto a de soberano (Covre, 1986). Um cidadão participaria ativamente dos processos políticos de uma sociedade, cobrando do governo o cumprimento das leis e a extensão dos direitos (sociais, civis e políticos) a toda a população.

Na sociedade atual, um indivíduo que trabalha garante a sua subsistência. Mais que isso, tendo consciência do processo de seu trabalho, da importância do que ele produz para a comunidade e para ele mesmo, pode ser considerado um sujeito autônomo. Uma pessoa que tem autonomia é capaz de interferir na sua própria realidade, fazendo escolhas pessoais ou que vão influenciar no coletivo. Ou seja, uma pessoa que tem autonomia tem condições de exercer a sua cidadania, garantindo seus direitos e cumprindo seus deveres.

O trabalho, ao inserir o sujeito na sociedade, permite que ele tenha consciência de sua função nela, de sua importância para o coletivo. A consciência leva à ação, que representa a autonomia e permite a plena existência da cidadania. Forma-se, assim, um cidadão autônomo.

### 3.4 TRABALHO EM EQUIPE – AS COOPERATIVAS

O ser humano vive constantemente em contato com outras pessoas. No trabalho, a situação não é diferente. Os atuais ambientes de trabalho geralmente envolvem diversos indivíduos que executam diversas tarefas, mantendo uma constante comunicação para que o produto final saia de acordo com o projeto elaborado.

Um trabalho em equipe, para que seja bem sucedido, pressupõe que todos os indivíduos tenham um ou mais objetivos em comum. Pinheiro (2001) afirma que “trabalho é uma atividade física e intelectual que os homens desenvolvem de modo intencional e cooperativo, visando a um objetivo determinado”.

Entre as características de uma equipe eficaz, estão o objetivo comum e o esforço para que as metas sejam atingidas, comunicação com base no respeito e na verdade (sem ruídos), constante atualização dos conhecimentos, flexibilidade e “capacidade de criação a partir das diferenças” (EPSJV, 2003, p. 63).

Esta última característica revela a propriedade do trabalho de estimular a criatividade, pois os diversos pensamentos numa mesma equipe são um incentivo à criação e não um obstáculo. Ocorre a todo o momento um processo de troca.

A forma cooperativa de realização do trabalho está diretamente ligada à característica social do trabalho e incentiva vínculos entre os indivíduos envolvidos no processo (Pinheiro, 2001). No trabalho cooperativo, a dedicação de cada um interfere no produto final da atividade. Considerando as atuais associações em cooperativas, esses efeitos podem agir sobre a qualidade do produto e seu valor (tanto comercial quanto pessoal para quem o produz).

Oliveira (2007) declara que, a partir da década de 90, há um grande crescimento do número de cooperativas no Brasil resultante das modificações na economia mundial e de seus reflexos nos processos de trabalho, que passam a enfrentar a flexibilização dos vínculos empregatícios e o desemprego. A maioria das cooperativas é caracterizada pela reunião de pessoas “para obter renda através da fabricação de produtos, de sua comercialização, da oferta de serviços ou, ainda, da venda da mão-de-obra de seus sócios a terceiros”.

As cooperativas também são uma das principais formas de (re)inclusão de portadores de transtornos mentais no mercado de trabalho e geração de renda. Estão entre os novos

modelos de atenção à saúde mental surgidos após a Reforma Psiquiátrica e representam a união entre a Saúde Mental e o Trabalho para a reabilitação psicossocial dos usuários desses serviços, como veremos no capítulo a seguir.

## 4 SAÚDE MENTAL E TRABALHO: AS OFICINAS DE GERAÇÃO DE RENDA

*"A partir disso poderíamos pensar na produção da vida, ou melhor, em novas formas de vida, o que inclui a saída dessas pessoas do hospital e as possibilidades de auto-subsistência".*  
Fernanda Nicácio

### 4.1 HISTÓRICO DO TRABALHO COMO PRINCÍPIO TERAPÊUTICO

O trabalho é utilizado no tratamento de portadores de transtornos mentais há muitos anos. Essa proposta terapêutica se modificou bastante ao longo do tempo, variando da praxiterapia, no início do século XX, às oficinas terapêuticas e de geração de renda, surgidas após a Reforma Psiquiátrica.

Entre as décadas de 10 e 20, quando o tratamento em saúde mental no Brasil era caracterizado pela psiquiatria científica, o trabalho era utilizado como um estimulante para os pacientes, segundo as idéias de Esquirol. As atividades laborativas, no entanto, eram marcadas pela alienação (Delgado, 1987).

Alienação, de acordo com Aranha & Martins (1992, p.60), “vem do latim *alienare*, *alienus*, que significa “que pertence a um outro”. E outro é *alius*. Alienar, portanto, é tornar alheio, transferir para outrem o que é seu”. O trabalho nas instituições psiquiátricas do início do século XX não permitia que os pacientes pensassem sobre o processo de criação nem dessem valor ao produto ao qual davam origem, todo o rumo da atividade era definido pelos profissionais da instituição.

O uso do trabalho no modelo asilar era denominado praxiterapia. Essa prática era realizada tanto em instituições fechadas quanto em ambientes abertos, com atividades estereotipadas e muitas vezes submetendo os pacientes a um regime de servidão (Delgado, 1987).

As idéias de Pinel influenciaram a tendência do tratamento da loucura através da criação de ambientes para a prática do trabalho como princípio terapêutico. Na Europa, o psiquiatra percebeu que os pacientes ficavam mais tranquilos e espertos quando envolvidos nessas atividades.

Os lugares no Brasil que buscavam utilizar o trabalho como forma de tratamento pretendiam, em sua maioria, reproduzir um ambiente rural, aproveitando a grande disponibilidade de terras e a vocação agrária do país. As colônias agrícolas foram criadas para a concretização dessas idéias, tratando o doente através do trabalho no campo e, após a cura,

devolvendo-o à sociedade como “cidadão útil”, ou seja, que atendesse como força de trabalho ao capitalismo incipiente na época (Resende, 1987). Essa alternativa terapêutica era utilizada na assistência psiquiátrica a pacientes considerados crônicos ou incuráveis (Guerra, 2004).

No Rio de Janeiro, o Hospício Nacional de Alienados da Praia Vermelha recorreu às colônias da Ilha do Governador por estar superlotado. Entretanto, por não conseguir atender à demanda, estas colônias foram extintas, encaminhando seus pacientes do sexo feminino para a Colônia do Engenho de Dentro em 1911 e os homens para a Colônia de Jacarepaguá em 1923. Esta passou a se chamar Colônia Juliano Moreira em 1935 (EPSJV, 2003). Sobre as atividades executadas pelos pacientes, Soares (apud GUERRA, 2004, p.32-33):

“Em ambas eram realizadas atividades rurais como o plantio de frutas e hortaliças e a criação de animais. Além disso, na colônia masculina funcionavam oficinas de ferraria, mecânica, elétrica, carpintaria e marcenaria, tipografia e encadernação, sapataria, colchoaria e vassouraria e, por fim, pintura de paredes”.

A praxiterapia não permitia que os pacientes tivessem propriedade sobre os produtos que criavam, nem tinha compromisso com a cidadania. O trabalho representava apenas uma forma de sustentar a instituição e, para o sujeito, era apenas uma terapia. Não havia troca nem capacitação para uma atividade profissional (Araújo & Fadista, 2004). Guerra (2004) também define como uma das funções da colônia a garantia de uma boa ordem social no momento de consolidação da República, dos centros urbanos e industriais no Brasil.

Ao fim da década de 20, as colônias passaram a demonstrar ineficácia em sua proposta terapêutica e não conseguiam mais se manter, entrando em decadência (Resende, 1987).

A década de 40 apresenta uma terapêutica ocupacional que questionava o pensamento organicista dominante do momento e estava em pé de igualdade com as outras terapias utilizadas no período. Nise da Silveira, psiquiatra, foi a responsável pela introdução dessa alternativa de tratamento no Brasil, que valorizava o uso da atividade na reabilitação psicossocial dos pacientes e criticava o uso da mão-de-obra do paciente para o benefício exclusivo da instituição. Sua proposta envolvia o respeito à subjetividade do louco, destacando-se no Serviço de Terapêutica Ocupacional e Reabilitação (STOR) do Centro Psiquiátrico Nacional, localizado no Engenho de Dentro, na cidade do Rio de Janeiro. O Serviço surgiu em 1946 (Guerra, 2004).

As atividades costumavam ser escolhidas livremente pelos pacientes, que não eram obrigados a participar, podendo, apenas eventualmente, apresentar alguma utilidade para o hospital. As propostas eram bastante diversificadas em relação às das colônias, envolvendo,

além de atividades de cunho laborativo, como “alfaiataria, plantio, marcenaria, colchoaria, fabricação de cigarros, flores, etc.” (Guerra, 2004, p.35), outras relacionadas à estética, à recreação e à cultura, como música, jogos e escola. Esses recursos terapêuticos, com Nise da Silveira, passaram a ser utilizados também com pacientes agudos.

A atividade proposta por Nise foi marginalizada até a década de 80 por causa das críticas que ela fazia ao uso do produto do trabalho dos pacientes para o pagamento das despesas das instituições e pelo crescente uso de medicamentos a partir da década de 50, com a expansão da indústria farmacêutica.

Delgado (1987, p. 196) afirma que “nas experiências onde se busca enfrentar a questão do trabalho alienado, os resultados no sentido da recuperação da identidade do paciente como ser social aparecem visíveis”. Com a Reforma Psiquiátrica, passou-se a reconhecer que o portador de transtornos mentais, assim como qualquer ser humano, possui necessidades que estão diretamente ligadas à subjetividade. Entre elas, está a de autonomia. O trabalho contribui para o alcance desta e, a partir deste princípio, passou a ser um dos recursos para a reintegração social utilizados pelos serviços de saúde mental brasileiros, através das oficinas de geração de renda. Nestas, procura-se respeitar o usuário civil e pessoalmente, considerando o sofrimento psíquico e a dificuldade de participação social dificultada principalmente pelo preconceito. O indivíduo que tem autonomia pode fazer suas próprias escolhas e, assim, participar ativamente da vida em sociedade e exercitar sua humanidade. A loucura passa a ter uma nova abordagem teórica e cultural, o que se reflete na entrada de oficineiros que não estão diretamente ligados à saúde mental, como artistas, artesãos e moradores das proximidades dos serviços (Guerra, 2004).

As oficinas terapêuticas ocupam um lugar importante no novo modelo de atenção à saúde mental. Através delas, os usuários têm maiores oportunidades de reinserção na sociedade, conquista da autonomia e desenvolvimento de maiores vínculos afetivos. Passam a viver a rotina de um ambiente de trabalho, o que traz experiências que os ajudarão a acumular experiências tanto pessoais quanto profissionais. A atividade laborativa deixa de ser utilizada como forma de entretenimento e ocupação do tempo para os portadores de transtornos mentais, como era na praxiterapia. . As oficinas, a partir da Reforma Psiquiátrica, têm uma função social e política que se associa à clínica. O portador de transtornos mentais terá mais possibilidade de ação na vida pública e conseqüente inserção social. O trabalho, nos dispositivos de atenção à saúde mental, passa a ter significado para o paciente (Guerra, 2004).

De acordo com Costa e Figueiredo (2004), as relações interpessoais estabelecidas nas oficinas são um elemento diferencial porque portadores de transtornos mentais costumam se

isolar em meio a outros indivíduos. Nos locais de trabalho, entretanto, desenvolvem-se a comunicação, as atividades em equipes, a cooperação e o pragmatismo.

A geração de renda causa diferentes opiniões entre os autores: há os que pensam que o foco das oficinas terapêuticas é a reintegração social; outros consideram que as oficinas podem ser instrumentos de geração de renda se existir participação e reflexão sobre os processos de trabalho, evitando assim a alienação.

Antes de gerar renda, é importante que o sujeito tenha consciência do valor de uso de seu produto, este precisa ser significativo para ele também. Costa e Figueiredo consideram útil, para isso, a organização de exposições dos objetos.

Para a comercialização dos produtos, costumam ser criadas cooperativas e pontos de venda, já que ainda é difícil a absorção deles pelo mercado formal. Nesses ambientes, apesar de o objetivo ser a geração de renda, as limitações de cada um são respeitadas. Ou seja, há um cuidado para que o trabalho não se limite à preocupação capitalista de alcançar a produção necessária para o lucro.

#### 4.2 O NÚCLEO DE SAÚDE MENTAL E TRABALHO

O Núcleo de Saúde Mental e Trabalho (NUSAMT) é um grupo que se iniciou no Rio de Janeiro em 2001. Envolve profissionais da Secretaria de Estado de Trabalho e Renda (SETRAB) e das instituições conveniadas, além de representantes de usuários dos serviços de saúde mental, seus amigos e familiares. Começou na Ouvidoria do Trabalho pela falta de políticas de inserção de portadores de transtornos mentais no mercado de trabalho. Estes, ao irem às Agências de Trabalho e Renda no estado, permaneciam excluídos da população que conseguia ser empregada. Quase não recebeu recursos para sua criação (Ministério da Saúde, 2005).

Por isso, foi criado o NUSAMT, o qual representaria uma forma para os usuários dos serviços de saúde mental que fossem a essas agências conseguissem um encaminhamento para o mercado de trabalho, o que possibilitaria a formação de políticas. Além disso, se algum trabalhador necessitasse de encaminhamento a um dispositivo de atenção à saúde mental, isso também ocorreria através do Núcleo.

Para isso, foi criado um Balcão de Oportunidades e Projetos, que possui um técnico (psiquiatra, psicólogo, assistente social ou terapeuta ocupacional) que represente a saúde mental e atenda o usuário ou o trabalhador. A pessoa precisa ser avaliada pela equipe técnica que o acompanha, além dos representantes da instituição no NUSAMT. Caso o indivíduo seja

encaminhado sem esta avaliação, terá de retornar à instituição em que se trata para que isso seja feito. O encaminhamento se dá em formulário próprio e o usuário será acompanhado pela equipe mesmo depois de conseguir seu trabalho, para que seja alcançada a autonomia e sejam realizadas discussões sobre o mundo do trabalho. Esse formulário apresenta um histórico da vida do trabalhador, mostrando também seus planos profissionais, e será utilizado na entrevista. Assim, o usuário precisará de um profissional que sirva como referência e também deverá ter seus documentos trabalhistas atualizados (Ministério da Saúde, 2005).

Os componentes do NUSAMT formam uma “rede institucional solidária” (Ministério da Saúde, 2005, p.48) que discute estratégias de inclusão de portadores de transtornos mentais no mercado de trabalho, produzindo projetos que tenham esta inserção como objetivo. Analisam também a legislação vigente para a realização de estratégias de geração de renda.

O grupo tem como objetivo a implementação de políticas de Saúde Mental e Trabalho no estado do Rio de Janeiro. Para isso, são discutidas questões relativas ao trabalho, buscam-se recursos para qualificação profissional. O NUSAMT procura abrir postos de trabalho e criar uma rede solidária de rendimentos autogestionados.<sup>3</sup>

Entre as instituições que estabeleceram parceria com o NUSAMT estão a Secretaria de Estado de Saúde/RJ, Secretaria Municipal de Saúde/RJ, Instituto Franco Basaglia (IFB), Associação Casa Verde, o Ipub/UFRJ, entre outras. Destacam-se também as associações de usuários, como a Amocais (Associação dos Amigos do Cais, do Instituto Philippe Pinel), a Apacojum (Associação dos Parentes e Amigos do Complexo Juliano Moreira), a Aufacaps (Associação dos Usuários, Familiares e Amigos do Caps Pedro Pelegrino, de Campo Grande), e a Aufacep (Associação de Usuários, Familiares e Funcionários do Centro Psiquiátrico Rio de Janeiro) (Ministério da Saúde, 2005).

Em 2005, o NUSAMT possuía 103 inscritos, dos quais 79% eram homens, demonstrando a tendência cultural de incentivo ao trabalho masculino. 78% encontravam-se em idade entre 18 e 45 anos. A dificuldade de vínculos sociais apresentada pelos portadores de transtornos mentais era refletida no fato de 81% dessas pessoas serem solteiras.

Quanto à escolaridade, a maioria possuía o Ensino Fundamental incompleto (26%), porém uma parcela tinha nível superior completo (11%) e 23% haviam terminado o Ensino Médio.

Dessas pessoas, 73% eram encaminhadas por instituições conveniadas e 25% por não-conveniadas. 2% não faziam tratamento e eram direcionados a serviços de saúde mental.

---

<sup>3</sup> Informações obtidas no folder de divulgação do NUSAMT.

A experiência de trabalho, considerada como estágio, trabalho protegido, trabalho formal, trabalho informal, foi apresentada por muitos dos inscritos no NUSAMT, 89% do total. Desses, 56% estão afastados há mais de cinco anos do trabalho formal. Esses dados mostram que, além da reinserção dessa população no trabalho, também será necessária uma qualificação anterior ao encaminhamento, para que esses profissionais se atualizem para que atendam às necessidades do mercado de trabalho atual. Percebe-se também a mudança que o transtorno mental causa na vida de um indivíduo, afastando-o de suas atividades. A geração de renda, portanto, recupera esses vínculos sociais e funções exercidas pelo sujeito antes do sofrimento psíquico.

Em 2006, o NUSAMT efetuou oito encaminhamentos para a concorrência de vagas no mercado de trabalho. Destes, 2 pessoas foram aceitas (25%). De um total de 102 pessoas, 35 (34,3%) foram atendidas, mas não atenderam aos critérios para encaminhamento (como a avaliação pela equipe do serviço de atenção à saúde mental). Sessenta e sete usuários (65,7%) foram cadastrados após o preenchimento dos questionários.

Até julho de 2007, quarenta pessoas foram atendidas, sem serem encaminhadas, enquanto vinte foram cadastradas. O NUSAMT atualmente pensa mais estratégias sobre qualificação dos profissionais, envolvendo aspectos relacionados não apenas à formação, como também ao exercício da memória e a apresentação pessoal, o que é fundamental para ser aceito em um emprego no mundo atual. Além disso, o grupo leva em consideração o fato de algumas pessoas nunca terem trabalhado, levantando soluções para esses casos.

O NUSAMT representa uma forma de incentivo à autonomia do portador de transtornos mentais, pois para sua inserção no mercado de trabalho, é preciso que ele tenha a iniciativa de procurar o Balcão de Oportunidades. Se um usuário de um serviço de saúde mental procura uma equipe para avaliá-lo com o objetivo de voltar a trabalhar, isso significa que ele tem consciência da importância do trabalho para sua vida e de sua cidadania, o que é um importante fator para sua reabilitação psicossocial. Entretanto, para isso ainda é preciso sensibilizar o empresariado e a sociedade sobre a função de cada um na garantia da cidadania dos portadores de transtornos mentais, o que o NUSAMT ainda considera um de seus desafios.

#### 4.3 METODOLOGIA

A monografia realizou-se, prioritariamente, através de pesquisa bibliográfica e de levantamento de dados junto aos informes, relatórios e documentos do NUSAMT. Além

disso, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas (vide roteiro no Anexo I) nas duas oficinas de geração de renda escolhidas, com um profissional de cada oficina, que ocupava, no momento desta pesquisa, a função de coordenador da oficina de geração de renda. O objetivo dessas entrevistas foi buscar maiores informações sobre os efeitos que as oficinas de geração de renda causam nos portadores de transtornos mentais que participam delas e seus aspectos psicossociais.

## **5 O CAMPO**

### **5.1 PESQUISAS DE CAMPO**

Para a realização das pesquisas de campo, foram escolhidas duas oficinas de geração de renda na cidade do Rio de Janeiro. Uma se localiza no Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira (IMAS Juliano Moreira) e a outra no Centro de Atenção Psicossocial Linda Batista (CAPS Linda Batista).

#### **1. O Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira**

O IMAS Juliano Moreira é a nova nomenclatura da antiga Colônia Juliano Moreira, após sua municipalização. Situado na Taquara, em Jacarepaguá, faz parte da área de planejamento 4.

O programa de geração de renda do IMAS Juliano Moreira é intitulado “Arte, Horta & Cia”. Tem como público alvo pessoas a partir de dezoito anos portadoras de transtornos mentais severos (que envolvam grande comprometimento psicossocial), como: neurose grave, esquizofrenia, transtorno bipolar e com risco social.

Conforme informações cedidas pela pessoa entrevistada, o “Arte, Horta & Cia” tem como objetivo geral proporcionar espaços de trabalho e de convivência, ampliando a autonomia, elevando a auto-estima e resgatando a cidadania das pessoas com transtornos mentais, possibilitando assim a inclusão social. Seus objetivos específicos são a geração de renda para o portador de transtorno mental e para a manutenção de cada oficina; promover a interlocução com recursos existentes na comunidade, como por exemplo: cursos, feiras, balcões de emprego, e entidades financiadoras de projetos sociais; acompanhar e participar das elaborações de políticas públicas na área da saúde mental e do trabalho, garantindo os direitos e deveres dos portadores de transtornos mentais.

O IMAS Juliano Moreira atende cerca de seiscentas pessoas. Cinquenta e quatro usuários participam do programa de geração de renda. Este grupo é composto por pacientes da instituição que possuem prontuário. Faz-se uma organização que se assemelha ao cooperativismo, com a divisão do faturamento mensal entre os participantes de cada área, de acordo com os turnos ou horas trabalhadas.

Não há contribuição específica do governo com recursos que financiem o trabalho do “Arte, Horta & Cia”, além do pagamento dos funcionários e da manutenção do espaço. O

dinheiro arrecadado com as vendas dos produtos é reservado em parte para a compra de matéria-prima e o lucro é repartido entre os trabalhadores.

Entre as atividades desenvolvidas, estão:

- **Culinária** – é realizada na cozinha que se localiza no espaço do Horto. São produzidos biscoitos amanteigados, bolos, salgados, frutas desidratadas, tomates secos, pães, além de tortas e salgados para festas por encomenda. Há uma constante preocupação com a higiene e a conservação dos alimentos. A equipe também tem como função pesar, embalar, selar e colocar etiqueta em todos os produtos.
- **Cantina Cuca Legal** – localiza-se no Hospital Municipal Jurandyr Manfredini, dentro do Complexo Juliano Moreira. Os usuários que trabalham no lugar têm como tarefas o atendimento ao público, o recebimento e compra de mercadorias, controle e registro do caixa, organização do estoque e pagamento aos fornecedores. Existe uma parceria com a oficina de culinária, que fornece alguns dos lanches vendidos na cantina.
- **Cantina das Delícias** – fornece, além de lanches, almoço.
- **Horta** – realiza plantação de hortaliças, frutas, temperos e legumes no espaço do Horto. Os usuários têm responsabilidade sobre todas as etapas do plantio e da manutenção da horta, desde o preparo do adubo à colheita.
- **Jardinagem** – tem como proposta o cuidado com plantas ornamentais, que são regadas, podadas e colocadas em seus respectivos vasos com os preços. Os usuários aprendem a fazer manutenção de jardins e arte botânica.
- **Ateliê Arthur Bispo do Rosário** – é um ambiente no qual são confeccionados mosaicos e suas peças através da marcenaria. Também se realiza costura, com a produção de batas bordadas, bolsas e capas de almofadas, de fuxico, toalhas bordadas e tapeçaria.
- **Telecentro** – é um local que visa à alfabetização e à inclusão digital, com atividades orientadas por um monitor e/ou um técnico de saúde mental.

Cada usuário escolhe a atividade com a qual se identifica e, após passar por uma entrevista, começa a trabalhar de acordo com os horários estabelecidos.

O principal motivo para eleger o programa de geração de renda do IMASJM, deveu-se ao fato do mesmo já estar consolidado há cinco anos, fabricando produtos com qualidade suficiente para a comercialização e que possuem como logomarca o próprio nome do projeto, “Arte, Horta & Cia”.

## **2. O Centro de Atenção Psicossocial Linda Batista**

O CAPS Linda Batista é localizado no bairro de Guadalupe. Atende a pessoas que moram na área de planejamento 3. Possui cerca de quinhentos e quarenta usuários cadastrados. Estes são, em sua maioria, de baixa renda. Realiza, além da oficina de geração de renda, atividades como aula de dança (que tem enfoque na consciência corporal), grupo de família, assembléia (reunião em que são dados informes, são explicadas mudanças no serviço e abre-se espaço para questões dos usuários sobre o serviço, são transmitidas informações sobre cursos), caminhada, oficina expressiva, oficina de música e sessão de cinema (na qual os usuários escolhem numa sexta-feira o gênero de filme a que querem assistir e fazem um debate depois). Também possui uma área com uma piscina para o entretenimento dos pacientes, com um banheiro próprio para os usuários trocarem de roupa. Sua administração tem como função o apoio à atividade técnica, com o cadastro de pacientes, contato com os setores e recebimento de recursos da Prefeitura.

A oficina de geração de renda é desenvolvida no espaço do CAPS. Possui sete pessoas inscritas e é tanto direcionada para os usuários da instituição quanto para seus familiares.

As atividades são realizadas uma vez por semana, nas quintas-feiras. Os profissionais se reúnem toda quarta-feira com o objetivo de discutir o trabalho realizado, trocando experiências e desenvolvendo novas estratégias para o programa.

A equipe que participa da oficina de geração de renda é composta por sete profissionais de níveis superior e técnico: uma auxiliar de enfermagem, uma auxiliar administrativo, dois técnicos de enfermagem, uma terapeuta ocupacional, um psicólogo e uma estagiária de psicologia.

Os profissionais estão lendo e refletindo sobre sua ação na geração de renda, através de textos e debates, pois nem todos da equipe pensam da mesma maneira para formar um viés sobre este trabalho. Por isso, eles estão em uma formação permanente.

São realizadas várias atividades artesanais na oficina. Entre as quais, está o bordado em fitas, em tecido, e crochê, produzidos de forma que sua qualidade permita a comercialização. Todas acontecem no mesmo espaço para que os participantes escolham o material com o qual se identificam mais. Do dinheiro arrecadado com a geração de renda, metade é reservada para a compra de materiais e a outra é distribuída entre os participantes. Cada usuário da oficina avalia o produto para ver se tem qualidade ou não para ser vendido, fazendo uma auto-crítica da própria produção. Às terças-feiras e sextas-feiras pela manhã, é realizado o “Bazar Brechique”.

O CAPS tem uma barraca na feira de artesanato da Prefeitura, realizada na primeira segunda-feira do mês e que envolve tanto pessoas que são quanto que não são portadoras de transtornos mentais.

Essa oficina foi escolhida por estar em funcionamento há pouco tempo (um ano), estando ainda no princípio e por possuir poucas pessoas inscritas, o que nos permite trabalhar de forma comparativa entre um serviço novo de um já estruturado.

## 5.2 AS ENTREVISTAS

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas (vide roteiro no Anexo 1) nas duas oficinas de geração de renda escolhidas, com um profissional de cada oficina, que ocupava, no momento desta pesquisa, a função de coordenador da oficina de geração de renda. Essas pessoas foram selecionadas por acompanharem mais de perto a realização das oficinas e os usuários participantes, possibilitando assim a percepção dos seus desafios e conquistas e uma visão geral do trabalho realizado.

Quanto ao tempo de existência da oficina de geração de renda, houve uma grande diferença entre os serviços: uma está em funcionamento há cinco anos e a outra, há um ano.

Sobre a frequência às oficinas, foram levantadas diversas questões, que tiveram grande diversidade nas respostas: o número de inscritos, quantos a frequentam regularmente, quantos se encontram exercendo atividades laborativas e se todos que estavam envolvidos em atividades laborativas recebem algum tipo de remuneração.

Enquanto um dos serviços tinha apenas sete pessoas envolvidas em atividades de geração de renda, o outro possuía 54 usuários inscritos na oficina.

O primeiro serviço possuía apenas um participante que ia frequentemente às oficinas, mas no segundo, todos iam constantemente. A fala a seguir reflete a dificuldade de ida ao programa de geração de renda, observada em especial no primeiro serviço:

*“Tem aqueles que querem, querem, mas não conseguem se sustentar devido ao estado da doença.”  
(Entrevistado 1)*

No primeiro serviço, quatro dos sete inscritos estão desenvolvendo atividades laborativas fora da oficina, ou seja, estão no mercado de trabalho. No segundo serviço, nove pessoas já foram encaminhadas para um emprego e não participam mais da oficina, apesar de terem-na como referência caso precisem de algum suporte.

Dos encaminhados para o mercado de trabalho no primeiro serviço, dois recebem remuneração. No segundo, os encontramos um total de nove sendo remunerados.

Quando perguntamos sobre a percepção do entrevistado em relação a mudanças no comportamento social do usuário da oficina, foi unânime a afirmativa de que os mesmos tinham seu comportamento modificado positivamente, principalmente na questão da relação familiar, visto que o usuário apresenta maior satisfação pessoal quando contribui nas despesas de casa.

*“Por mais que tenha queixa, eu vejo o quanto eles se sentem bem em poder ajudar em casa (...) quando essas pessoas conseguem algum dinheiro, um dinheiro formal, elas se mostram mais aliviadas por poderem ajudar em casa.”*  
(Entrevistado 1)

Quanto a essa percepção, observa-se que o trabalho, através da entrada em um emprego ou da atividade realizada na oficina, cumpre um dos principais objetivos da Reforma Psiquiátrica, que é a reintegração do portador de transtornos mentais na sociedade como um cidadão. Essa recuperação do papel social do portador de transtornos mentais ocorre, a princípio, no nível familiar. O reconhecimento deste indivíduo como um sujeito permite o aumento de sua auto-estima e de sua qualidade de vida, sem exclusão do resto da sociedade.

Foi constatado que, em ambos os programas de geração de renda, praticamente não ocorrem desistências da ida às oficinas. Quando (e se) ocorrem, são casos isolados, raros.

Ao pedirmos para que os entrevistados graduassem, de pouco a bastante, as mudanças percebidas nos pacientes (maior criatividade, mais autonomia, maior colaboração da família com o tratamento, aumento dos vínculos sociais e da capacidade de comunicação, auto-reconhecimento como sujeito), foi unânime a percepção do grande aumento da autonomia, dos vínculos sociais e do auto-reconhecimento como sujeito (expressado por mais auto-estima, preocupação com seus direitos, cuidados pessoais...) nos usuários participantes das oficinas. A mudança na criatividade e na colaboração da família com o tratamento foi percebida com intensidades diferentes nos dois serviços.

Quando perguntamos se portadores de transtornos mentais são capazes de exercer trabalhos de forma tão eficaz quanto os de uma pessoa considerada “normal”, ambos os entrevistados afirmaram que sim. Entretanto, os usuários precisam dar continuidade ao tratamento e podem se mostrar inseguros quanto à atividade laborativa pelas dificuldades trazidas por seus transtornos (ouvir vozes, ter visões...) e pela alienação e fragmentação das relações interpessoais características do processo de trabalho atual.

*“Eles são tão capazes quanto uma pessoa ‘normal’,  
contanto que dêem continuidade ao tratamento e tenham  
acompanhamento de uma equipe de saúde mental”*  
. (Entrevistado 2).

*“Há uma produção desenfreada onde o trabalhador  
produz sem refletir. Muitas vezes, você nem sabe quem  
está do seu lado, só ficam fazendo aquilo, igual a uns robôs”*  
. (Entrevistado 1)

*“O importante não é a pessoa se adequar ao  
trabalho, mas o trabalho se adequar à pessoa”*  
. (Entrevistado 1)

Essa insegurança está relacionada à forma como o trabalho é encarado na sociedade capitalista. Porém, os equipamentos de saúde mental mostram como diferenciam seu programa de geração de renda da simples praxiterapia, pois valorizam a subjetividade de seus usuários e fazem com que esse trabalho não traga a alienação, mas a autonomia desse sujeito.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebem-se, nas duas últimas décadas, mudanças no campo da Saúde Mental. Esse rompimento com o modelo hospitalocêntrico traz novas propostas, como os Centros de Atenção Psicossocial, onde os usuários passam o dia e participam de oficinas e terapias em grupo, além de encontrarem oportunidades de trabalho. Assim, não há preocupação apenas com a diminuição das internações, mas também com a conquista da autonomia e reconstrução da identidade dos portadores de transtornos mentais, sendo o trabalho ferramenta fundamental para o alcance desses objetivos.

Esta monografia, ao discutir a prática de oficinas para a integração de portadores de transtornos mentais no mercado de trabalho, levantou vários benefícios que a atividade laborativa pode trazer ao indivíduo, como autonomia, melhora nas relações familiares, satisfação pessoal e maior auto-estima. Uma pessoa que passa a trabalhar tem intensas modificações na sua relação com a sociedade e com sua identidade, reconhecendo seu papel como cidadão e procurando participar cada vez mais das decisões tomadas ao seu redor. Ou seja, interrompe a ligação entre transtorno mental e alienação.

Entretanto, as práticas de Saúde Mental que envolvem o trabalho ainda não têm o apoio necessário do governo e do empresariado. A administração dos serviços públicos de saúde não direciona recursos especiais para a criação e manutenção de oficinas de geração de renda na cidade do Rio de Janeiro.

Muitas empresas não aceitam a entrada de portadores de transtornos mentais como trabalhadores, receando de que o indivíduo passe por crises que piorem seu estado psicossocial e, conseqüentemente, afastem-no do emprego. Um profissional que sofre de algum transtorno mental também precisará fazer constantes avaliações de seu estado no serviço em que se trata. Por isso, essa pessoa teria que faltar o trabalho em alguns momentos, o que prejudicaria o andamento da empresa no setor no qual ela está envolvida.

Quando portadores de transtornos mentais seguem a terapia prescrita e passam por constantes avaliações das equipes que os acompanham, podem exercer seu trabalho da mesma forma que uma pessoa considerada “normal”. Apesar disso, podem ter seu desempenho prejudicado pela desvalorização da atividade realizada ou pelo preconceito que muitos desses indivíduos ainda têm que enfrentar pela posição da sociedade diante da “loucura”.

O trabalho, portanto, é um elemento favorável à reabilitação psicossocial de portadores de transtornos mentais quando realizado buscando a plena omnilateralidade do sujeito. Permite que a pessoa tenha mais autonomia, aproveitando este ganho desde na

participação nas despesas de casa até na prática de seus direitos e deveres. Assim, o indivíduo será um participante ativo da sociedade, exercendo sua cidadania. O portador de transtorno mental melhora, com a inserção no trabalho, suas relações interpessoais, principalmente com a família. O apoio desta é fundamental para a continuidade do tratamento e da valorização da atividade laborativa.

É necessário, porém, maior incentivo das políticas públicas de saúde mental à qualificação profissional dos usuários que desejem se integrar no mercado de trabalho, através do investimento em oficinas, com objetivo terapêutico ou não. Essas ações, aliadas à criação de mais balcões de emprego e da conscientização das empresas sobre a capacidade de trabalho dos portadores de transtornos mentais, possibilitarão que cada vez mais usuários consigam sua reabilitação psicossocial.

Desta forma, espera-se que a sociedade valorize o trabalho dessas pessoas, compreendendo que é preciso tolerar as diferenças e que é possível convivermos numa ampla e heterogênea sociedade.

## REFERÊNCIAS

- AMARANTE, Paulo. 1995. Algumas Considerações Históricas e outras Metodológicas sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil. In: *Loucos Pela Vida: A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*, Ed. Fiocruz: Rio de Janeiro.
- ANTUNES, Ricardo. 1995. Trabalho e Estranhamento. In: *Adeus ao Trabalho?* Ed. Cortez: São Paulo.
- ARANHA, Maria Lucia de A. MARTINS, Maria de H. Pires. 1992. *Filosofando – Introdução à Filosofia*. Ed. Moderna: São Paulo.
- ARAÚJO, Margarete dos S. FADISTA, Mônica. Arte, Horta & Cia.: Trabalho Protegido do CAPS Arthur Bispo do Rosário. In: COSTA, C. FIGUEIREDO, A.C. (org) *Oficinas Terapêuticas em Saúde Mental*. pp. 135-147, Ed. Contra Capa: Rio de Janeiro.
- CIAVATTA, Maria. FRIGOTTO, Gaudêncio. Educar o cidadão produtivo ou o ser humano emancipado? In: *Revista de Educação e Saúde*, Fiocruz: Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, março de 2003, p. 45-60.
- COSTA, Clarice Moura. FIGUEIREDO, Ana Cristina. 2004. *Oficinas Terapêuticas em Saúde Mental*. Ed. Contra Capa: Rio de Janeiro.
- COVRE, Maria de Lourdes Manzini. 1986. Primeira aproximação de cidadania. In: *O que é cidadania?* Ed. Brasiliense: São Paulo
- DEJOURS, Christophe. 2004. *Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, Brasília: Ed. Paralelo 15.
- DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. 1987. Perspectivas da psiquiatria pós-asilar no Brasil (com um apêndice sobre a questão dos crônicos). In: COSTA, N. (org) *Cidadania e Loucura*, pp 171-202, Ed. Vozes: Petrópolis
- ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (org.). 2003. *Temas em Saúde Mental*. Ed. Fiocruz: Rio de Janeiro
- FRIGOTTO, Gaudêncio. 2002. A dupla face do trabalho: criação e destruição da vida. In: FRIGOTTO, G. *A experiência do trabalho e a educação básica*, Ed. DP & A: Rio de Janeiro.
- GUERRA, Andréa Máris Campos. 2004. Oficinas em saúde mental: percurso de uma história, fundamentos de uma prática. In: COSTA, C., FIGUEIREDO, A.C. (org) *Oficinas Terapêuticas em Saúde Mental*, pp 23-58, Ed. Contra Capa: Rio de Janeiro.
- KOSHIBA, Luiz. PEREIRA, Denise Manzi Frayze. 2004. *História Geral e do Brasil: trabalho, cultura, poder*. Atual: São Paulo.
- LANCMAN, Selma. 2004. O mundo do trabalho e a psicodinâmica do trabalho. In: Christophe Dejours: *Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, Brasília: Ed. Paralelo 15.

ODA, Ana Maria Galdini Raimundo e DALGALARRONDO, Paulo Dalgalarondo. Juliano Moreira: um psiquiatra negro frente ao racismo científico. In: *Revista Brasileira de Psiquiatria*. vol.22 n.4 São Paulo, Dec. 2000

PINHEIRO, Themis Xavier de Albuquerque. 2001. O Trabalho e a Administração. In:EPSJV (org) *Textos de Apoio em Administração*, vol 1, pp 37-77, Ed. Fiocruz: Rio de Janeiro

RESENDE, Heitor. 1987. Política de saúde mental no Brasil: Uma visão histórica. In: COSTA, N. (org) *Cidadania e Loucura*, pp 15-73, Petrópolis: Ed. Vozes.

SOLIS, Sydney S. F. 1994. Pensando o trabalho. In:HÜHNE, L.(org) *Fazer Filosofia*. Ed. UAPÊ: Rio de Janeiro.

### Material da Internet:

BRASIL. Ministério da Saúde. 2002. *Centros de Atenção Psicossocial*. Disponível em: < <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/busca/buscar.cfm?inicio=6>> Acesso em: 27 jan. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. 2002. Portaria n.º 336/GM Em 19 de fevereiro de 2002. In: *Centros de Atenção Psicossocial*. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>> Acesso em: 27 jan. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. 2005. Saúde mental e economia solidária. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/cgi-bin/wxis.exe/iah/ms/?&IsisScript=iah%2Fiah.xic&lang=P&base=txtc&nextAction=lnk&exprSearch=economia+and+solid%2E1ria&label=>>> Acesso em: 21 Out. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. 2007. Proporção de internações hospitalares (SUS) por grupos de causas. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2005/d13.def>> Acesso em: 29 Ago 07.

OLIVEIRA, Fábio de. The senses of labor cooperativism: manpower cooperatives from the standpoint of the worker's living experience. *Psicol. Soc.*, Porto Alegre, v. 19, n. spe, 2007 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-71822007000400011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822007000400011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 15 Out 2007.

PAULIN, Luiz Fernando; TURATO, Egberto Ribeiro. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, 2004 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702004000200002&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702004000200002&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 19 Ago 2007.

**ANEXO A**

## Roteiro de entrevistas

**Dados do entrevistado**Sexo:  M  F

Formação Educacional: \_\_\_\_\_

Função: \_\_\_\_\_

Instituição à qual a pessoa está ligada e há quanto tempo trabalha no lugar:

\_\_\_\_\_

1. Há quanto tempo existe a oficina?

\_\_\_\_\_

2. Quanto à frequência à oficina:

a) Quantos clientes estão inscritos na oficina?

\_\_\_\_\_

b) Quantos a frequentam regularmente?

\_\_\_\_\_

c) Quantos se encontram exercendo atividades laborativas?

\_\_\_\_\_

d) Todos que exercem atividades laborativas recebem algum tipo de remuneração?

\_\_\_\_\_

3. Você percebe mudanças no comportamento social dos usuários da instituição após serem empregados? Quais?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

---

---

4. Ocorrem muitas desistências do emprego nos usuários desta instituição?

a- ( ) Sim, em mais da metade dos encaminhados para o trabalho.

b- ( ) Sim, em menos da metade dos encaminhados para o trabalho.

c- ( ) Ocorrem algumas desistências, porém em casos isolados.

d- ( ) Não ocorrem desistências.

e- ( ) Não soube responder.

5. Quais as mudanças percebidas nos pacientes que participam da oficina de geração de renda? (De 1 a 5, sendo 1 pouco, 5 bastante)

a- ( ) maior criatividade

b- ( ) mais autonomia

c- ( ) maior colaboração da família com o tratamento

d- ( ) aumento dos vínculos sociais e da capacidade de comunicação

e- ( ) auto-reconhecimento como sujeito (aumento da auto-estima, preocupação com seus direitos, cuidados pessoais)

6. Você acha que portadores de transtornos mentais são capazes de exercer trabalhos de forma tão eficaz quanto os de uma pessoa considerada “normal”?

a- ( ) Sim

b- ( ) Não

Justifique:

---

---