



UFRJ

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE PSIQUIATRIA
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL



GERANDO TRABALHO, RENDA E AUTONOMIA: O ENLACE DA CLÍNICA DA
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL COM AS OFICINAS DE GERAÇÃO DE RENDA

Margarete dos Santos Araújo

Rio de Janeiro

Setembro/2018



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE PSIQUIATRIA
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**



**GERANDO TRABALHO, RENDA E AUTONOMIA: O ENLACE DA CLÍNICA DA
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL COM AS OFICINAS DE GERAÇÃO DE RENDA**

Margarete dos Santos Araújo

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial, Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Atenção Psicossocial.

Orientador: Prof. Dr. Erimaldo Nicácio

Rio de Janeiro

Setembro/2018

CIP - Catalogação na Publicação

A658g Araújo, Margarete dos Santos
Gerando Trabalho, Renda e Autonomia: o enlace da
clínica da atenção psicossocial com as oficinas de
geração de renda / Margarete dos Santos Araújo. --
Rio de Janeiro, 2018.
99 f.

Orientadora: Erimaldo Matias Nicácio.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do
Rio de Janeiro, Instituto de Psiquiatria, Programa
de Pós-Graduação em Atenção Psicossocial, 2018.

1. Geração de Trabalho e Renda. 2. Clínica da
Atenção Psicossocial. 3. Inclusão Social. 4.
Autonomia. I. Nicácio, Erimaldo Matias, orient. II.
Título.

Elaborado pelo Sistema de Geração Automática da UFRJ com os dados fornecidos
pelo(a) autor(a), sob a responsabilidade de Miguel Romeu Amorim Neto - CRB-7/6283.

**GERANDO TRABALHO, RENDA E AUTONOMIA: O ENLACE DA CLÍNICA DA
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL COM AS OFICINAS DE GERAÇÃO DE RENDA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em
Atenção Psicossocial, Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro,
como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Atenção Psicossocial.

Aprovada em: 06/09/18.



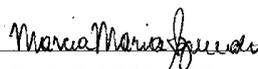
Prof. Dr. Erimaldo Matias Nicácio – IPUB/UFRJ



Prof.ª. Dr.ª. Nuria Malajovich Munoz – IPUB/UFRJ



Prof. Dr. Fernando Ribeiro Tenório – PUC RIO



Prof.ª. Dr.ª. Márcia Maria dos Anjos Azevedo – UFF

Rio de Janeiro

Setembro/2018

Aos usuários do Programa de Geração de Trabalho e Renda – Arte, Horta & Cia. Sem vocês, este trabalho não seria possível.

AGRADECIMENTOS

Ao professor Doutor Erimaldo Nicácio, meu primeiro orientador de monografia, por incentivar, no meio das minhas ideias confusas, ao exercício da reflexão, imprimindo uma direção para o caminho possível. Ter você, hoje, como orientador da dissertação do mestrado mostra que a parceria tem dado certo.

A professora doutora Nuria Malajovich Munoz por aceitar a participar da minha banca de mestrado; pelas aulas ministradas; pelas trocas; pelas discussões dos casos clínicos que acompanhamos juntas.

Também agradeço ao professor Doutor Fernando Tenório, meu primeiro supervisor na saúde mental, pelas orientações fundamentais neste início de carreira e pelo incentivo para continuar nesta área. Também por mostrar que eu era capaz de realizar um bom trabalho; por ajudar a gerar a primeira renda na saúde mental. Não poderia deixar de te incluir na minha banca de mestrado.

Meu enorme agradecimento a professora Doutora Márcia Maria dos Anjos Azevedo, pelas trocas essenciais nas supervisões e na hora do café; pelo apoio e por me incentivar a sustentar os meus desejos; por fazer parte desta história e da banca de mestrado.

Meus queridos pais, Félix Araújo (*in memoriam*) e Maria Araújo, por terem-me dado a maior herança – a educação. Sem dúvida, vocês são os maiores incentivadores desta jornada.

Minhas queridas irmãs Monica, Fabia, Francinete e Verônica, as sobrinhas Thamyres, Thacyanne, Gabriela e Letícia e aos cunhados Ricardo, Luiz e Marcelo pelo apoio, pelo carinho, pela compreensão da minha ausência nos encontros familiares.

Ao meu esposo Roberto Celestino Manoel, parceiro de todas horas, pela paciência de suportar meus momentos de angústia; pela frase, ditas várias vezes, “é só um ano de sacrifício”. Tenha certeza de que seu incentivo me ajudou a não desistir.

Queridas Carol e Camila, filhas do Roberto, pelo carinho, pelo apoio e pela compreensão das minhas ausências.

Ao Vinícius Correia Gomes, pela disponibilidade em realizar a leitura geral do trabalho e pela troca de ideias.

A primeira equipe do CAPS Bispo do Rosário: querida Raquel Fernandes, pela sua dedicação à direção do CAPS e atualmente, no Museu Bispo do Rosário Arte Contemporânea, pela nossa amizade, pelas infindáveis trocas de experiência – de trabalho e de vida. A querida Monica Fadista, pelo acolhimento no meu primeiro dia de estágio no CAPS Bispo – suas sábias

palavras fizeram-me refletir e permanecer no estágio. Em tempo posterior, pelo convite para, juntas, implantarmos o *Arte, Horta & cia – Programa de Geração de Trabalho e Renda*. A Tânia Moraes, por ter-me selecionado como estagiária do CAPS – você abriu as portas para minha inserção na saúde mental. A Andrea Farnettane, pela amizade, pelas risadas e “mordidas” da vida.

A equipe do Instituto Franco Basaglia: querido Domingos Sávio, pelo seu carinho, pela luta incansável por melhores condições de cuidar dos usuários. Você será o meu “eterno técnico de referência”. Ao extraordinário Pedro Gabriel Delgado, pelas supervisões no período do estágio do IFB e pela paciência ao ouvir os meus inúmeros questionamentos e me conduzir, de um jeito muito singular, a refletir sobre as questões levantadas, pelo incentivo para que minha permanência com o projeto de geração de renda fosse mantida. A querida Lisete Vaz, pelo carinho e acolhimento e por mostrar que, mesmo diante das barreiras encontradas, é necessário seguir com trabalho. A Tânia Kolker, pelas supervisões fundamentais para que o trabalho do “Projeto SOS” prosseguisse na direção da conquista de mais direitos humanos dentro da área. As queridas Ana Venâncio e Denise Correa, pelos ensinamentos e trocas de ideias.

Grandes amigas Aldine Marinho e Mariana Sloboda, pelo apoio nos momentos mais difíceis da minha vida; pela paciência de me escutar, por suportarem minhas angústias e paranoias; por nossa bela amizade.

A equipe da Coordenação de Saúde Mental (2009 a 2013), em especial Pilar Belmonte, Aline Cescon, Ariadna Patrícia Alvarez, Rhayanna Cavassani, pela diferença que conseguimos imprimir nos serviços de saúde mental e pela nossa amizade.

Ao querido amigo Alex Ramalho, pelo nosso trabalho na CSM, pelos chopes, pelas trocas de ideias, pela parceria no trabalho, no mestrado e na vida.

A equipe do Museu Bispo do Rosário Arte Contemporânea, em especial Raquel Fernandes, Ricardo Resende, Josiane Sant’ana, Diana Kolker e aos oficinairos Walter, Isabel, Cláudia e Renata, pelas incansáveis construções de um cuidado pela via da arte e da inclusão social dos usuários.

Aos professores e colegas de mestrado, juntos aprendemos uns com os outros; troca fundamental para continuarmos avançando nas práticas de cuidado.

A querida supervisora Edna Melo, pelo acolhimento nos momentos de muita angústia, pelo incentivo e “puxões de orelha” nos momentos necessários; pela paciência em me escutar e mostrar que mestrado não é um ‘bicho de sete cabeças’.

Por fim agradeço a minha analista Márcia Lucas, por todo acolhimento necessário.

RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo investigar o potencial das práticas e políticas de geração de trabalho e renda do psicótico no laço social. Tal investigação se realizou através de três estudos de casos acompanhados no Programa de Geração de Trabalho e Renda Arte, Horta & cia, do Museu Bispo do Rosário Arte Contemporânea. No âmbito da psiquiatria asilar o trabalho era utilizado como punição para os pacientes, que ficavam internados junto com ociosos e vagabundos. Atualmente no campo da atenção psicossocial o trabalho torna-se um dispositivo de inclusão social para as pessoas com transtornos mentais, seguindo a direção de uma economia mais solidária. Pelo estudo dos casos apresentados pôde-se constatar que o trabalho é um importante instrumento de promoção da autonomia e da inclusão social do psicótico, mesmo levando em consideração as dificuldades que ele enfrenta no seu engajamento no mundo do trabalho.

Palavras-chaves: Saúde Mental, Psicose, Geração de Renda, Autonomia, Inclusão Social, Economia Solidária.

ABSTRACT

The present work has the objective to investigate the potential of the practices and policies of work and income generation within the social role of a psychotic. This research was carried out following three case studies in the Work and Income Generation Program, Arte, Horta & cia, from the Bispo do Rosário Contemporary of Art Museum. The work, in the field of psychiatry asylum, was used as punishment for patients who were hospitalized along with idlers and the misfortunate. Currently, it becomes a social inclusion device for people with mental disorders in the field of psychological care according to a perspective of a more solidarity economy. Due to the case study presented, it was possible to verify that the work is an important instrument to promote autonomy and social inclusion for psychotics, considering the difficulties that they face in their engagement in the world of work.

Keywords: Mental Health, Psychosis, Income Generation, Autonomy, Social Inclusion, Solidarity Economy.

LISTA DE SIGLAS

AIB	Associação de Imprensa da Barra
CAD	Centro de Atenção Diária
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAS	Centro de Atenção Singularizada
CID	Classificação Internacional de Doenças
CJM	Colônia Juliano Moreira
CRIS	Centro de Reabilitação de Integração Social
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
DOM	Diário Oficial do Município
ELA	Escola Livre de Artes
FICAS	Fundo Internacional Socioambiental
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
HMJM	Hospital Municipal Jurandir Manfredini
IFB	Instituto Franco Basaglia
IMASJM	Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPUB	Instituto de Psiquiatria
ITCP	Incubadora Tecnológica de Cooperativas Populares
mBrac	Museu Bispo do Rosário Arte Contemporânea
MTSM	Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NASP	Núcleo de Atenção Psicossocial
NUSAMT	Núcleo de Saúde Mental e Trabalho
OAB	Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil
OCB	Organização das Cooperativas Brasileiras
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
PGTR	Programa de Geração de Trabalho e Renda
PRCJM	Programa de Ressocialização da Colônia Juliano Moreira
SEBRAE	Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas
SENAES	Secretaria Nacional de Economia Solidária
SESI	Serviço Social da Indústria

SETRAB	Secretaria Estadual de Trabalho e Renda
SINE	Sistema Nacional de Empregos
SUS	Sistema Único de Saúde
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro

LISTA DE FIGURAS

Figura 01:	Logomarca do Museu Bispo do Rosário Arte Contemporânea..	51
Figura 02:	Cela do Bispo do Rosário.....	56
Figura 03:	Porta Retrato de Mosaico.....	57
Figura 04:	<i>Coffee break</i> organizado pelo grupo da Oficina Culinária.....	58
Figura 05:	Bistrô Bispo.....	58

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	13
1	TRABALHO, GERAÇÃO DE RENDA E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	16
1.1	O TRABALHO NA PSIQUIATRIA ASILAR.....	16
1.2	O TRABALHO A PARTIR DA REFORMA PSIQUIÁTRICA: DA COMUNIDADE TERAPÊUTICA À DESINSTITUCIONALIZAÇÃO.....	19
1.2.1	Comunidade Terapêutica.....	19
1.2.2	Psicoterapia Institucional Francesa.....	22
1.2.3	Psiquiatria de Setor e Psiquiatria Preventiva.....	24
1.2.4	Psiquiatria Democrática Italiana.....	25
1.3	PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO NO BRASIL.....	28
2	GERAÇÃO DE TRABALHO E RENDA NO BRASIL PARA CLIENTELA COM TRANSTORNO MENTAL: POLÍTICAS E PRÁTICAS.....	33
2.1	OFICINAS DE GERAÇÃO DE TRABALHO E RENDA.....	33
2.2	PROJETO BOLSA DE TRABALHO.....	36
2.3	NÚCLEO DE SAÚDE MENTAL E TRABALHO (NUSAMT) DA SECRETARIA ESTADUAL DE TRABALHO E RENDA DO RIO DE JANEIRO.....	38
2.4	ECONOMIA SOLIDÁRIA E SAÚDE MENTAL.....	41
3	ARTE, HORTA & CIA - PROGRAMA DE GERAÇÃO DE TRABALHO E RENDA DO MUSEU BISPO DO ROSÁRIO ARTE CONTEMPORÂNEA.....	46
3.1	ANTIGA COLÔNIA DOS PSICOPATAS HOMENS DE JACAREPAGUÁ.....	46
3.2	MUSEU BISPO DO ROSÁRIO ARTE CONTEMPORÂNEA.....	51
3.2.1	Escola Livre de Artes (ELA).....	54

3.3	ARTE, HORTA & CIA – PROGRAMA DE GERAÇÃO DE TRABALHO E RENDA.....	57
4	CASOS CLÍNICOS.....	64
4.1	LUCAS.....	64
4.1.1	Relação de Lucas com a Bolsa de Trabalho.....	66
4.2	JOÃO.....	69
4.3	ALICE.....	73
4.4	OS ATRAVESSAMENTOS DA CLÍNICA DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	80
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	83
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	86
	ANEXOS.....	93

INTRODUÇÃO

Eu preciso destas palavras. Escrita.

(Arthur Bispo do Rosário)

Há 18 anos, iniciei minha trajetória profissional no campo da saúde mental, como estagiária do CAPS Bispo do Rosário, no período de agosto de 1999 a julho de 2001. No primeiro dia de estágio, ao chegar no serviço tive de lidar com o discurso direto do segurança, ao explicar-me o modo como eu deveria agir com os usuários: “Você precisa ser firme. Precisa impor, mostrar que quem manda é você. Não pode deixar o paciente perceber que você está com medo dele”.

Óbvio que fiquei assustada. Não é o meu perfil ser coercitiva para impor respeito. Achei uma fala muito agressiva, mas segui o dia interessada em entender como era o funcionamento do CAPS.

Horas depois vejo a seguinte cena: uma usuária comia um pimentão inteiro, enquanto os outros começaram a gritar chamando pelos profissionais e sinalizando que ela iria morrer engasgada com o alimento. Uma profissional retira o pimentão das mãos da usuária e também de dentro da sua boca. O fato deixou-me por demais chocada e angustiada. Diante desse acontecimento, eu disse para a psicóloga do serviço que estava desistindo do estágio; jamais conseguiria trabalhar daquela forma. Sai muito mal. A psicóloga acolheu-me e pediu para que eu pensasse melhor, pois aquela não era uma prática comum no serviço. O episódio foi específico daquele dia.

Intrigada, uma semana depois estava de volta, queria ter certeza de qual era a prática de um CAPS, se era diferente da teoria ou de tudo o que já havia lido a respeito da saúde mental. Com o passar do tempo, outros episódios aconteceram, mas comecei a enxergar além das aparências e considerar a prática dos profissionais como uma forma de cuidado.

Com um jeito tímido, aproximei-me das salas de oficinas onde haviam atividades variadas. Numa determinada sala aconteciam simultaneamente práticas de bordado, pintura em tecido e em tela. Em outra, confecção de bijuteria e, em outro espaço, a fabricação de velas. Eram as oficinas que, na época, davam os primeiros passos no processo de geração de renda.

Identifiquei-me de imediato com a proposta e com a possibilidade de inclusão social dos usuários por meio do trabalho.

Junto com a psicóloga do serviço, fui construindo e organizando esses espaços. As oficinas ganharam corpo, tornando concebível o acolhimento de mais pessoas. A minha transferência com o significativo trabalho possibilitou-me avançar aos poucos com as ações de geração de renda para essa clientela.

Num determinado momento do estágio no CAPS, em paralelo, iniciei o estágio no Projeto SOS – Direitos do Paciente Psiquiátrico, na ONG Instituto Franco Basaglia (IFB), no período de janeiro de 2001 a abril de 2002. Nele, voltei-me para a função de atender diversas situações de denúncias de violência e de maus tratos, questões com benefício adquiridos e envolvidas com o ato laboral, fato que me proporcionou nova identificação.

Ao término dos estágios no campo da saúde mental, fui convidada pela psicóloga do CAPS Bispo para implantar o *Programa de Geração de Trabalho e Renda Arte, Horta & cia*, em 2002. Aceitei o desafio.

Ao longo desses anos, algumas inquietações vêm me acompanhando. Para algumas tive respostas e para outras surgiram mais indagações, como, por exemplo: qual o melhor modo de promover o aumento da renda dos usuários? Incluí-los no mercado formal de trabalho ou propor trabalho na cooperativa? Como diminuir o estigma da loucura e avançar na inclusão social através do trabalho? É possível ampliar a autonomia e resgatar a cidadania dos usuários através das oficinas de geração de trabalho e renda? O que sustenta o usuário nas oficinas de geração de renda?

O presente trabalho tem por objetivo investigar o potencial das práticas e políticas de geração de trabalho e renda do psicótico no laço social. Tal investigação será realizada no estudo de três casos clínicos acompanhados por mim no *Arte, Horta & cia*, onde consta que o trabalho pode ser uma importante ferramenta de promoção da saúde, da autonomia e da inclusão social do psicótico, mesmo com as dificuldades que ele enfrenta no seu engajamento no mundo do trabalho.

Com fins de estruturação, o texto foi dividido em quatro etapas. No primeiro capítulo, abordo o percurso do início da instituição asilar, no século XVIII, entendida como lugar de punição através do trabalho para os ociosos, interpretados como “perturbadores da ordem moral”. Tal classificação incluía loucos, vagabundos e desempregados, que ali se misturavam, não tendo distinção entre eles. Devido a essa situação, todos eram enclausurados na instituição e mantidos no regime de coerção.

As dificuldades socioeconômicas na Europa, no século XVIII, provocaram aumento do desemprego e, conseqüentemente, do número de pessoas internadas. Foi nesse século que Philippe Pinel, no hospital de Bicêtre, na França, tira as correntes dos loucos e inicia o método do tratamento moral por meio do trabalho. Desde então, a loucura passou a ser reconhecida como doença mental, necessitando de tratamento médico. No século XIX, algumas alternativas surgiram com a intenção de um tratamento mais humanizado com os pacientes, mas as mudanças permaneceram restritas às paredes da instituição. Em meados do século XX surgiu o movimento de reforma que culminou com a experiência italiana, fato que motivou o fechamento do manicômio e a abertura de serviços de cuidado na comunidade. Esta experiência foi a principal inspiração na Reforma Psiquiátrica Brasileira.

O panorama geral desse primeiro capítulo revela que o trabalho sempre esteve presente nas instituições asilares. Inicialmente, servia para ocupar o tempo ocioso dos internados e também para manter a instituição. Neste contexto, Saraceno sinaliza que “o trabalho em manicômio é antigo como o manicômio: norma moral, desfrutar, entretenimento” (SARACENO, 2001, p. 126), isto é, o trabalho era uma das ferramentas do tratamento moral, mas também, muitas vezes, o único entretenimento dentro do manicômio. Atualmente, é visto como um dispositivo de inclusão social.

No segundo capítulo, descrevo as primeiras iniciativas e o caminho de uma possível implantação de políticas públicas focada na inclusão social dos usuários através do trabalho. Uma alternativa ao mercado formal de trabalho, as oficinas de geração de trabalho e renda, também conhecidas como cooperativas, estão focadas numa economia mais solidária, na promoção da saúde, na ampliação da autonomia e no resgate da cidadania.

Ao longo do terceiro capítulo, apresento o campo empírico desta pesquisa o *Programa de Geração de Trabalho e Renda Arte, Horta & cia*, cuja evolução será relatada a partir da narrativa histórica do Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira onde o Programa se encontra, levando-se em conta as mudanças que ali ocorreram ao longo dos anos até os dias atuais.

No quarto e último capítulo, discorro sobre três casos clínicos por mim acompanhados, que são promotores de desafios diversos no sentido de pensar acerca da potencialidade da clínica da atenção psicossocial; na construção do trabalho em rede com outros profissionais da área da saúde; no enlaçamento do cuidado entre a produção subjetiva, a produção de artesanato, a produção de vida, ou seja, enlace entre o trabalho e o cuidado.

1 TRABALHO, GERAÇÃO DE RENDA E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A liberdade é terapêutica.

(Franco Basaglia)

Este capítulo destina-se a descrever o lugar do trabalho na psiquiatria asilar sob o ponto de vista diacrônico, bem como o sentido que ele adquiriu no campo da atenção psicossocial. Inicialmente, o trabalho dentro do manicômio tinha o caráter disciplinador e, muitas vezes punitivo. Hoje, como tal postura não é mais aceita, adotou-se uma concepção que, ao invés de segregar, visa a funcionar como um dispositivo de inserção social.

Alguns fatos históricos são importantes para pontuar a questão do trabalho dentro do manicômio, com atenção, em especial, aos acontecimentos que provocaram as mudanças nesse espaço. Assim sendo, serão destacados aqui os pontos entendidos como fundamentais.

1.1 O TRABALHO NA PSIQUIATRIA ASILAR

Foucault (1964) ensina, no seu livro ‘História da Loucura na Idade Clássica’, que, partir do século XVII, o louco passou a ser percebido como parte da desorganização moral, junto com os desempregados e vagabundos, numa negação da mentalidade anterior que concebia a loucura como manifestação sobrenatural provocada por deuses e demônios.

Desde então, na Europa, foram criadas várias instituições catalogadas como “casas de internamento”, mais tarde chamadas de “Hospital Geral”, cujo objetivo, apesar do nome, não era o de curar as pessoas, mas o de mantê-las num regime de coerção. Essas instituições eram controladas pelo Estado e funcionavam não só como alojamento para aqueles que perturbavam a ordem social, mas também como um veículo para ordenar o mundo da miséria, desempenhando a dupla função de reprimir manifestações antissociais, por um lado, e garantir assistência, por outro.

Quem determinava quais pessoas deveriam ir para a casa de internamento eram as autoridades da justiça e o próprio rei, mesmo quando os familiares dos doentes solicitavam tamanha medida. Nesses casos, o doente era julgado pela justiça, e a sentença final poderia ser ou não a internação.

Em meados do século XVII, as cidades iniciaram o processo de desenvolvimento das manufaturas, principalmente a Inglaterra. Devido a essa circunstância, muitos desempregados migraram das áreas rurais para as cidades em busca de trabalho, mas nem todos conseguiram conquistar uma vaga de emprego, o que provocou o aumento da miséria.

Devido a essa circunstância, surgiram no solo inglês as *workhouses* – casas de correção por meio do trabalho para os desempregados. Ali os pobres tinham moradia, educação religiosa e trabalho, local onde aprendiam um ofício, objetivando retornarem à cidade e obterem um emprego.

É importante ressaltar que essas casas apareceram, em parte, por causa da crise econômica que se disseminou pela Europa, principalmente na Inglaterra; com isso, multiplicavam-se aqueles que não conseguiam colocação no mercado. Quando diminuía a crise econômica, o cenário modificava-se:

Não se tratava mais de prender os sem trabalho, mas de dar trabalho aos que foram presos, fazendo-os servir com isso a prosperidade de todos. A alternativa é clara: mão de obra barata nos tempos de pleno emprego e de altos salários; e em período de desemprego, reabsorção dos ociosos e proteção social contra a agitação e as revoltas (FOUCAULT, 1964, p. 77).

Diante do crescimento da miséria e da conseqüente desestabilização econômica do país, foi criada a Lei dos Pobres em 1601, pela Coroa Inglesa junto com o parlamento. Essa lei definiu o trabalho como punição para aqueles que se encontravam ociosos; quando do não cumprimento das tarefas, o pobre era chicoteado. Para os doentes que não tinham condições físicas de trabalharem, era destinado um auxílio financeiro.

As *workhouses*, muitas construídas com recursos advindos da união de várias igrejas, foram fundadas tendo nessa lei a estrutura para assegurar a assistência aos pobres. Em vista disso, esperava-se reduzir a miséria e evitarem problemas sociais futuros.

O que prevalecia nessas casas era o trabalho forçado, sendo que, sob alegação de cumprirem determinada função moral, os internos eram obrigados a fiar, a tecer e a fabricarem objetos vendidos a preço abaixo do mercado, cuja verba arrecadada servia para cobrir as despesas da instituição. Devido à grande produção dos internos, os empresários protestaram frente à concorrência com a produção industrial; além disso, alegaram que esse tipo de mão de obra estava tirando o emprego do homem honesto, que trabalhava na indústria. Diante desse acontecimento, o trabalho realizado pelos internos nas *workhouses* foi desaparecendo aos poucos, dando lugar à ociosidade.

No início do século XVIII, em 1708, Foucault (1964) sinaliza que os empresários começaram a utilizar a mão de obra dos internos da seguinte forma: eles forneciam a matéria-prima, como, por exemplo, lã à instituição Caridade de Tulle, na França, e os internados realizavam a produção. Com a venda, o lucro era dividido entre o empresário e a instituição, sem que nada fosse repassado aos trabalhadores.

Os loucos alojados nesses ambientes misturavam-se com os vagabundos e os pobres. Ressalta-se o fato de que o ritmo de trabalho dos loucos era diferente do restante dos internos, levando-os a serem classificados como incapazes “(...) de seguir os ritmos da vida coletiva. A necessidade de conferir aos alienados um regime especial, descoberta no século XVIII, e a grande crise da internação que precede de pouco à Revolução estão ligadas à experiência da loucura que se pode ter com a obrigação geral do trabalho” (FOUCAULT, 1964, p. 83).

No final do século XVIII, em consonância com a Revolução Industrial, na Inglaterra, observou-se a substituição definitiva da manufatura (trabalho manual) pelo trabalho fabricado com o auxílio das máquinas. Contudo, muitos trabalhadores não aceitavam ou não se adaptaram à nova realidade do mundo do trabalho, ficando desempregados, tal como ocorrera no século XVII, em tempos de crises econômicas.

Permeado por problemas socioeconômicos, outro grande evento histórico que ocorreu em paralelo foi a Revolução Francesa (1789) – provocada pela insatisfação da burguesia e dos camponeses com os privilégios da nobreza e do clero (Igreja) que mantinham gastos altos (festas, isenção de impostos), enquanto os camponeses trabalhavam para pagarem impostos muitos altos. A acentuada crise econômica e política no país acabou por exigir mudanças em diversos setores, inclusive nos Hospitais Gerais.

Neste caso, o médico Philippe Pinel, em final do século XVIII (1793), iniciou o primeiro movimento de mudanças dentro do Hospital Bicêtre, na França. Ele denunciou a situação desumana que encontrou no hospital e separou os loucos das outras pessoas que foram excluídas da sociedade, assumindo a postura de tirar as correntes dos loucos e de trabalhar na lógica do tratamento moral e educativo, isto é, discipliná-los, tendo como recurso o trabalho. Para Pinel, o ato de isolar o louco era necessário para melhor compreendê-lo e tratar a doença mental.

Foucault (1964) declara que esse movimento em prol de um equilíbrio mental e de um tratamento mais humanizado aos doentes foi o marco do nascimento da psiquiatria. Desde então, a medicina avança nos estudos, e a loucura passou a ser vista como uma doença de caráter hereditário ou permeada por influências sociais.

Pinel, ao visitar outros manicômios da Europa, deparou com pacientes que exerciam alguma atividade laboral. Segundo Resende (1992), “os pacientes pareceram a Pinel mais ativos, menos bestificados e mais tranquilos, levando-o a concluir pelo valor terapêutico do trabalho” (RESENDE, 1992, p. 47). A proposta oferecida por Pinel perdurou até os meados do século XIX.

Com o fim da II Guerra Mundial, o fomento da economia e de uma nova ordem social vislumbrava uma sociedade mais justa e igualitária. A partir de então, a psiquiatria asilar entrou em crise e algumas iniciativas surgiram com o intuito de melhorar as condições de vida dos doentes, como a Comunidade Terapêutica e a Psicoterapia Institucional Francesa, a Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Democrática Italiana.

1.2 O TRABALHO A PARTIR DA REFORMA PSIQUIÁTRICA: DA COMUNIDADE TERAPÊUTICA À DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

Longo foi o caminho da área da psiquiatria até a compreensão de que o paciente com quadros mais agravantes é um indivíduo capaz da realização de inúmeras atividades em benefício próprio e também do semelhante. Contudo, mesmo que esse entendimento tenha sua origem com Pinel, há mais de 200 anos, ainda não foram eliminados por completo os preconceitos que acompanham a doença mental. Houve, sim, tentativas cada vez mais humanas de se encontrarem saídas que levem à inclusão social desses pacientes, bem como a uma ajuda financeira, por meio do trabalho. A seguir, destacam-se alguns dos principais movimentos que ajudaram no avanço da ideologia que permeia o tratamento das pessoas com transtornos mentais.

1.2.1 Comunidade Terapêutica

No início do século XX, antes da II Guerra Mundial, o psiquiatra alemão Hermann Simon criou a Terapêutica Ativa, uma experiência inusitada para a época. Simon acreditava que o louco podia ter responsabilidades e, diante da necessidade de construir um hospital em 1903, ele selecionou pacientes isolados para colaborar na construção. Ao não considerar apenas a parte fisiológica dos doentes mentais e investir no que ainda tinham de sadio, iniciou o movimento de tirá-los da posição passiva para colocá-los “na atitude ativa de assumir outros

papéis além daquele de enfermo, ao trabalhar e ter ocupações” (BIRMAN; COSTA, 1994, p. 47).

Birman e Costa (1994) citam, no artigo ‘Organização de Instituições para a Psiquiatria Comunitária’, a expressão do próprio Simon quanto ao fato de que “o trabalho do enfermo mental não apenas se revelou proveitoso, como também o ambiente do estabelecimento foi todo transformado, podendo respirar-se ali uma atmosfera de ordem e tranquilidade, que até então não era habitual” (SIMON apud BIRMAN; COSTA, 1994, p. 47).

Simon considerava que o ambiente hospitalar também podia adoecer mais o louco. Vertzman et al, ao analisarem a experiência de Simon, concluem que “muitos dos sintomas psíquicos que o paciente apresenta são na verdade reflexo do ambiente no qual este se encontra mergulhado. Esses sintomas melhoram sensivelmente através de uma terapêutica mais ativa e de uma modificação do meio hospitalar” (VERTZMAN et al, 1992, p. 21).

Tal observação foi processada a partir de três ações que agravavam as condições dos doentes mentais no manicômio: a falta de atividade, o ambiente do asilo que desfavorece o doente e o “preconceito do próprio doente em relação a sua responsabilidade” (ibidem). Diante disso, Simon organizou o manicômio com a ajuda de reuniões diárias com os pacientes e com a equipe do hospital, onde era valorizada a participação dos doentes.

A experiência de Simon inspirou os psiquiatras do Hospital de Saint-Alban, na França. No período de 1920/30, Sullivan buscou não mais trabalhar apenas com um doente, mas, sim, com o coletivo, entendendo que a interação podia trazer benefícios para os mesmos. Em 1936, Menninger trabalhou com grupos pequenos de doentes, facilitando a ressocialização entre eles. Esse movimento fundou a linha denominada Comunidade Terapêutica.

Com o fim da II Guerra Mundial, em 1945, século XX, a Europa precisou reestruturar-se socioeconomicamente e recuperar a mão de obra que havia sido extinta com o envio dos trabalhadores à Guerra e com as consequências físicas e emocionais daí advindas para a população. Surgem críticas ao modelo asilar, ensejando significativas mudanças no quadro geral.

Os asilos chegaram a ser comparados com o campo de concentração nazista, por apresentarem-se como lugar insalubre e de muita violência com o ser humano, onde muitos morriam de fome e frio. “Só na França, registrou-se a morte de quarenta mil doentes mentais, todos internados em asilos, pela má alimentação e maus cuidados” (BIRMAN; COSTA, 1994, p. 45). Diante disso, era necessário transformar esse cenário, tanto pela questão social da Europa como pela econômica. “Não era mais possível aceitar uma situação em que o conjunto de

homens, passíveis de atividades, pudessem estar espantosamente estragados nos hospícios. Passou-se a enxergar como um grande absurdo este montante de desperdício da força de trabalho” (idem, 1994, p. 46).

Uma das mudanças registradas ocorreu no Hospital Maudesley, em Londres, com o psiquiatra Maxwell Jones (1972), coordenador de um dos setores de tratamento para os ex-prisioneiros de guerra, oriundos da Europa e do Extremo Oriente. Esses homens precisavam adaptar-se às mudanças do pós-guerra, então, Jones decidiu trabalhar em conjunto com grupos de profissionais e de pacientes – proposta experimentada por ele, pela primeira vez, no ano de 1941. Jones trabalhava em outro setor daquele mesmo hospital onde era o responsável por pacientes que apresentavam sintomas físicos semelhantes; ao perceber isso, o médico propôs realizar encontros com os pacientes para explicar os seus problemas de saúde. Assim, iniciou-se um grupo terapêutico, cuja característica maior era a integração entre os pacientes e a equipe.

Movido pelo ideal de reabilitar os ex-prisioneiros para retornarem ao convívio familiar e social, “foi consideravelmente auxiliado pela pronta resposta de uns 60 empregadores, desejosos de empregar nossos pacientes em vários tipos de trabalho, o que lhes possibilitou interagir com operários comuns altamente motivados para auxiliá-los” (JONES, 1972, p. 18).

O resultado final dessa experiência, com duração de um ano, “levou os Ministérios da Saúde, Trabalho e Previdência a iniciarem uma unidade de tratamento para desajustados sociais” (ibidem), isto é, uma unidade para investir na reabilitação dos desempregados.

Com toda essa experiência, em 1959, Jones e seus parceiros de trabalho desenvolveram o conceito de Comunidade Terapêutica, com base na proposta de organizar o trabalho do asilo por meio do coletivo de doentes e profissionais, permitindo que os primeiros fossem os agenciadores de todo o processo administrativo asilar, de forma democrática e participativa, com objetivo de transformar o manicômio.

Para Jones, o sentido de comunidade terapêutica é “um exercício ao vivo que proporciona oportunidades para aquilo que chamamos situações de ‘aprendizagem ao vivo’” (idem, p. 23). Assim sendo, é na prática diária que se torna possível mediar um conflito, permitindo que os sentimentos possam ser manifestados e acalmados na medida que encontram uma solução.

As propostas de Simon, em 1903, e de Jones, em 1941, voltavam-se para a reabilitação dos doentes, pela atividade laboral, pela formação de grupos e/ou por agendamento de reuniões diárias para melhor acolher os pacientes. Porém, o médico italiano Franco Rotelli (1994), faz uma crítica à Comunidade Terapêutica Inglesa porque “ela não conseguiu colocar, na raiz, o

problema da exclusão, problema este que fundamenta o próprio hospital psiquiátrico e que, portanto, não poderia ir além do hospital psiquiátrico” (ROTELLI, 1994, p. 150). Rotelli aponta que, mesmo tendo proporcionado mudanças significativas dentro do asilo, tal experiência permaneceu restrita a esse ambiente, tanto do ponto de vista teórico quanto do tratamento.

1.2.2 Psicoterapia Institucional Francesa

O movimento da Psicoterapia Institucional Francesa teve influência da experiência de Simon. Em 1940, François Tosquelles, no hospital francês Saint-Alban, apresentou uma proposta de trabalho terapêutico que visava tanto à cura da doença mental, quanto ao retorno do paciente para a sociedade após o alcance do objetivo (AMARANTE, 1995). Além disso, ele compreendia que aquele modelo de instituição era pernicioso e doentio e precisava ser “tratado”, pois tal situação provocava mais adoecimento nos pacientes e nos profissionais. Somente em 1952, Daumezon e Koechlin, através da publicação de um artigo para os ‘Anais Portugueses de Psiquiatria’, nomearam o trabalho realizado por Tosquelles como “Psicoterapia Institucional”.

Vertzman et al (1992) esclarecem que a teoria de Lacan em relação às psicoses também teve grande influência na Psicoterapia Institucional, o que facilitou o desenvolvimento do trabalho da psicanalista francesa Gisela Pankow sobre o “o corpo nas psicoses”. Assim,

É a ela que devemos em grande parte o destaque como fundamental da dissociação na psicose e a proposta de um tratamento psicoterápico através da tentativa de recuperação desses fragmentos corporais dissociados, espalhados e imersos na totalidade. A psicoterapia institucional responderá a essa questão oferecendo também ao psicótico uma ‘fragmentação’, onde este poderá fazer vínculos com os mais diversos elementos, como terapeutas ou mesmo elementos do espaço, como a sede de um ateliê, um gato, uma árvore etc. (VERTZMAN et al, 1992, p. 22).

Seguindo ainda a ideia desses autores, pensando no esquizofrênico que, por função de sua condição psíquica, tem o corpo fragmentado, não se pode deixar de considerar que para uma melhor organização seja “preciso dispor de uma superfície de vida, de uma organização do espaço, das trocas, da circulação e é nesse terreno que vai atuar a psicoterapia institucional” (idem, 24).

Ainda Vertzman et al (1992), ao analisarem a teoria de Jean Oury, concluem:

A psicoterapia institucional deve trabalhar o meio, o ambiente, a fim de que o mesmo permita revelar, para melhor tratar, o processo psicótico no que este tem de ‘patogênico’, específico, metabolizando o que existe de ‘patoplástico’ (...) Mas cumpre ressaltar que os fatores patoplásticos não incidem apenas sobre os pacientes, mas também sobre aqueles que trabalham nas instituições (idem, p. 23).

Se o fator patoplástico implica o adoecimento do sujeito devido às relações no ambiente, a Psicoterapia Institucional propõe cuidar da instituição onde os sujeitos habitam/trabalham, à medida em que também ficam adoecidos no processo de convivência.

Pela teoria de Oury, a Psicoterapia Institucional favorece “a criação de campos transferenciais multifocais” (OURY apud VERTZMAN et al, 1992, p. 24) – campos que se referem aos espaços existentes na instituição, onde pacientes e profissionais circulam livremente, como ateliês, cozinha, administração. Nesses espaços não havia a preocupação se o paciente exercia uma atividade com qualidade ou não (por exemplo, descascar legumes na cozinha), mas, sim, se fora observado um investimento dos profissionais em acolher o paciente no seu espaço de trabalho, possibilitando, assim, a convivência e conseqüentemente a instalação da transferência¹ entre o profissional, o paciente e os demais participantes.

Neste sentido, uma das propostas da Psicoterapia Institucional era oferecer um espaço vivo, onde fosse possível acolher o paciente e oferecer um certo contorno para o corpo despedaçado do esquizofrênico.

Outro conceito fundamental para esse movimento foram os Clubes Terapêuticos, conceito não necessariamente referidos ao espaço físico, mas, sim, ao que “agrupa todos os ateliês e, mais ainda, é todo o sistema de encontros, um sistema de superfície, de agrupamento horizontal, facilitador de trocas” (idem, p. 27). Neste sentido, os clubes eram constituídos pelo coletivo do cotidiano do hospital.

Ainda temos neste período, a contribuição do psiquiatra francês Louis Le Guillant, diretor do Hospital de Villejuil em Paris, que em 1949 fundou o segundo Centro de Tratamento e Readaptação Social², também conhecido como clube, cujo objetivo era “conduzir a terapêutica pelo trabalho e o que denominava a reinserção social dos doentes” (ZAMBRONI-

¹ Em relação ao conceito de transferência, Freud (1912) alerta, no texto ‘A Dinâmica da Transferência’, que os sofrimentos dos primeiros anos de vida do sujeito e a sua disposição inata são fatores principais que determinarão como cada um irá estabelecer vínculos e como a estruturação psíquica organizará os caminhos da satisfação pulsional. Assim, esses fatores são constantemente repetidos, retomados na vida do sujeito, sendo transferidos para outras relações.

² O primeiro Centro fora fundado pelo médico Sivadon, no Hospital Ville-Evrard, em 1947.

DE-SOUZA et al, 2009, p. 621). Em outras palavras, dava-se a importância ao trabalho fora da instituição.

Le Guillant criticava a prática da ergoterapia instalada no manicômio e acreditava que esta prática só teria sentido se voltada à “reeducação e readaptação – se ela buscasse aproximar o paciente do trabalho efetivamente considerado na sociedade existente, o trabalho remunerado” (idem, p. 624). Além disso, Le Guillant também tinha interesse nas pessoas que adoeciam por causas provocadas pelo trabalho. Todo esse movimento seguiu em direção de novas “portarias e circulares ministeriais na França (...) Circular, de 1958, regulava as questões relativas ao trabalho e à remuneração dele” (idem, p. 626), contrariando anterior decisão de usar o trabalho do paciente para sustentar os gastos do manicômio. Com a circular, o produto final do trabalho dos pacientes passou a pertencer a eles mesmos, mas o trabalho permaneceu dentro da instituição.

1.2.3 Psiquiatria de Setor e Psiquiatria Preventiva

Nos meados do século XX, na França, a psiquiatria continuava avançando na busca de respostas para os questionamentos direcionados para a cura da doença mental. A partir disso, no contexto de denúncia à violência nos hospitais, surge a Psiquiatria de Setor que trouxe à tona uma nova política para o tratamento dos doentes mentais, a saber: realizar os atendimentos psiquiátricos na comunidade, tendo como suporte o hospital para internação quando houvesse necessidade. O próprio tratamento na comunidade era, por si só, terapêutico.

A outra ação com a proposta de transformar o asilo foi a Psiquiatria Preventiva, oriunda dos Estados Unidos e cujo objetivo era promover a saúde mental. Segundo Amarante, “a psiquiatria preventiva representa a demarcação de um novo território para a psiquiatria, no qual a terapêutica das doenças mentais dá lugar ao novo objeto: a saúde mental” (AMARANTE, 1995, p. 36). Portanto, a proposta foi prevenir a doença através de intervenções no meio social em que o paciente vive.

Em relação a esses movimentos citados, destaca-se que os mesmos não trouxeram contribuições sobre a questão do trabalho, porém colaboraram para novas reformas psiquiátricas que perduram até os dias atuais.

1.2.4 Psiquiatria Democrática Italiana

O psiquiatra italiano Franco Basaglia, influenciado pela antipsiquiatria, criticava o modelo da psiquiatria clássica, principalmente quanto ao saber médico. Diante disso, ele propôs mudanças de ordem prática no manicômio, acompanhadas das de caráter teórico, que resultaram no desenvolvimento do principal conceito de desinstitucionalização.

Na década de 1960, o Basaglia assumiu a direção do Hospital da cidade de Gorizia – localizada na fronteira italiana com a Eslovênia –, onde pôde transformá-lo, no primeiro momento, em uma Comunidade Terapêutica. A proposta era trazer para o hospital um tratamento mais humanizado, mas Basaglia, ao observar que isso não seria suficiente, lutou por transformar o modelo de assistência psiquiátrica, assim como a relação da sociedade com a loucura.

Entretanto, foi na cidade de Trieste, mais ao sul da Itália, que Basaglia, depois de assumir a direção do Hospital Provincial, em 1971, rompeu com todas as práticas institucionais e propôs, juntamente, a desconstrução do manicômio e do imaginário social que via o louco como alguém perigoso. A esse respeito Amarante (1995) sinaliza: “O que agora estava em jogo neste cenário dizia respeito a um projeto de desinstitucionalização, de desmontagem e desconstrução de saberes/práticas/ discursos comprometidos com uma objetivação da loucura e sua redução à doença” (AMARANTE, 1995, p. 49).

Este mesmo autor destaca ainda que a Psiquiatria Democrática Italiana “traz ao cenário político mais amplo a revelação da impossibilidade de transformar a assistência **sem reinventar** o território das relações entre cidadania e justiça” (idem, p. 48) (grifo meu). Faz-se necessário reinventar o território, facilitando o processo de desinstitucionalização dos pacientes. Por institucionalização entende-se aos pacientes que ficaram internados por décadas, trancados dentro dos manicômios, a ponto de perderem seus vínculos familiares e o convívio em sociedade.

Na mesma linha, Basaglia Ongaro, no seu artigo ‘Transformação Institucional e Objetivos Comuns’, corrobora a ideia de que, sem poder de escolha, “o internado era obrigado a participar daquele único objetivo, colaborando ele próprio para a sua total desumanização” (ONGARO, 1985, p. 279), ou seja, para a autora, a instituição nega qualquer valor ao paciente, considerando apenas a doença, sendo, pois, necessário romper com esse sistema coercitivo para proporcionar a liberdade dos pacientes.

Quanto à desinstitucionalização, Nicácio (2013, p. 129) sinaliza que “implica definir um novo lugar social para o louco, que passa a ser visto como um cidadão”; tal processo é produzido a todo momento, no dia a dia, na reinvenção do território.

A proposta de Franco Basaglia no hospital de Trieste era construir uma rede territorial de cuidados, composta por: Centros de Saúde Mental, com funcionamento 24 horas; grupo-apartamento (residência terapêutica); Serviço de Emergência Psiquiátrica; e Cooperativas de Trabalho. Os serviços deveriam estar interligados, objetivando fortalecer a assistência ao paciente. Contudo, Barros explica que a verba utilizada para manter o hospital foi progressivamente transferida para os pacientes se sustentarem, de modo que passou a ser “um instrumento importante no trabalho de desinstitucionalização” (BARROS, 1994, p. 77).

Sobre a questão do trabalho executado pelos pacientes, Barros ressalta que, em 1971, 280 internados estavam envolvidos em atividades de ergoterapia, vinculadas à manutenção do hospital. Eles recebiam um valor simbólico e tinham uma liberdade maior que os outros pacientes.

A ergoterapia de Herman Simon previa um sistema de reeducação através do trabalho-ocupação, que, de um lado, contribuía para a reprodução institucional e, de outro, determinava uma relação de dependência e de objetivação. Essas atividades não criavam uma situação de trabalho real, mas eram parte do sistema de controle e reificação inerentes à estrutura institucional. O trabalho ou a ludoterapia representam alternativas a uma anulação total e torna-se a única alternativa para quem deve viver dia após dia em reclusão, terminando por preferir qualquer atividade à ‘morte’ (BARROS, 1994, p. 95-96).

Era preciso mudar esse cenário; não cabia mais trabalhar somente para ocupar o tempo. Outro grande ideal sobrepunha-se aos demais: eliminar a submissão dos pacientes provocada pelo processo de institucionalização. Com isso, iniciaram-se discussões sobre alternativas de trabalho e, em 1972, pacientes e profissionais fundaram a Cooperativa Trabalhadores Unidos, tendo como atividade principal a limpeza de órgãos públicos, através de contratos assinados pelas as duas partes.

Um dos objetivos da Cooperativa era “possibilitar uma perspectiva de reconstrução social do ex-internado, com o aumento do seu poder social e contratual, garantido pela sua incorporação ao ciclo produtivo” (idem: 97). Além disso, trabalhar na cooperativa era uma alternativa ao mercado de trabalho formal para aqueles que não conseguiam conquistar um emprego.

Tendo por foco a formação e o trabalho, as cooperativas ampliaram-se para outras cidades, oferecendo serviços e mão de obra diversos, como: agricultura, confecção, construção, limpeza, gráfica, restaurante (ibidem).

Ainda em seu livro ‘Jardim de Abel: Desconstrução do Manicômio de Trieste’ (1994), Barros mostra que a evolução das cooperativas se dividia em três etapas: a primeira referia-se ao momento de experimentação, contando com pequeno número de pacientes ainda submetidos à instituição; a segunda, iniciada em 1976, caracterizou-se por ter mais autonomia na cooperativa, ultrapassando as barreiras da instituição. Além disso, passaram a aceitar pessoas que não tinham transtorno mental; a terceira, em 1988, foi desenvolvida sob uma nova direção teórica e prática, concretizando a criação de um “consórcio de cooperativas” e, em consequência, assumindo o status de “empresa social”, numa forma de garantir todo o aparato que dá suporte à rede de cuidados aos pacientes com transtorno mental (BARROS, 1994).

Ressalta-se que o conceito de empresa social aqui privilegiado é definido por Rotelli (2000).

A transformação de uma grande e única instituição – o manicômio – em uma rede de serviços sanitários nos quais os direitos do cidadão vêm salvaguardados e, sobretudo, vêm construídos, porque o problema das práticas sanitárias não é apenas aquele de respeitar os direitos das pessoas, mas de ser, efetivamente, instrumento para a construção material dos seus direitos (ROTELLI, 2000, p. 302).

Em relação ao trabalho das cooperativas de Trieste, Rotelli (2000) sinaliza que “produzir não é apenas trabalhar, mas transformar socialmente. Produzir é ter status, é estar incluído na grande sociedade do mercado, mercado humano, do trabalho, da produção, de relação entre os homens” (idem, p. 303).

Um exemplo claro ficou refletido no filme italiano (2008) *Si Puo Fare* (Dá pra fazer). As imagens mostram que os pacientes trabalhavam em uma unidade do hospital psiquiátrico de forma alienada, sem perspectivas nem questionamentos. O local começa a passar por mudanças a partir do momento em que um sindicalista é indicado para coordená-lo. Indignado com a postura dos pacientes, ele se dá conta do tamanho de seu desafio e passa a realizar assembleias com o grupo. Várias questões foram levantadas e discutidas até decidirem, de comum acordo, montar a Cooperativa 180, voltada para a produção de parquet – uma espécie de assoalho de madeira, podendo formar mosaicos.

Mesmo com todas as dificuldades encontradas pela frente, principalmente a resistência da direção do hospital e de alguns familiares, o grupo não desistiu e, com o tempo, tornou-se

conhecido na cidade, recebendo muitas encomendas. A dedicação a um projeto coletivo fez com que seus participantes se incluíssem no mercado da produção – de parquet, de vida, de relações sociais.

Enfim, a experiência de Trieste exemplifica o sucesso do fechamento do manicômio e a invenção de novos serviços no cuidado dos pacientes, focando na sua emancipação e na produção de saúde, isto é, criação de laboratórios. Na nota de rodapé do artigo ‘A Instituição Inventada’ (1990), Rotelli explica o sentido de laboratório: “Lugar de produção de cultura, de trabalho, de intercâmbio e de relações entre artistas, artesãos, pessoas doentes ou não. Um lugar onde os papéis são intercambiáveis e o trabalho dos operadores que os coordenam tem por objetivo experimentar práticas inovadoras” (ROTELLI, 1990, p. 92).

Em outras palavras, mesmo com o reconhecimento dos avanços teóricos e práticos, faz-se necessário (re)inventar espaços que promovam trocas sociais e, assim, possibilitem o processo de subjetivação – é o que retrata o filme *Dá pra fazer!*

1.3 PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO NO BRASIL

O processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira teve início no fim da década de 1970, no momento em que a Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) – órgão do Ministério da Saúde responsável pela saúde mental – entra em crise devido à denúncia do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) acerca da precariedade do trabalho, dos maus tratos sofridos pelos usuários e da falta de recursos para assistência, incitando críticas e reivindicações por melhores condições e uma assistência mais humanizada.

Assim nasce o MTSM, cujo objetivo é constituir-se em um espaço de luta não institucional, em um *locus* de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica, que aglutina informações, organiza encontros, reúne trabalhadores em saúde, associações de classe, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade (AMARANTE, 1995, p. 52).

Naquele período não havia uma proposta estruturada para modificar o cenário do manicômio, mas, influenciados pela Reforma Psiquiátrica Democrática Italiana, os profissionais do campo da saúde mental ganharam, na década de 1980, voz que representasse suas reivindicações, por meio da força tanto política quanto social. Outros atores aproximaram-se do movimento (profissionais, usuários, familiares), formando um coletivo para reivindicar os direitos da cidadania desses sujeitos e também por mudanças no sistema asilar.

Na verdade, a Reforma Psiquiátrica Brasileira nasce com a proposta de transformar os campos assistencial, político e sociocultural, avançando nos princípios éticos e teóricos da saúde mental. Dois conceitos fundamentais perpassam esses campos: a desinstitucionalização e o direito à cidadania das pessoas com transtornos mentais, ambos reproduzidos nas ações que visam à inclusão na sociedade, através da família, da moradia, do lazer ou do trabalho, ou seja, abarcam todos os espaços em que a troca social seja possível.

Segundo Yasui (2006), os movimentos de trabalhadores deflagraram modificações em diversos estados do Brasil. Em São Paulo, a partir da contratação de novos profissionais na área da saúde mental, que não estavam contaminados pela burocracia institucional, operou-se o início da implantação de novas propostas para a assistência de pessoas com transtornos mentais. Em março de 1987, foi inaugurado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial – o CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira, no qual foram integradas atividades culturais e oficinas, ou seja, estratégias que permanecem até hoje nos serviços.

Outro fator relevante para o início da Reforma foi a intervenção na Casa de Saúde Anchieta – hospital psiquiátrico privado localizado na cidade de Santos/SP, que tinha convênio com o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). O começo da intervenção deu-se em 1989, devido as denúncias de maus tratos, condições desumanas e mortes de pacientes, levando ao fechamento do hospital.

A intervenção demonstrou que era necessário suprimir a violência institucional e direcionar o tratamento para uma rede de cuidados na comunidade, em substituição ao antigo *modus operandi* do manicômio. Neste mesmo ano, no município de Santos foram inaugurados os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) com funcionamento de 24 horas.

Diante do fechamento da Casa de Anchieta e da proposta do tratamento no território, ainda em 1989, foi encaminhado ao Congresso Nacional o Projeto de Lei 3.657/89, de autoria do deputado Paulo Delgado (PT/MG), que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no território brasileiro, redirecionando o modelo assistencial na saúde mental.

Esse movimento, com base nesse Projeto de Lei, impulsionou a aprovação de portarias nas esferas nacional, estadual e municipal. Como exemplo, destaca-se a Portaria 224/92, destinada a regulamentar o funcionamento dos serviços de saúde mental, tais como: ambulatório, NAPS/CAPS, Hospital dia, Serviço de urgência psiquiátrica em hospital geral, hospital psiquiátrico.

O Projeto de Lei foi sancionado em 06 de abril de 2001, passando a ser conhecido pela Lei 10.216/01 e permitindo que um novo ritmo acelerasse o processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil, com grandes avanços em vários aspectos, principalmente depois da ampliação dos serviços substitutos ao manicômio. Temos o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) que tornou-se um local de referência de tratamento em qualquer circunstância, para psicóticos, neuróticos graves, pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas. Além disso, ali é oferecido um acompanhamento singular aos usuários, tentando evitar internações de longa permanência e diminuir a reincidência delas. O CAPS constitui-se com uma equipe multidisciplinar, que tem o papel fundamental no processo de saída do usuário do manicômio para a cidade, possibilitando desenvolver laços sociais e ampliar sua autonomia.

Outro serviço importante que surgiu como suporte e referência para extinção do manicômio: as Residências Terapêuticas – moradias na cidade, destinadas aos usuários egressos do hospital psiquiátrico, em longos períodos de internação, e que perderam vínculos familiares. De acordo com a Portaria nº 106 de 11/02/2000, prevê que uma residência terapêutica pode morar no máximo oito pessoas.

Existem também os Centros de Convivência, onde são arquitetados espaços de sociabilidade e de inclusão social através do lazer, da arte e da cultura, bem como as Cooperativas de Trabalho e as Oficinas de Geração de Trabalho e Renda que, embora não sejam classificadas como um serviço, funcionam como um dispositivo de inclusão social. Ainda há os Serviços da Atenção Básica e os Serviços de Urgência e Emergência, no Hospital Geral. Percebe-se, com clareza, a contínua construção de uma rede de cuidados que oferece diversos recursos terapêuticos para o processo de desinstitucionalização dos usuários.

Ao pensar na perspectiva do trabalho em rede, a imagem assemelha-se a uma rede de pescar: quando lançada no rio, mantém-se em movimento e cria um anteparo. A rede da saúde também necessita estar em constante movimento; contudo, para que isso aconteça, os profissionais envolvidos precisam estar disponíveis não só para realizar o movimento, mas também para repensar e contribuir para a reconstrução de um novo modelo de cuidado. Enfim, é preciso que haja cooperação entre os atores envolvidos, os usuários, os familiares e também uma articulação com outros dispositivos do território. Somente esse coletivo garantirá a sustentação da rede e sua movimentação.

A noção de rede, assim como a de território, deve ser igualmente tomada em sua dimensão política, social e afetiva. De fato, as redes são as linhas que preenchem o território. Por isso, devem ser pensadas como fluxos permanentes que se articulam e desarticulam. Essas duas noções redefinem a

ideia de clínica. Introduzem a possibilidade da construção de um campo de conhecimento sobre o homem que não dissocia da sociedade que o constitui. Fica incorporada, assim, a sua dimensão política (LEAL; DELGADO, 2007, p. 144).

A troca de experiências entre os profissionais incita reflexão sobre o tema, provocando deslocamentos e desacelerando a busca por respostas imediatas. Assim, não só a discussão sobre o usuário no território é facilitada como também a construção do projeto terapêutico singular, num incentivo ao permanente resgate da cidadania.

Território que precisa ser reinventado, junto com o usuário, em busca de um outro lugar social, uma vez em que, ao circular pelo bairro e por sua cidade, ele vai apropriando-se do território e criando vínculos com vários setores existentes na comunidade, como, por exemplo, o comércio, o vizinho, a Clínica da Família, o CAPS, o teatro, a escola, a própria família, a oficina de geração de trabalho e renda, entre outros.

Nesse processo cria-se uma rede de cuidados que ultrapassa os serviços de saúde. Como exemplo, o fato de que o responsável pelo comércio local, como integrante daquele território, fará parte de uma rede que, embora não encarregada de dar suporte clínico, poderá recorrer ao serviço de tratamento caso perceba algo diferente com o usuário. Em certo sentido, essa proximidade permite ao usuário uma maior circulação e oferece-lhe a possibilidade de construção de novos laços sociais, tornando possível a sua inserção na cidade.

Vale a pena ressaltar que o processo de desinstitucionalização não se dá apenas nos usuários que tiveram ou ainda estão em uma internação de longa permanência, pois observa-se que alguns deles em tratamento nos CAPS podem ficar institucionalizados, mesmo não passando por internações, já que “apresentam um cotidiano aparentemente pobre, vazio, opaco e sem sentido, mesmo estando sob tratamento em serviços territoriais. Isto é tão surpreendente que não raro suscita a pergunta: estão os CAPS repetindo o asilo?” (LEAL; DELGADO, 2007, p. 141).

As práticas asilares tradicionais – submissão do paciente, trabalho forçado, entre outros – causam muito sofrimento e, por isso, devem ser evitadas por completo. O CAPS, mesmo sendo um serviço de base territorial na comunidade, corre riscos de cronificar os usuários. Para que isso de fato não aconteça, é imprescindível trabalhar em prol de uma rede de cuidados mais potente.

Hartz e Contandriopoulos (2004) esclarecem que, para criar-se um “sistema sem muros”, é necessário eliminarem-se algumas barreiras, mas não os tipos de cuidados imprescindíveis no processo, ou seja, acentuam o fato de todos os envolvidos estarem atentos

para que as dificuldades encontradas não coloquem em segundo plano as verdadeiras prioridades, reduzindo-as ao cuidado medicamentoso.

Assim, a proposta aqui adotada é a de executarem-se medidas que privilegiem uma integração dos serviços, mesmo considerando-se que os profissionais precisam estar “proativos nesse processo”, conforme afirmam Hartz e Contandriopoulos (2004, p. 335). Segundo esses autores a integração dos serviços é um eixo fundamental para dar-se continuidade ao cuidado do usuário.

Se, por um lado, a Psicoterapia Institucional Francesa propõe que a mudança seja na instituição, por outro, a Psiquiatria Democrática Italiana sugere que a mudança seja a partir do território – tentativa efetuada igualmente no Brasil. Nesse contexto, Benedetto Saraceno, ao ser entrevistado por Pedro Gabriel Delgado, observa que o Brasil é uma referência global de reforma psiquiátrica. Pedro solicitou que ele fizesse uma avaliação do processo da reforma e da desinstitucionalização. Sua resposta foi:

O Brasil é um modelo de desinstitucionalização para o mundo, há imperfeições, mas comparando com a reforma da Itália, a mudança ocorreu na cidade de Trieste, que tem 250 mil habitantes diferente do Brasil, que a reforma foi em todo país, onde tem 250 milhões de habitantes. Além disso, o Brasil é o único país que os recursos financeiros vão para saúde mental na comunidade, enquanto que nos outros países 70% dos recursos vão para os hospitais psiquiátricos e 30% para a saúde mental comunitária³.

As palavras de Saraceno vêm assinalar um avanço na política pública de saúde mental no País, entendendo-se ser esse um processo contínuo de reforma, com a ressalva de que não se pode perder de vista a importância de reforçar, legitimar e sustentar o que já foi conquistado. Esta legitimidade encontra-se na Portaria 3.088/2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes de uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) – tendo a finalidade de criar, ampliar e articular pontos de atenção à saúde.

Para finalizar, ainda existem lacunas a serem preenchidas com o fim de gerar uma melhor qualidade de vida para as pessoas que perderam sua dignidade e cidadania, ao serem depositadas nos manicômios, possibilitando uma reconquista do que lhes foi retirado sem pedir licença: casa, trabalho, lazer, convívio em sociedade e com a família.

³ ENSP TV. Entrevista do doutor Pedro Gabriel Delgado com Benedetto Saraceno, professor da Universidade de Genebra (Suíça) e da Universidade Nova de Lisboa, Portugal. Coordenador da Plataforma Gulbenkian para a Saúde Mental Global. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=-HuGVHEZ144>>. Acesso em: jan/2018.

2 GERAÇÃO DE TRABALHO E RENDA NO BRASIL PARA CLIENTELA COM TRANSTORNO MENTAL: POLÍTICAS E PRÁTICAS

Um dos mais eficientes instrumentos de combate
ao desemprego: a formação de cooperativas.
(Paul Singer)

A seguir serão destacados as primeiras iniciativas e o percurso de uma possível implantação de políticas públicas focada na inserção social dos usuários dos serviços de saúde mental através do trabalho, seja na oficina de geração de renda ou cooperativa, seja no mercado de trabalho formal.

A Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, destaca, dentre outros, três importantes princípios fundamentais: a cidadania, a dignidade da pessoa humana, os valores sociais do trabalho. Por cidadania entende-se o exercício dos direitos e deveres civis, políticos e sociais; por dignidade, as condições necessárias para que o homem tenha uma vida permeada de bem-estar; por trabalho, um direito social fundamental na vida do homem.

Direito fundamental à sobrevivência, o trabalho não tem a garantia do Estado, muito embora haja programas que fomentem a abertura de vagas de emprego, em geral destinadas às pessoas sãs, e nunca às portadoras de transtornos mentais. Por isso a urgência de implantarem-se alternativas para que essa clientela tenha possibilidades de gerar sua própria renda.

2.1 OFICINAS DE GERAÇÃO DE TRABALHO E RENDA

O recurso do trabalho em oficina está relacionado ao espaço para a execução de uma atividade manual ou artesanal, mas também, pode ser um lugar destinado à aprendizagem de um ofício.

No campo da saúde mental, as oficinas são consideradas dispositivos de inclusão social e podem ser facilitadoras do processo de desinstitucionalização, por meio da construção de vínculos afetivos entre os participantes; estreitamento de laços com familiares; circulação no comércio, seja para a compra de material para oficina ou para a venda dos produtos confeccionados, proporcionando mais autonomia ao usuário. Há diversas oficinas oferecidas nos serviços, a saber: expressão corporal, música, vídeo, literatura, geração de trabalho e renda, entre outras. Sendo que as oficinas de geração de renda permitem aos usuários produzirem peças artesanais ou de arte que possuam valor econômico para a venda.

Condutores dos trabalhos, osicineiros (também chamados de monitores) são profissionais de nível médio, qualificados em uma técnica específica a ser ensinada aos participantes da oficina (bordado, culinária, mosaico, costura, marcenaria etc.). Eles são o elo mais próximo entre a oficina/aprendizagem/trabalho e o cuidado, pois estão diariamente com os usuários, disponíveis para escutar ou até mesmo fazer alguma intervenção que seja possível no momento. No espaço coletivo da oficina, os usuários conversam sobre vários assuntos, inclusive sobre questões pessoais, permitindo que seus colegas deem sugestões, opiniões; contudo, em alguns momentos, o usuário pode escolher conversar em particular com oicineiro.

Oicineiro, então, sinaliza para o técnico de referência (profissional que acompanha o usuário no serviço) sobre o que foi conversado, sobre o estado geral do usuário, se está bem ou não, ou mesmo se está computando muitas faltas na oficina. Esse diálogo é de fundamental importância, pois por meio dele, o técnico poderá fazer alguma intervenção ou entrar em contato com o usuário ou conversar com a equipe que cuida dele no CAPS. É um cuidado construído junto para melhor acolher o usuário.

Peça fundamental na oficina, oicineiro é responsável por tarefas imprescindíveis: organização do espaço físico, para uma melhor visão do andamento da produção; acompanhamento do ritmo de aprendizagem de cada um; atendimento individual às demandas dos usuários.

O experiente Walter Filho,icineiro de mosaico do Programa de Geração de Trabalho e Renda do Museu Bispo do Rosário Arte Contemporânea, disse ao técnico⁴ através de uma metáfora: “O usuário chega na minha oficina com a vida quebrada. Na oficina ele vai juntando os cacos e a vida vai voltando por inteiro, assim como a peça de mosaico”. Não necessariamente o usuário terá sua vida “por inteiro”, mas sua colocação aponta o principal: um trabalho é possível com o usuário, desde que o profissional esteja disponível para esse encontro, para esse trabalho, sendo um facilitador na vida dessas pessoas.

A disponibilidade para esse encontro possibilita que oicineiro faça o enlace entre a produção do objeto com a produção subjetiva do usuário, respeitando sempre a sua singularidade, bem como o enlace entre o trabalho e o cuidado. Dessa forma, é possível construir vínculos com os usuários e modificar as ações diante de cada necessidade, facilitando

⁴ Conversa na reunião de equipe do Programa de Geração de Trabalho e Renda do Museu Bispo do Rosário Arte Contemporânea.

um reconhecimento entre cidadãos capazes de produzirem e estabelecerem laços sociais (CAYRES, et al, 2001, p. 107).

Neste sentido, Lobosque (2001) chama a atenção para a importância de vivenciar este espaço (oficinas) de convivência, onde há liberdade para criação, para o pensamento, pode-se também escolher o que se quer fazer. A prática acontece sem pensar, isto é, se pensa fazendo e se faz pensando. Desse modo, segue o trabalho coletivo nas oficinas, onde oficinairo e usuários, vão reinventando o cotidiano.

É preciso ressaltar que espaços estruturados para os usuários, onde a transferência circule e um cuidado seja instalado, são mais propícios a um melhor acolhimento, corroborando a proposta da Psicoterapia Institucional, algo tão presente nos dias atuais, mesmo diante da premência de manter os usuários fora do manicômio e produzir algo de qualidade, seja na música, na cozinha, na arte. Além disso, eles poderão reconhecer esse espaço como lugar organizador para a sua vida.

Alvarez et al (2017), no artigo ‘Saúde Mental e Economia Solidária: pesquisa cartográfica em um dispositivo clínico-político’, destacam que estar na oficina é poder compartilhar a própria experiência com outro participante e com o profissional.

‘Fazer com’ significa fazer junto, estar ao lado, estabelecer uma relação de acompanhamento, de parceria. O ‘fazer com’ nos parece uma direção fundamental para o processo de produção de saúde, pois é um caminho para criarmos e sustentarmos um vínculo que é componente indispensável da realização de um trabalho imaterial, tal como o cuidado e atenção em saúde (ALVAREZ et al, 2017, p. 135).

Novos agenciamentos surgem a todo momento, em especial quando se estabelece uma relação do usuário com o profissional e com os outros participantes da oficina, no cotidiano da oficina, de modo a permitir que ele sustente sua existência na vida. “A oficina pode ser laboratório de transformação e ampliação da vida” (RODRIGUES; YASUI, 2016, p. 18).

Pode-se dizer que os oficinairos são transformadores de pequenas coisas na vida dos usuários, em alguns, com menos sofrimento, com mais autonomia, realizando algumas trocas sociais. Assim, a oficina segue a diretriz da aprendizagem, do convívio, da produção, da cidadania e, conseqüentemente, da promoção de uma maior capacidade para gerar normas e ordens na vida, dependendo das situações que enfrente.

Assim não se trata de confundir autonomia com autossuficiência nem com independência (...). Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de

estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida (TYKANORI, 1996, p. 57).

Este mesmo autor sinaliza que o profissional pode “emprestar” seu poder contratual ao usuário, isto é, “utilizar o prestígio, a delegação social, o saber reconhecido pela sociedade aos profissionais, para possibilitar relações e experiências renovadas aos usuários” (idem, p. 59). Em outras palavras, o profissional possui recursos (cultural, psíquico, material) para realizar trocas na trama social.

Indo além, pode-se dizer que o oficinairo “empresta” seu poder contratual, na medida em que facilita a circulação do usuário ao fazê-lo participar de algum evento ou feira para expor seus trabalhos confeccionados na oficina. Auxiliar nas negociações necessárias no momento da venda ou na compra que algum produto, ou seja, é fazer junto. É como uma “cadeia” de movimentos, no sentido de que um passo puxa o outro que produz mais frutos, mais liberdade e assim sucessivamente.

2.2 PROJETO BOLSA DE TRABALHO

Na década de 90, o convênio assinado entre a Organização Não Governamental (ONG) Instituto Franco Basaglia (IFB) e a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro possibilitou a contratação de recursos humanos para o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e também a implantação de um projeto chamado “Bolsa de Trabalho”, destinado aos usuários que realizavam tratamento nesses serviços. O Bolsa de Trabalho era monitorado pelo Projeto SOS, cujo propósito de garantir direitos do paciente psiquiátrico vinha acompanhado de ações como: encaminhar e acompanhar denúncias e casos de violação de direitos de usuários; auxiliar no encaminhamento de situações previdenciárias, moradia, tratamento, trabalho, casos de interdição civil e outros; intermediar a discussão entre as partes envolvidas para resolução dos casos (IFB, 2008).

O estágio realizado no Projeto SOS (período de janeiro de 2001 a abril de 2002) deu-me a oportunidade de acompanhar o processo do Projeto de Bolsa de Trabalho e de propor uma reunião mensal com os bolsistas para auxiliá-los e discutir questões relacionadas ao trabalho e à remuneração daí advinda. As reuniões aconteciam na sede do IFB, no bairro de Botafogo.

Neste ponto, vale esclarecer como se processava o Projeto Bolsa de Trabalho, também conhecido como “Bolsa Usuário”: define-se como estratégia de (re)inserção social do usuário no mundo do trabalho, ou seja, é uma das possibilidades de ele assumir um contrato de trabalho

protegido, no sentido de ser acompanhado pelo seu técnico de referência, o qual, dentre as funções de acolher o usuário e desenvolver projeto terapêutico, também lhe cabe o papel de agenciador com o fim de proporcionar-lhe as ferramentas para que construa novas relações de trabalho, tendo uma carga horária flexível e uma rede social de apoio.

A proposta é que o trabalho seja em local diferente do tratamento para que o serviço não se torne uma “instituição total” – expressão usada por Goffman (2015), ao sinalizar que tudo tende a acontecer dentro da instituição, que se transforma em local de moradia, de trabalho, de convivência, de lazer. A esse respeito, vale destacar um exemplo interessante proporcionado pela parceria entre o CAPS Lima Barreto e o Posto de Saúde, ambos localizados no bairro Bangu, na zona oeste do Rio de Janeiro. A direção do Posto ofereceu a portaria como um local de trabalho protegido, e dois usuários foram encaminhados para começarem a trabalhar neste espaço em turnos diferentes. Antes de terminar o prazo da bolsa de trabalho, um usuário candidatou-se à vaga que estava em aberto para agente de portaria e foi selecionado. Ele manteve seu emprego por um bom período na portaria do Posto de Saúde.

Na maioria das vezes, o técnico de referência assume a indicação para que o usuário receba a bolsa de trabalho, mas sempre é discutida na reunião de equipe tal indicação, pois precisa estar afinada com o projeto terapêutico do usuário. Uma outra possibilidade é quando a equipe realiza uma seleção de candidatos para compor o Projeto, ou seja, os usuários interessados fazem sua inscrição e participam da seleção com intuito de se predisporerem àquele tipo de trabalho.

A bolsa tem duração de seis meses, podendo ser renovada por mais seis meses. O prazo estipulado objetiva não criar vínculo empregatício e dar oportunidade a outros usuários. Nesse contexto, a renovação é avaliada pela equipe do CAPS e, depois de um ano, faz-se a seleção novamente.

No primeiro momento, a equipe do CAPS buscava o cheque nominal no IFB e pagava ao usuário bolsista. A proposta de realizar uma reunião mensal com eles era para conhecê-los, acompanhar de perto suas atividades e promover autonomia de ir e vir à instituição para buscar o próprio pagamento.

Na reunião, dúvidas e reivindicações surgiam por parte dos bolsistas. A cada tema sugerido por eles, a discussão era reiniciada, visando ao que era o melhor para todos. Uma das reivindicações era, inclusive, a não participação das reuniões em local tão distante do serviço de tratamento. Quanto ao problema da distância, a conclusão do coletivo foi a de que era

importante manter as reuniões na sede do IFB, pois esses encontros proporcionaram muitas trocas de experiências ou, nas palavras de Jones (1972), era uma “aprendizagem ao vivo”.

Durante todo processo de trabalho do bolsista, o técnico de referência precisa trabalhar questões referentes ao término do período, incluindo a tarefa de fazer o usuário pensar em outras formas de gerar a própria renda. Neste sentido, o usuário poderá realizar cursos profissionalizantes, capacitando-se para o mundo do trabalho, ou até mesmo trabalhar como autônomo ou na oficina de geração de renda. Alguns retornam aos estudos, num movimento de conquista da autonomia e de facilitação da inserção social. O importante é buscarem-se alternativas de rendimento com a perda da bolsa, mesmo sendo de baixo valor; para isso, elabora-se um planejamento permanente durante o processo em que ele esteja recebendo a bolsa.

Em 2011, o convênio do IFB com a Secretaria Municipal de Saúde foi encerrado. Um novo convênio foi assinado com outra instituição, e o Projeto Bolsa de Trabalho manteve-se. Porém, devido às dificuldades financeiras da Prefeitura, em 2017 houve a suspensão do projeto.

Enfim, pode-se dizer que o Projeto Bolsa de Trabalho é uma das iniciativas para a elaboração de políticas públicas referente a inserção social do usuário no mundo do trabalho.

2.3 NÚCLEO DE SAÚDE MENTAL E TRABALHO (NUSAMT) DA SECRETARIA ESTADUAL DE TRABALHO E RENDA DO RIO DE JANEIRO

Um grande número de candidatos que se dirige aos Postos do Sistema Nacional de Empregos (SINE), também conhecido como Balcão de Empregos, da Secretaria Estadual de Trabalho e Renda (SETRAB), apresenta alto grau de ansiedade devido à expectativa de conseguir uma vaga. Muitos desencadeiam comportamentos agressivos diante da falta de oportunidades.

A escassez de empregos alia-se à exigência de alta qualificação para o exercício do trabalho. Além disso, o progresso tecnológico acelerado acarreta diversas modificações, alterando, desse modo, as relações sociais e a distribuição de vagas de emprego.

Nas últimas décadas, em nível global, uma das transformações no mundo do trabalho tem sido a restrição do mercado formal, isto é, o acesso ao emprego fixo com garantias de seguridade social (salário, férias remuneradas, décimo terceiro, benefícios previdenciários, seguro-desemprego e plano de carreira). Para a maioria da população em idade produtiva, esse

tipo de trabalho vem diminuído e, conseqüentemente, o mercado informal vem crescendo. Essa situação aprofunda as desigualdades econômicas e sociais.

Compondo o grupo de candidatos que realizam o cadastro no SINE, existem as pessoas com transtorno mental. Um episódio chamou atenção da Ouvidoria do Trabalho, levando-os a modificarem o sistema.

Uma mesma pessoa entrava em contato todos os dias para queixar-se da falta de vagas. A Ouvidoria do Trabalho descobriu que era um usuário de um serviço de saúde mental. Diante desse fato, decidiu construir uma proposta de atendimento diferenciado quanto à inserção no mercado desses candidatos. Portanto, em outubro de 2000, a SETRAB convidou para uma primeira reunião os profissionais do serviço de saúde mental onde o candidato realizava o tratamento. No segundo momento, outros profissionais da saúde mental foram convidados para, juntos com a SETRAB, formarem um grupo intersetorial com apoio de diversos segmentos institucionais, com demandas diferentes, mas com um ponto comum: cuidar dessa clientela, sem excluí-la, e promover sua inserção social por meio do trabalho.

O grupo passou a chamar-se Núcleo de Saúde Mental e Trabalho (NUSAMT), cujos objetivos são discutir, elaborar e acompanhar políticas públicas e propostas de inserção dos usuários dos serviços de saúde mental no mercado de trabalho.

Muitos encontros ocorreram e algumas estratégias foram realizadas, como um balcão específico para atender as pessoas provenientes dos serviços de saúde mental, com funcionamento uma vez na semana. Os profissionais que constituíam o NUSAMT se revezavam para realizar um plantão por mês no balcão. Tal experiência foi importante para acolher os usuários, mas sem muitos resultados diante da falta de oportunidades para essa clientela. Paralelamente, os serviços de saúde mental, em especial os projetos de geração de renda, iniciaram grupos com os usuários para discutirem ações do mundo do trabalho.

Os componentes do NUSAMT disponibilizaram-se para realizar visitas a empresários e sensibilizá-los sobre a proposta de inserir os usuários em uma vaga de trabalho. Sem sucesso, foi preciso entender o motivo do desinteresse na raiz do problema: a falta de uma lei que regulamentasse a inclusão dos usuários. Então, em 2002, o NUSAMT decidiu elaborar uma legislação no âmbito estadual. O projeto de lei nº 3175/2002, de autoria da Deputada Cida Diogo, teve assessoria técnica do NUSAMT.

A primeira vitória foi a aprovação da Lei Estadual nº 4323 (anexo 1), promulgada em 12 de maio de 2004, que dispõe sobre Política Estadual para a Integração, Reabilitação e

Inserção no Mercado de Trabalho do Portador de Transtornos Mentais. Porém, a Comissão de Emendas Constitucionais vetou o artigo 8º com a seguinte justificativa:

Ainda que o projeto de lei mereça reconhecimento pela grande importância social que possui, vale destacar que, ao vetar o Art. 8º, o Poder Executivo objetivou apenas evitar má interpretação, visto que ao determinar ‘que os percentuais de cargos de que trata o art. 93, da Lei Federal 8213/91 serão aplicados pelas empresas com relação às pessoas portadoras de transtornos mentais’, sua redação poderia levar ao entendimento de que os demais portadores de deficiência não serão beneficiados com a garantia de vaga nas empresas (COMISSÃO DE EMENDAS CONSTITUCIONAIS, 2004).

Em resumo, não foi possível a inclusão dos usuários no mercado de trabalho formal por meio dessa lei, conforme anteriormente ambicionado. Contudo, mesmo frustrado, o grupo não cruzou os braços e tomou as seguintes medidas: investimento em cursos de qualificação profissional para a clientela, em parceria com Ongs que trabalhavam com deficiências mentais; promoção de seminários, com palestras sobre o assunto; fechamento de parcerias com o Ministério Público do Trabalho, a Comissão de Direitos Humanos do Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil/RJ (OAB/RJ), a Comissão de Defesa dos Direitos das Pessoas com Deficiência da OAB/RJ, entre outros.

Considerando a Constituição da República, no artigo 3º, inciso IV, que promove o bem de todos, sem preconceitos e qualquer outra forma de discriminação; considerando que o Brasil ratificou, em 2008, a Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, adotada pela Organização das Nações Unidas (ONU), bem como seu Protocolo Facultativo, por meio do Decreto Legislativo nº 186, de 9 de julho de 2008, foi alterada a conceituação de pessoa com deficiência para: “Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade com as demais pessoas” (CONGRESSO NACIONAL, Decreto Legislativo, nº 186, de 9 de julho de 2008).

Considerando o Termo de Ajustamento de Conduta e de Conciliação de algumas empresas privadas, o Ministério Público do Trabalho dispõe da NOTIFICAÇÃO RECOMENDATÓRIA/COP/PRT 1ª/No. 85976/2012 (Anexo 2).

Por esse documento (primeira cláusula), a empresa notificada pelo Ministério Público do Trabalho deverá:

Informar ao Ministério Público do Trabalho, no prazo de 30 (trinta) dias, (...) o recebimento da presente Notificação Recomendatória, e as medidas que

serão, ou já foram, adotadas pela NOTIFICADA para a contratação de pessoas com deficiência, atentando à ampliação conceitual trazida pela Convenção da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, em especial no que tange à pessoas com deficiência psicossocial.

PARÁGRAFO ÚNICO - Para o cumprimento da legislação em vigor, a NOTIFICADA poderá entrar em contato com o Núcleo de Saúde Mental e Trabalho – NUSAMT. (NOTIFICAÇÃO RECOMENDATÓRIA/ COP/PRT 1ª/No. 85976/2012).

Uma observação importante, o NUSAMT hoje é coordenado pelo colegiado que o constitui. Após a garantia da Notificação, foi iniciado um diálogo com as empresas, gerando resultados concretos: alguns usuários estão trabalhando de carteira assinada, uns com a carga horária reduzida, de acordo com a capacidade de cada um, na modalidade de contratos por horas de trabalho e outros trabalhando quarenta horas semanais. Todos têm direito a férias, a 13º salário e também são liberados pela empresa para participarem quinzenalmente da reunião de trabalho do serviço de saúde mental – forma de acompanhar a trajetória do usuário. Diante de alguma divergência ou dúvida, a empresa entra em contato com o técnico de referência do usuário.

A experiência de 18 anos de caminhada sinaliza que várias foram as barreiras concernentes ao preconceito diante do transtorno mental. Prova disso é a pouca quantidade de empresas que abrem as portas para incluir, nos seus quadros de funcionários, essa clientela. Nesse sentido, o NUSAMT continua na busca por sensibilizar e negociar com as empresas, mas ainda há muito a ser feito.

2.4 ECONOMIA SOLIDÁRIA E SAÚDE MENTAL

Com a Revolução Industrial no século XVIII, além de não haver vagas para todos os trabalhadores, muitas pessoas, desde o início, não se adaptaram ao regime de trabalho imposto pelas indústrias, aumentando o percentual do desemprego. Diante das dificuldades encontradas e com necessidades para sobreviver, algumas alternativas surgiram para gerar trabalho e renda para os desempregados, como o cooperativismo, do qual o campo da Saúde Mental se apropria.

O economista Paul Singer destaca, em seu livro ‘Introdução à Economia Solidária’, a primeira cooperativa no mundo, que começou em 1817 a partir da proposta que Owen, dono de uma grande indústria têxtil, fez ao governo britânico:

Os fundos de sustento dos pobres, cujo número estava se multiplicando, em vez de serem meramente distribuídos, fossem invertidos na compra de terras

e construção de Aldeias Cooperativas, em cada uma das quais viveriam cerca de 1.200 pessoas trabalhando na terra e em indústrias, produzindo assim a sua própria subsistência (SINGER, 2002, p. 25).

Tal proposta multiplicou-se pelo mundo, transformando o cooperativismo em um “modo de produção alternativo ao capitalismo” (idem, p. 33). Assim sendo, uma famosa cooperativa têxtil surgiu no norte da Inglaterra, em 1844, a *Rochdale Society of Equitable Pioneers* (Sociedade dos Probos Pioneiros de Rochdale), com a adoção de uma série de princípios que permanece até hoje, a saber: organizações voluntárias e abertas a todas as pessoas, sem discriminação de sexo, raça, política e religião; gestão democrática; contribuição para o capital da cooperativa por parte dos cooperados; participantes autônomos e independentes; promoção da educação e da formação dos cooperados; autossustentabilidade.

No Brasil, o primeiro movimento de cooperativa ocorreu em 1889, na cidade de Ouro Preto/MG. Era uma cooperativa de consumo organizada por funcionários públicos, militares, profissionais liberais e operadores, com a finalidade de suprir as próprias necessidades.

No começo do século XX, em 1902, surge a primeira cooperativa de crédito, no Rio Grande do Sul; em 1906, a cooperativa agropecuária em Minas Gerais e outra também no sul do país, com os imigrantes alemães e italianos, conhecedores do sistema de cooperativa europeu.

Cria-se, em 1969, a Organização das Cooperativas Brasileiras (OCB), com o objetivo primeiro de defender os interesses do cooperativismo nacional. Nos anos 70, a Lei 5.764/71 definiu a política nacional sobre o assunto, limitando a autonomia dos cooperados. Contudo, a Constituição Brasileira de 1988 proibiu a interferência do Estado, dando às cooperativas o poder de autogestão.

A crise social e econômica no Brasil (décadas de 1980 e 1990) provocou aumento do desemprego, abrindo espaço para uma economia solidária e, em consequência, para a consolidação e o aumento desse tipo de empreendedorismo autossustentável e de autogestão. As principais são: Cooperativas de Produção Agropecuária, Cooperativas de Prestação de Serviços e Cooperativas de Crédito.

Neste mesmo período surgem também as Incubadoras Tecnológicas de Cooperativas Populares (ITCPs). As ITCPs são formadas por professores e alunos de Universidades Brasileiras, para atender “grupos comunitários que desejam trabalhar e produzir em conjunto, dando-lhes formação em cooperativismo e economia solidária e apoio técnico, logístico e jurídico para que possam viabilizar seus empreendimentos autogestionários” (idem, p. 123).

Em 1996, a ITCP aproxima-se do campo da saúde mental a partir da parceria com uma das primeiras cooperativas do Brasil, a Cooperativa da Praia Vermelha, no Rio de Janeiro. A parceria possibilitou o curso profissional acerca do tema para os usuários, familiares e profissionais. Finalizando o curso, a Incubadora permaneceu dando assessoria na parte contábil e na legalização da Cooperativa.

A partir daí, houve uma reviravolta inesperada: após várias reuniões, os participantes dessa cooperativa decidiram não investir na sua legalização, pois os usuários que recebiam benefícios do INSS teriam de abrir mão deste benefício para ser cooperativado, provocando uma série de questões: como trocar o certo pelo duvidoso ou por um rendimento menor? Como fazer a cooperativa ser rentável para todos? E assim sucessivamente. Sem garantias, o grupo decidiu não legalizar o empreendimento.

Ao cumprir o Programa de Governo Fome Zero, o presidente do Brasil Luiz Inácio Lula da Silva, do Partido dos Trabalhadores, criou em 2003 a Secretaria Nacional de Economia Solidária (SENAES) integrada ao Ministério de Trabalho e Emprego. Tendo o economista Paul Singer como primeiro secretário da SENAES. “O objetivo da SENAES era precisamente ajudar os trabalhadores sem trabalho a se organizar em cooperativas, obviamente autênticas” (SINGER, 2014, p. 56)

Em 2004, começa o diálogo entre a SENAES e a Coordenação Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde. A proposta principal era a elaboração de políticas públicas para inserção social dos usuários através do trabalho cooperativo.

Nesse período, foi realizada a primeira ‘Oficina de Geração de Renda e Trabalho de Usuários de Serviços de Saúde Mental’, em Brasília/DF, com a participação de profissionais, usuários e familiares, entre outras entidades. Na Oficina, Pedro Gabriel Delgado – na época, o Coordenador Nacional de Saúde Mental –, sinalizou:

O componente da antiga reabilitação pelo trabalho no marco asilar vai sendo aos poucos integralmente substituído pelas novas exigências de compreensão que a vida diária com o mercado capitalista e com a sociedade excludente impõem. Portanto, o marco referencial da Economia Solidária de certa forma propicia um caminho mais promissor para os embates práticos e teóricos desse novo campo no mundo da reforma psiquiátrica (DELGADO, 2005, p. 9).

Ainda neste encontro, Paul Singer destaca uma fala do Pedro Gabriel: “a economia solidária e o movimento antimanicomial nascem da mesma matriz – a luta contra a exclusão social e econômica” (SINGER, 2005, p. 11).

Singer define bem o sentido da economia solidária

É a resposta organizada à exclusão pelo mercado, por parte dos que não querem uma sociedade movida pela competição, da qual surgem incessantemente vitoriosos e derrotados. É antes de qualquer coisa uma opção ética, política e ideológica, que se torna prática quando os optantes encontram os de fato excluídos e juntos constroem empreendimentos produtivos, redes de trocas, instituições financeiras, escolas, entidades representativas, etc., que apontam para uma sociedade marcada pela solidariedade, da qual ninguém é excluído contra vontade (idem, p. 11).

Em 2005, através da Portaria 353/2005 (Anexo 3), foi constituído o Grupo de Trabalho Interministerial de Saúde Mental e Economia Solidária. Tal Portaria visa a estabelecer algumas propostas, dentre as quais destacam-se:

IV - propor mecanismos de apoio financeiro para as experiências de geração de renda e trabalho;

V - propor atividades de formação, capacitação e produção de conhecimento na interface saúde mental e economia solidária, bem como do marco jurídico adequado;

VI - estabelecer condições para a criação de uma Rede Brasileira de Saúde Mental e Economia Solidária (BRASIL, Ministério da Saúde, Portaria 353/2005).

Em relação ao apoio financeiro para as experiências de geração de renda, a Portaria nº. 1.169/GM, de 7 de julho de 2005, determina que a esfera federal “destina incentivo financeiro para municípios que desenvolvam projetos de Inclusão Social pelo Trabalho destinados as pessoas portadoras de transtornos mentais e/ou de transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas” (BRASIL, Ministério da Saúde, Portaria nº. 1.169/GM, de 07/07/2005).

No item da Portaria 353/2005 que se refere à formação, a ITCP da Universidade Federal do Rio de Janeiro assina o convênio com a Coordenação Nacional de Saúde Mental, assumindo o compromisso de capacitar e qualificar as oficinas, de todo território brasileiro, de geração de trabalho e renda, objetivando empoderar os participantes nos empreendimentos solidários.

Leis, Portarias, Conferências de Saúde Mental e de Economia Solidária, proporcionam a garantia da inserção social através do trabalho, o que não significa que, a par de todo o aparato legislativo, ainda haja diversas dificuldades com estigma da loucura, em especial. Mesmo reconhecendo que tais dificuldades emergem de diferentes esferas (o transtorno em si, a exclusão social, o ritmo laboral diferente do padrão, dentre outras), é preciso investir numa saída pela articulação sistemática “das redes de saúde e de economia solidária com os recursos disponíveis no território para garantir a melhoria das condições concretas de vida, ampliação

da autonomia, contratualidade e inclusão social de usuários da rede e seus familiares” (BRASIL, Ministério da Saúde, Portaria nº 3.088, de 23/12/2011).

Para concluir, o Programa “Bolsa de Trabalho” está suspenso. O secretário da SETRAB mudou, e o colegiado do NUSAMT ficou um período sem uma referência para continuar as negociações com as empresas. Devido as questões burocráticas no município do Rio de Janeiro, os projetos de geração de renda não tiveram mais acesso ao apoio financeiro do Ministério da Saúde. Em relação aos empreendimentos solidários, eles continuam em andamento, mas com dificuldades de sustentação devido à crise econômica do Estado e do País, em geral. Diante desse cenário, recentemente, em maio de 2018, foi lançado o guia denominado “Dá para fazer! Guia Prático de Economia Solidária e Saúde Mental”, no I Encontro de Geração de Trabalho e Renda, Cultura e Saúde Mental, ocasião em que se acentuou a premência de sustentar um fórum permanente para fomentar as políticas públicas na área.

3 ARTE, HORTA & CIA - PROGRAMA DE GERAÇÃO DE TRABALHO E RENDA DO MUSEU BISPO DO ROSÁRIO ARTE CONTEMPORÂNEA

A atividade profissional constitui fonte de satisfação especial, se for livremente escolhida.

(Sigmund Freud)

Pretendo, neste capítulo, descrever o contexto em que surgiu o Arte, Horta & cia – Programa de Geração de Trabalho e Renda, do qual venho acompanhando toda a sua evolução, com regularidade, há dezesseis anos. Para isso, impõe-se a narração histórica do Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira (IMASJM) onde o Programa está instalado, incluindo as mudanças nos serviços, principalmente de ações de ordem cultural.

3.1 ANTIGA COLÔNIA DOS PSICOPATAS HOMENS DE JACAREPAGUÁ

Ao longo dos 94 anos de existência, a antiga Colônia dos Psicopatas Homens de Jacarepaguá passou por diversas modificações estruturais, quer no nível da política institucional, quer no modelo assistencial, estendidas até os dias atuais, o que aponta para um progresso significativo na vida dos usuários.

As terras destinadas para a Colônia pertenciam à grande fazenda Engenho Novo da Taquara, sendo desapropriada em 1912 pelo Governo Federal, especificamente para abrigar a instituição psiquiátrica. Obras foram realizadas para adaptar o espaço aos futuros internos. Somente em 1924, a Colônia foi inaugurada com objetivo de resolver a questão da superlotação das antigas Colônias de alienados São Bento e Conde de Mesquita, ambas localizadas na Ilha do Governador, na cidade do Rio de Janeiro.

Na década de 30, a área de atuação da Colônia foi expandida para receber pacientes crônicos do Hospício da Praia Vermelha. Também nessa década foram implantados dois pavilhões para abrigar pacientes femininos. A partir de então, em 1935, a instituição teve nome modificado para Colônia Juliano Moreira (CJM), extinguindo um local que era apenas para homens. Ao final da década de 40, a Colônia chegou a ter 3.000 pacientes, número que foi aumentando gradativamente (SCHMIDT, 1992, p. 57).

Naquele período, acreditava-se que o louco precisava ficar isolado, no lugar onde a natureza estivesse presente, a fim de facilitar a construção de colônias agrícolas (horta,

jardinagem, capina); com isso, a praxiterapia poderia ser instalada, isto é, uma técnica terapêutica através do trabalho. Segundo Costa e Gonçalves,

A escolha dessa terapêutica obedecia a recomendações introduzidas no Brasil por Franco da Rocha, a partir de decisões estabelecidas no Congresso Internacional de Paris, de 1889, em que se indicava: ‘Estabelecerem-se colônias agrícolas anexas aos asilos; adotar-se o sistema de asilos médicos-agrícolas compostos de um asilo central, cercado de grandes áreas destinadas ao trabalho agrícola’ (COSTA; GONÇALVES, 2015, p. 66).

As colônias agrícolas foram criadas como espaços de reabilitação pelo trabalho – atividade tão presente na CJM que, no portão de entrada, foi fixada a frase *Práxis Omnia Vincit* (o trabalho sempre vence), numa forma de usar o trabalho como fonte de recuperação para o doente mental.

Além das atividades agrícolas, a Colônia Juliano Moreira adotou o modelo assistencial heterofamiliar, isto é, nas terras da instituição foram construídas, com fins de “fator moralizante”, casas para os funcionários casados (idem, p. 68), onde os pacientes eram recebidos como mais um membro da família. Funcionava assim: a família recebia o paciente para executar tarefas domésticas e, em troca, ele mantinha uma relação social com a família, estimulando o convívio e, em consequência, uma alternativa voltada ao estímulo terapêutico. Venâncio e Delgado (1989) explicam o contexto:

No Brasil, o surgimento do modelo de assistência heterofamiliar articula-se ao próprio período de transformação do saber psiquiátrico, no início do século XX, quando se procurava a construção de outros sistemas assistenciais que dessem conta dos problemas trazidos pelo hospício do fim do século passado, já obsoleto e inchado. Nesse sentido, mais importante que a reforma do hospício, era a possibilidade de construção das colônias de alienados, tal como a encontramos no discurso psiquiátrico então pioneiro, pautado no princípio da máxima liberdade proporcionada pelo trabalho ao ar livre e pelo tratamento heterofamiliar (VENÂNCIO; DELGADO, 1989, p. 7).

Nesse sentido, esses dois modelos de assistência ganham força no início do século XX. Em 1906, já dizia o médico Juliano Moreira:

Convido a pensar no futuro, quando o aumento de doentes for tal que comece a ser por demais oneroso ao Estado, terão os poderes públicos de recorrer à assistência familiar dos insanos suscetíveis dela. E, então, dadas as nossas condições sociais, somente nas proximidades de uma colônia será possível efetuar aquele progresso (MOREIRA, 1906 apud COSTA; GONÇALVES, 2015, p. 68).

Temos também, o primeiro diretor da Colônia, Sr. Rodrigues Caldas, que sinalizava a importante articulação entre a instituição e a comunidade do entorno, de modo a facilitar a integração dos pacientes com as famílias dos funcionários existentes na vizinhança (COSTA; GONÇALVES, 2015).

A CJM transformou-se ao longo do tempo: no início de 1950, por exemplo, foi reconhecida como hospital-colônia, tendo sua expansão permitido a construção de unidade de tratamento para tuberculose, conhecida como Pavilhão de Tisiologia. Acrescentem-se ainda a Clínica Cirúrgica Egaz Muniz (destinada às intervenções de lobotomia), os pavilhões para adolescentes e para alcoolistas e um centro esportivo. Mantiveram-se o trabalho agrícola e assistência heterofamiliar como parte do tratamento terapêutico dos pacientes (VENÂNCIO, 2011, p. 47).

Naquele período, a praxiterapia fortaleceu-se, ganhando incentivo financeiro do Ministério da Educação e Saúde para implantar novas atividades no manicômio. Além das atividades laborais como agricultura, havia também atividades recreativas e artísticas. Araújo sinaliza, na sua pesquisa de mestrado, que os Boletins da Colônia publicavam “uma variedade de resenhas, resumos e artigos que demonstram o interesse de médicos pelas artes plásticas, pela música, pela literatura, etc.” (ARAÚJO, 2016, p. 39). Também era observada a ressocialização dos pacientes pela arteterapia, que fazia parte da seção de praxiterapia. Tais ações foram perdendo forças a partir do final da década de 1970, quando surgiram reflexões e críticas sobre o modelo asilar no País.

A partir da década de 1980, segundo Schmidt (1992), os profissionais da CJM promoveram um trabalho democrático, incluindo os usuários e os familiares, para construir juntos uma nova política institucional para aquele lugar. Sendo assim, os usuários participavam das assembleias gerais dos profissionais, das eleições para escolha da direção da instituição, de comissões que manifestavam a hierarquia do Ministério da Saúde e também dos concursos internos para funcionários.

Em 1982, alguns profissionais elaboraram um documento institucional, denominado ‘Programa de Ressocialização da Colônia Juliano Moreira’ (PRCJM), que tinha a seguinte proposta inicial de mudanças no manicômio: “(...) quebra dos quarto-fortes, com a desativação do eletrochoque, com a tentativa de descaracterizar os atendentes como ‘guardas’, com a devolução da voz aos internos, e uma nova proposta terapêutica” (PRCJM, 1982).

O PRCJM também propunha a ressocialização dos pacientes por meio da Bolsa de Trabalho, também conhecida como Bolsa Etapa. Tal proposta surgiu devido à reivindicação

dos pacientes que realizavam atividades como faxina, capina, cozinha e não eram remunerados pela instituição ou recebiam uma espécie de “troca de favores” ou “acordo” com os funcionários, que, muitas vezes, os recompensavam com cigarros ou um copo de café como forma de pagamento. Segundo o documento do PRCJM, a relação estabelecida entre os funcionários e os usuários “sempre foram determinadas pela dominação-submissão, moldadas pelo servilismo” (PRCJM, 1982), revelando o estabelecimento de uma relação cronificada. Portanto, tornou-se importante intervir e propor uma reorganização das tarefas de trabalho, as quais ficassem permeadas por um contrato onde se deixava claro para o paciente o serviço a ser executado, o valor da remuneração, a carga horária de 6 horas por dia ou 36 horas semanais, com direito a um dia de folga por semana.

A clientela incluída na Bolsa era definida pelo PRCJM como “todos os pacientes que exerçam atividade regular na manutenção dos núcleos, e que manifestem interesse em participar. Essa população inicial é constituída por cerca de 400 pacientes” (PRCJM, 1982, p. 3).

Uma das atividades dos pacientes que recebiam a bolsa era participar de reuniões para discutirem questões referentes ao trabalho, por exemplo a remuneração, a licença médica, a inclusão de novos pacientes no PRCJM. Enfim, são espaços democráticos que dava voz aos pacientes, que durante anos foram silenciadas.

O valor da bolsa era de acordo com as tarefas executadas, as quais estavam classificadas em três níveis: o primeiro referia-se às pequenas atividades desempenhadas pelos pacientes, como varrer o pátio do núcleo onde morava; o nível dois compreendia a realização de trabalhos fora do núcleo, mas dentro da Colônia; o terceiro era indicado para os pacientes em processo de saída para residência terapêutica e que “exercessem trabalhos com vínculo empregatício, não necessitando de uma ‘intermediação do monitor que protegesse o trabalho executado” (CAMARINHA apud FONSECA, 2005, p. 34). O pagamento era feito na própria instituição e o dinheiro ficava guardado no cofre da administração da CJM.

O objetivo da Bolsa era possibilitar os direitos de cidadania dos pacientes e promover sua independência institucional, assim, o paciente sai da posição de passivo para torna-se ativo na vida. Outro dado importante diz respeito ao fato de que o PRCJM era exclusivo para os pacientes moradores que recebiam alta dos núcleos da CJM. Contudo, acontecia de alguns dentre eles não receberem alta e continuarem a ter direito à bolsa, mesmo não trabalhando mais devido à idade ou a problemas de saúde. Nesses casos, a bolsa tornou-se um benefício

assistencial. Atualmente, essa bolsa chama-se “Bolsa de Apoio à Ressocialização”, e o pagamento é feito através de depósito bancário na conta de cada paciente.

Municipalização da Colônia

Vale a pena ressaltar quais unidades eram subordinadas à direção geral da Colônia: Núcleos (internação de longa permanência); Bloco Médico Álvaro Ramos (emergência clínica para os internos e moradores do entorno); Centro de Reabilitação Viana do Castelo (local onde a comunidade e os pacientes realizavam fisioterapia); Hospital Jurandir Manfredini (HJM) – implantado em 1981, como porta de entrada da emergência psiquiátrica, internação e ambulatório; Museu Nise da Silveira; Espaço Horto, destinado para o projeto de geração de trabalho e renda.

Em 1996, iniciou-se o processo de premunicipalização da Colônia por meio do Convênio nº 031/96-1, de 24/06/1996, entre o Ministério da Saúde e a Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro (Brasil, Ministério da Saúde, 2001). Com a municipalização, a Colônia passou a ser denominada Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira (IMASJM).

Alguns serviços foram extintos e novos dispositivos de inserção social surgiram, mantendo sob a direção do IMASJM seis núcleos; o Centro de Reabilitação de Integração Social (CRIS) – local de passagem para os pacientes em processo de desinstitucionalização, com ida prevista para a Residência Terapêutica; o Atelier Gaia – espaço terapêutico de pintura; o Clube de Lazer – destinado aos pacientes dos núcleos e do CRIS; o Museu Nise da Silveira; o Horto – espaço de geração de renda. Com passar dos anos, o processo de desinstitucionalização avançou no IMASJM e ocorreram fechamento de três núcleos e o CRIS.

Transformações também ocorreram no Hospital Municipal Jurandir Manfredini (HMJM), sendo a principal delas a transferência, a partir de 2012, da emergência que passou a ser no Hospital Municipal Lourenço Jorge, na Barra da Tijuca. Atualmente, o HMJM é referência para internação de curta e média permanência na área da zona oeste.

Outras medidas foram fundamentais nos projetos de inserção social, como a geração de renda, lazer e atelier. O Museu Nise da Silveira também acompanhou a significativa metamorfose dentro do IMASJM e também do território onde está localizado.

Neste ponto, vale a pena mencionar que as estruturas físicas do antigo manicômio foram reaproveitadas, dando lugar aos seguintes serviços substitutivos: Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS) Arthur Bispo do Rosário; CAPS Infantojuvenil Elisa Santa Roza;

CAPS Álcool e outras drogas Antonio Carlos Mussum; Unidade de Acolhimento Cacildis; e o mais recente CAPS II Manoel de Barros.

3.2 MUSEU BISPO DO ROSÁRIO ARTE CONTEMPORÂNEA

Os doentes mentais são como beija-flores,
nunca pousam, ficam a 2 metros do chão.

(Arthur Bispo do Rosário)

Figura 01: Logomarca do Museu Bispo do Rosário Arte Contemporânea.



(Acervo do Museu)

A partir da década de 1950, na CJM, as atividades artísticas foram alavancadas, e uma larga produção de pintura expandiu-se pelos cantos das salas. Em 1952, foi criado um setor para abrigar a produção dos ateliês de arteterapia, que recebeu o nome de Egaz Muniz, em homenagem ao médico português criador da técnica de lobotomia.

Somente na década de 1980, segundo Araújo (2016), artista plástica Maria Amélia Mattei, funcionária da CJM, foi tomada de grande surpresa ao deparar com uma sala cheia de telas, esculturas, panos de pratos pintados – todos os objetos haviam sido confeccionados pelos usuários. Na entrevista realizada por Araújo, Mattei afirma que algumas peças artesanais foram

vendidas na feira do bairro próximo e o dinheiro foi entregue aos usuários, mas as telas foram preservadas. Diante de tantas obras de artes produzidas e ali depositadas desde a década de 1950, Mattei decidiu organizá-las nos moldes de Museu, dando o nome de Nise da Silveira, numa homenagem à psiquiatra revolucionária que introduziu um novo olhar para os cuidados dos usuários através da arte no antigo Hospital Pedro II. A inauguração do Museu Nise da Silveira deu-se em 19 de dezembro de 1982 (ARAÚJO, 2016).

No contexto de produção artística, destaca-se Arthur Bispo do Rosário, paciente esquizofrênico que ficou internado na Colônia por 49 anos. Bispo ouvia vozes que lhe diziam para reconstruir o mundo e apresentá-lo a Deus. Desde então, começou uma extensa produção desfiando o uniforme azul e bordando sua trajetória de vida nos lençóis do manicômio. Mas ele não parou por aí: fomentou continuidade à produção, incluindo outros objetos (talheres, latas, sapatos, roupas, entre outros).

Bispo simplesmente rompeu com a lógica de que o manicômio era um lugar de “troca zero” (BASAGLIA, 1985), pois, para confeccionar suas peças, acionou uma vasta rede de relações que incluía funcionários, pacientes e seus familiares, visitantes em geral, os quais possibilitavam as trocas de objetos. Também recolhia refugo que encontrava pelas ruas e ressignificou os objetos do cotidiano. Bispo não se colocou “a serviço da lógica manicomial, mas a serviço da sua lógica: a de servir as vozes, para, de acordo com elas, reconstruir o mundo para apresentá-lo a Deus” (FADISTA; ARAÚJO, 2004, p. 138).

Segundo Hidalgo, “Bispo encarava a reconstrução do mundo como um trabalho. Aliava o dom de artesão ao esforço diário, descansava carregando pedra, batia ponto na cela transformada em ateliê” (HIDALGO, 1996, p. 54). Na medida em que a sua produção crescia, ele foi ocupando as dez celas do antigo pavilhão Ulisses Viana com suas obras.

Em 1982, houve a denúncia da precariedade da assistência psiquiátrica no Brasil. Diante das denúncias, o jornalista Samuel Wainer Filho realizou, pela primeira vez, uma matéria divulgando a situação desumana da Colônia Juliano Moreira. A matéria foi exibida no programa “Fantástico”, da emissora TV Globo. Foi nessa matéria que Bispo deu uma entrevista e suas obras foram expostas pela primeira vez para o público. Desde então, esse artista genial foi reconhecido em sua dimensão, com a ressalva de que este não era o seu objetivo. Sua primeira exposição foi em 1982, no Museu de Arte Moderna do Rio de Janeiro, com a curadoria de Frederico Moraes, tendo auxílio de Hugo Denizart e Maria Amélia Mattei. Em 1989, Bispo morreu em decorrência de infarto do miocárdio, arteriosclerose e broncopneumonia.

Após a sua morte, o Museu Nise da Silveira passou a abrigar sua extensa obra, um pouco mais de 800 peças. Diante da nova responsabilidade sobre essa obra singular, a partir de 2000, onze anos após sua morte, o IMASJM decide pela mudança do nome para Museu Bispo do Rosário, como forma de homenagear o principal artista de seu acervo. Em 2002, o Museu passou por mais uma mudança no nome, agora com a adoção do título Museu Bispo do Rosário Arte Contemporânea (mBrac).

Em 2013, iniciou-se uma nova gestão do Museu, seguida da ampliação de suas ações no território para inserir-se na rede de cuidados da saúde mental. Essa rede vai sendo tecida por meio dos agenciamentos entre os serviços de saúde, a comunidade, a família, o próprio usuário – novas formas de assistência começam a ser construídas no cotidiano, considerando uma articulação entre os atores envolvidos, ou seja, “as ações de cuidado passam a acontecer onde o sujeito vive”, (LEAL; DELGADO, 2007, p. 144).

Com a reformulação do mBrac, novas discussões surgem sobre a estruturação das práticas de cultura e geração de renda desenvolvidas pelo IMASJM. Se antes elas aconteciam de forma isolada e pouco integradas, foi preciso criar uma estratégia de imprimir mais potências a essas práticas. O Programa de Lazer (atividades culturais), o Programa de Geração de Renda (oficinas e serviços que geram renda) e o Atelier Gaia (espaço de produção de obras de artes) são transferidos para um prédio comum, designado Polo Experimental de Convivência, Educação e Cultura, e ficam subordinados ao mBrac para terem o mesmo direcionamento de trabalho. Algumas resistências aconteceram, mas, desde o início de 2015, o mBrac passa a funcionar como “um grande guarda-chuva” para abrigar todas as ações culturais e de geração de renda do IMASJM. As ações são abertas aos usuários, familiares, profissionais e a comunidade do entorno.

Atualmente, o espaço físico do mBrac é composto por quatro galerias de arte, duas reservas técnicas, dois auditórios, um anfiteatro e o prédio anexo do Polo Experimental. A equipe é composta pela direção, curadoria, museologia, gerências de saúde e educação, produtores culturais, oficinheiros e prestadores de serviços.

O mBrac é composto por três eixos fundamentais de ação: Programa de Conservação e Preservação do Acervo, Programa de Exposições e o Programa Escola Livre de Artes (ELA), que integra arte, cuidado e educação.

3.2.1 Escola Livre de Artes (ELA)

A Escola Livre de Artes (ELA) era responsável por alguns cursos livres que aconteciam no Museu, mas, a partir de 2017, a ELA ampliou-se para tornar-se um dos eixos do mBrac, assumindo um formato transdisciplinar, integrando arte, educação e cuidado em todas as suas ações e programas. Possui uma coordenação compartilhada entre as gerências de saúde e de educação. Os objetivos gerais do ELA estão assim definidos:

A ampliação do acesso à arte, o desenvolvimento de plataformas de formação continuada, a promoção da criação e do intercâmbio artístico e cultural, a promoção da saúde, a inserção social para usuários do sistema de saúde mental através de ações de lazer e convivência e do programa geração de trabalho e renda (PLANO ELA, 2017).

As ações ali consolidadas são diversificadas e compostas por seções bem definidas: visitas mediadas às exposições, formação de mediadores, Casa B – Residência Artística, Atelier Gaia, Oficinas, Programa Cultural e Lazer, Programa de Geração de Trabalho e Renda.

A Escola também promove a formação de mediadores todas as vezes que uma nova exposição será aberta. Para isso, é lançado um chamado nas redes sociais, e os interessados (usuários e comunidade) realizam a inscrição para a participarem da formação. Logo depois, ocorre a seleção dos mediadores a serem contratados pelo mBrac. A formação de mediadores instrumentaliza profissionais para desenvolverem metodologias educacionais específicas aos espaços não formais, mas também, para atuarem na intersecção entre arte, educação e cuidado, através de abordagens e estratégias que priorizam a reflexão e o diálogo.

Casa B – Residência artística

A Casa B – Residência Artística é uma moradia temporária de artistas visitantes que desejam promover a interlocução com os usuários, a comunidade e os profissionais. Ao ser incorporada na ELA, a Casa B passa a ser um programa intensivo de formação de artistas, curadores, pesquisadores e educadores, interagindo aos demais programas da ELA. Possui a característica de estar permanentemente aberta à submissão de projetos.

Como exemplo, vale sublinhar, resumidamente, a experiência de um artista que escolheu realizar sua residência dentro do Hospital Municipal Jurandir Manfredini (HMJM), no final de 2016. Seu objetivo era realizar o projeto sobre as performances não apresentadas ao

público. Ele ficou vinte dias dentro do manicômio, imerso nessa experiência, passando Natal e Ano Novo com os usuários, sem contato telefônico, sequer com os familiares, sem internet nem comunicação com seu meio social.

Sem conhecer o HMJM, mas com muito desejo de vivenciar a experiência e compartilhar com os usuários e profissionais algo que fizesse a diferença naquele espaço, ele optou por adentrar o local e viu-se defronte às misérias do manicômio: lugar onde tem horário e tempo cronometrado para as refeições e para dormir, onde o usuário é ignorado pelos profissionais, com a desculpa de que certo comportamento é “normal, é assim mesmo”.

O artista permitiu-se romper os estereótipos e fez o seguinte relato:

Tem um autista internado, ele é grande. Os profissionais não se aproximam dele. Ele tinha algo com a mão, ficava olhando o tempo todo para mão. Um dia eu resolvi tocar na sua mão, de um jeito suave com as pontas dos meus dedos. A partir daquele dia, toda vez que eu me aproximava ele esticava a mão para que eu a tocasse (Fonte: arquivos do mBrac, 2016).

Nesse caso em particular, pode-se dizer que o artista produziu algo que fizesse sentido para o autista. Tykanori sinaliza que é preciso criarem condições para o processo de trocas sociais no manicômio.

Produzir dispositivos em que, desde uma situação de desvalor quase absoluto (pressuposto), possa-se passar por experimentações, mediações, que busquem adjudicar valores aptos para o intercâmbio. Ou seja, modificar o pressuposto de desvalor natural para um pressuposto de valor possível, proposto (explícito) (TYKANORI, 1996, p. 56).

É preciso desconstruir o que não produz valor, como o discurso “é normal, é assim mesmo” – forma que paralisa e institucionaliza o próprio profissional que, por ora, tem dificuldades de realizar pequenos gestos. Na verdade, o artista ensina que basta estar disponível para que alguma troca aconteça.

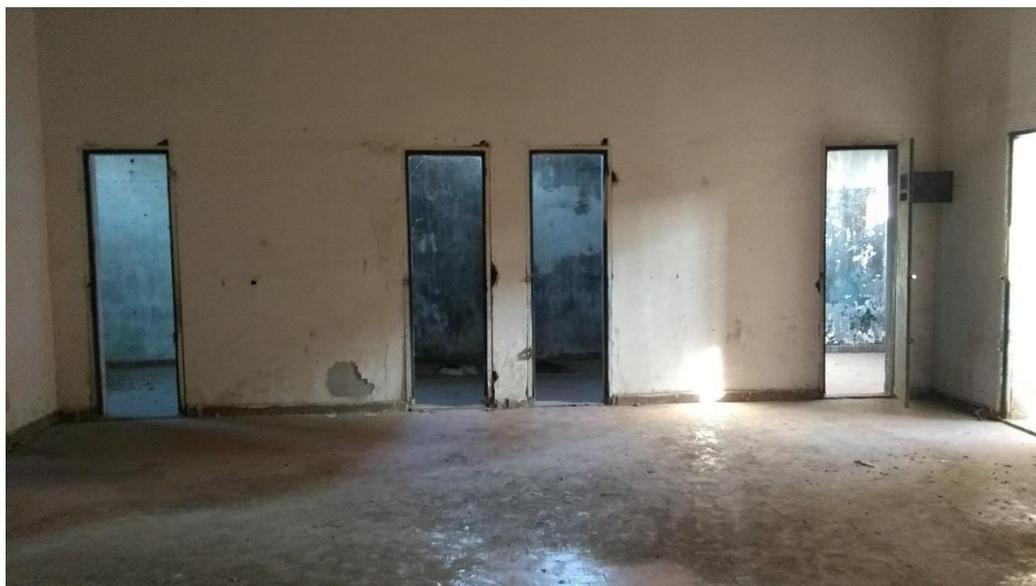
A Residência Artística provoca uma imersão no desconhecido, busca algo inovador tanto para o artista como para o público participante.

Atelier Gaia

O Atelier Gaia, durante muito tempo, foi conhecido como espaço terapêutico de pintura. Atualmente, por enfatizar a produção artística, seu foco recai no desenvolvimento da

criatividade e no estímulo à autonomia e à construção da visão do que é ser artista para cada um. Hoje, esses usuários são considerados artistas do mBrac, mas, por longa data, ficaram comprometidos pelos efeitos do manicômio. O Atelier funciona como forma de restabelecer a convivência, a produção e o pensamento da arte como ferramenta estética para capacitação, criando, inclusive, abertura no mercado da arte e reinventando o lugar da loucura como lugar de potencial criativo.

Figura 02: Cella do Bispo do Rosário.



(Acervo pessoal)

Artista do mBrac, Arlindo foi deixado na instituição psiquiátrica ainda criança, sofrendo as marcas do abandono. Os anos em que viveu no manicômio provocou-lhe uma postura isolada e desconfiada, principalmente com os vigilantes. Ele viveu com Bispo do Rosário no Núcleo Ulysses Viana, e a sua produção assemelha-se à do Bispo quanto ao reaproveitamento dos objetos. De forma compulsiva, produz objetos que remetem ao universo infantil, mas com marcas de violência expressas nos seus carrinhos do Bope, nos cemitérios, entre outros. Um dos questionamentos de Arlindo é sobre o reconhecimento do Bispo em detrimento dos demais. Ele diz para os profissionais do mBrac: “Para vocês tudo é Bispo, a gente só tem valor quando morre”. Em seguida, afirma que ele sabe muito bem como Bispo fazia, pois vivenciou tudo no mesmo espaço que ele.

Arlindo decidiu produzir um discurso próprio, onde mescla as experiências vividas por Bispo com sua própria vivência no manicômio. Dessa forma, em agosto de 2017, ele sugeriu realizar uma performance na cela do Bispo. A performance foi uma reelaboração, através de

uma expressão artística, do cotidiano do Bispo, ao mesmo tempo em que revelou também que não quer mais viver esse sofrimento. Enfim, ele conseguiu expor para sociedade uma história que jamais poderá ser esquecida para que nunca mais seja repetida.

Programa de Lazer

São ações culturais realizadas dentro e fora da estrutura física da unidade, permitindo uma maior integração com a comunidade e outros serviços de saúde, tais como: aulas de alongamento, pilates, dança, aulas de instrumentos musicais e canto. Temos também a Rádio Delírio Cultural, a Banda 762 e o Bloco de Carnaval Império Colonial, além das festas, passeios e viagens. Tais atividades vêm reforçar a crença na transformação social dos participantes na medida vão se apropriando dos espaços culturais existentes na Cidade e fortalecendo o direito ao lazer.

3.3 ARTE, HORTA & CIA – PROGRAMA DE GERAÇÃO DE TRABALHO E RENDA

As três fotos abaixo iniciam esta parte do trabalho por refletirem os produtos realizados nas oficinas de mosaico, culinária e o Bistrô Bispo.

Figura 03: Porta Retrato de Mosaico.



(Acervo pessoal)

Figura 04: *Coffee break* organizado pelo grupo da Oficina Culinária.



(Acervo pessoal)

Figura 05: Bistrô Bispo.



(Acervo pessoal)

Em fevereiro de 2002, a direção do IMASJM articulou com o CAPS Arthur Bispo do Rosário a implantação do Programa de Geração de Trabalho e Renda (PGTR). Importante ressaltar que no CAPS já havia oficinas de geração de renda de bordado, velas, pintura em tecido, bijuteria, livraria.

A proposta inicial era capacitar os profissionais e usuários que participavam das oficinas terapêuticas existentes nos núcleos, viabilizando uma produção de qualidade cujo foco estaria na geração de renda para os usuários. Tal desafio pautava-se, em especial, na proposta de transformar a lógica manicomial imposta nas oficinas existentes nos núcleos (espaço de moradia/internação de longa permanência), no espaço Horto e no Hospital Municipal Jurandir Manfredini.

Destinado à geração de renda, o espaço Horto foi cedido pelo IMAS para ser a sede do Programa de Geração de Trabalho e Renda do CAPS Bispo do Rosário. A equipe programou-se para inaugurar o Programa no dia 1/03/2002. Chegando no espaço Horto, deparou-se com uma grande área verde exclusiva para plantação de verduras, legumes, hortaliças, frutas, cana-de-açúcar e plantas ornamentais. Encontrou, igualmente, a oficina de bordado e culinária que produzia biscoitos amanteigados e frutas secas, além de promover almoços uma vez por mês. Importante destacar que o prato principal dos almoços era doado por restaurantes da região. Aos poucos, os integrantes da equipe apropriaram-se do trabalho já existente no Horto e também das oficinas dos núcleos. A vizinhança que compunha o cenário são: a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) – unidade Colônia, a sede do Parque Estadual da Pedra Branca e a comunidade do entorno.

A equipe era composta por quatro prestadores de serviços gerais – todos trabalhavam nas oficinas da horta e da jardinagem, mais três servidores da manutenção e dois técnicos de enfermagem. Servidores públicos também compunham a equipe do Horto, a saber: um psiquiatra (coordenador), um assistente social, um administrador e um motorista. Alguns profissionais não aceitaram a nova proposta de trabalho e saíram do Horto.

Muitas reuniões foram necessárias com a equipe, os usuários e familiares; com os profissionais dos núcleos; assembleia geral; reunião com cada oficina. Discutíamos a convivência, as condições de trabalho e como aumentar a renda.

Um exemplo significativo chamou atenção desde do início das reuniões do grupo da horta: todo dia pela manhã um usuário caminhava pela comunidade do entorno com carrinho de mão carregado de verduras e legumes. Conseguia vender tudo, deixando todos felizes. Questões importantes começaram a ser trabalhadas com o grupo, como: era um produto de qualidade, orgânico, tinha outro tempo para ser colhido e por isso não podia ser vendido a “preço de banana”, nem a própria banana. Não deveria ter um preço abaixo do mercado. Muitas resistências surgiram. Foi preciso muitas conversas para que o oficinheiro, os usuários e familiares compreendessem que aquele espaço, não era somente terapêutico, um passatempo,

mas também, havia uma lógica de economia solidária, sendo possível gerar mais renda para todos. Depois de muitas discussões, o grupo compreendeu e um novo diálogo começou com a comunidade, era preciso transmitir o valor real do produto e sua importância. Teve resistência de algumas pessoas da comunidade, mas com tempo foram aceitando a lógica de uma economia justa para todos.

Nas assembleias eram discutidos vários assuntos de interesse de todos, inclusive o nome a ser dado ao Programa. Surgiram muitas propostas, e o coletivo decidiu por “Arte, Horta & Cia – Programa de Geração de Trabalho e Renda do CAPS Bispo do Rosário”.

Em meados de 2002, fomos em busca de parceria com o SEBRAE, que nos encaminhou o grupo para a Organização não Governamental (ONG) Instituto Rio, cuja proposta era apoiar e fortalecer iniciativas que promovessem o desenvolvimento comunitário da zona oeste do município do Rio de Janeiro. Desde então, foram planejados e escritos projetos para participar dos editais da Ong. São editais que apoiam projetos voltados para ações no campo da arte e cultura; geração de renda; esporte e saúde; raça e gênero; protagonismo jovem; tecnologias sociais; direitos humanos, justiça social e cidadania, entre outros.

Em 2004, o Arte, Horta & Cia foi contemplado, pela primeira vez, pelo edital do Instituto Rio. Neste mesmo ano, os projetos selecionados foram convidados para participar do “Programa FICAS (Fundo Internacional Socioambiental) de Formação em Gestão – capacitação para captação de recursos”, no período de outubro/2004 até dezembro/2005. Os exercícios da capacitação eram feitos com a equipe e, algumas vezes, com os usuários e familiares, visando à construção coletiva e ao fortalecimento do Arte, Horta & cia.

Segue o pequeno resumo das ações realizadas pelo Programa, com destaque para as mais importantes ao longo desses anos de existência: 2004 - Participação na Oficina de Geração de Renda e Trabalho de Usuários de Serviços de Saúde Mental, em Brasília/DF; 2005 - Participação da Feira Nacional de Agricultura Familiar e Reforma Agrária do Ministério do Desenvolvimento Agrário, em Brasília; 2005, 2006, 2007, 2008 e 2009 - Aprovação nos editais do Instituto Rio; 2008 - Diploma de Responsabilidade Social Carvalho Hosken (através do concurso que visa a reconhecer e a premiar o trabalho de ONGs que mais se destacaram em ações sociais no município do Rio de Janeiro); Publicação, no Diário Oficial do município do Rio de Janeiro de 10/10/2008, de informações do Programa, como “Por ser um serviço de referência na rede, o ‘Arte, horta e cia’ foi premiado pela Associação de Imprensa da Barra (AIB), com um diploma de responsabilidade social, pelo bom trabalho realizado durante esses anos” (DOM/RJ); 2009 - Prêmio Responsabilidade Social Carvalho Hosken de R\$ 10.000,00;

2011 - Prêmio Responsabilidade Social Carvalho Hosken de R\$ 15.000,00; 2018 - Aprovação no edital do Instituto Rio para implantação da Loja B do mBrac, com recurso de R\$ 29.000,00.

O levantamento realizado pelo no período de março/2002 a dezembro/2005, constatou-se que passaram pelo PGTR 98 usuários, sendo que 7 deles foram para o mercado de trabalho formal, 9 foram para o mercado informal (por exemplo, vender biscoitos na praia), 3 usuários foram investir nos estudos, 31 não aderiram ou não tinham perfil para participar do Programa. Permaneceram 48 usuários, sendo que 10 voltaram a estudar e 20 participaram desta pesquisa. Embora esses dados estejam desatualizados, um fato chama atenção em relação a contribuição financeira em casa: 80% dos usuários não recebem benefícios, porém ao receberem o dinheiro referente às vendas dos produtos confeccionados nas oficinas, essa quantia colabora com as despesas de casa. Tal atitude, muitas vezes, pode possibilitar uma melhora no convívio familiar (ARAÚJO, 2004, p. 21).

Ao longo dos anos, o Arte, Horta & Cia participou de diversos Seminários e Congressos, ganhando reconhecimento como um potencial Programa de Geração de Trabalho e Renda. Novas oficinas foram criadas e outras extintas, como marcenaria e lavagem de carro a seco. As oficinas dos núcleos foram gradativamente diminuindo, em vista da recomendação ser para o usuário frequentar as oficinas existentes no espaço físico do Horto, isto é, para sair do manicômio e integrar-se nas ações de inserção social. Um pequeno movimento, mas considerado fundamental para facilitar o processo de desinstitucionalização dessas pessoas.

Muitas mudanças ocorreram no PGTR no decorrer dos 16 anos de existência. A falta de recursos financeiros e humanos tornaram-se fatores que dificultavam o avanço do Programa. Em 2007, a direção do IMASJM fez o convite para que o Arte, Horta & Cia passasse a fazer parte do corpo do Instituto. Foi uma decisão difícil, pois a proposta de ficar inserido na instituição asilar era algo que vinha de encontro justamente ao que se queria abolir; com isso, a equipe sofreu muitas críticas, mas manteve-se firme na decisão, por acreditar que valia a pena a tentativa. O esforço foi grande no sentido de não se deixar engolir pelas práticas manicomiais, isto é, não cair na armadilha de voltar com a ideia de que a oficina era um passatempo ou que a produção poderia ser sem qualidade. Os profissionais foram em busca daquilo que desejavam: ampliar o número de participantes, incluindo a comunidade e também ultrapassar o muro simbólico do manicômio. Foi neste período que assumimos a administração da Cantina das Delícias, atual Bistrô do Bispo.

Em 2015, o PGTR recebeu o convite para incorporar-se às ações do mBrac, fortalecendo assim, a integração já existente no PGTR entre aprendizado, cuidado e renda. Novo desafio

instaurou-se: incluir na produção das oficinas de geração de renda objetos que conversassem com o tema das exposições e com as obras do Bispo. Assim, seis meses antes da nova exposição, o curador é convidado para uma conversa com osicineiros e com os participantes, para que, juntos, fosse elaborada e executada uma produção coerente com a exposição e que perpassasse por todas as oficinas.

Atualmente, existem as seguintes oficinas: bordado e costura, mosaico, culinária – cozinha experimental, o Bistrô Bispo e uma cantina. Em breve, será inaugurada a Loja B. Mantêm-se até hoje as reuniões quinzenais em cada oficina, onde se discutem as relações de trabalho dentro e fora deste espaço; ocorrem trocas de experiências positivas e negativas e constroem-se projetos e vínculos afetivos.

A ideologia seguida é a da economia solidária, valorizando a singularidade de cada um, proporcionando um trabalho em liberdade e possibilitando que os participantes tenham mais autonomia, de modo a sentirem-se protagonistas nos processos de trabalho e de cuidado. Portanto, é imprescindível a participação nas reuniões das oficinas, pois pode-se dizer que este espaço é uma máquina cujos participantes e profissionais são a engrenagem que coloca o grupo para funcionar. Tal funcionamento produz uma clínica mais potente, pois o profissional pode escutar o sujeito, e o cuidado ultrapassa ao atendimento médico.

Nesse contexto, a clínica atravessa o tempo todo a oficina, seja na reunião, seja na produção dos objetos que serão vendidos. Assim, outras possibilidades de cuidado vão apresentando-se, por exemplo, o usuário compartilha seu sofrimento e aprende com o coletivo como lidar com seu transtorno de uma outra forma. Desse modo, torna-se possível resgatar a “contratualidade, isto é, posses de recursos para trocas sociais e, por conseguinte, para a cidadania social” (SARACENO, 2001, p. 133).

Em relação ao pagamento dos participantes, a contabilidade de cada oficina é mensalmente computada, sendo separados 30% do valor arrecadado pelas vendas dos produtos para novos investimentos em matéria prima; 60% ficam divididos entre os participantes; 10% restantes ficam no fundo de reserva, que só será gasto caso haja necessidade e no final do ano, esse valor é compartilhado por todos os participantes do Programa.

Os critérios de divisão do dinheiro variam de acordo com as oficinas. Na de culinária, por exemplo, o participante assina a folha de ponto mensal, sendo o valor destinado para pagamento de acordo com as horas trabalhadas. A diferença da oficina de culinária para a de bordado e a de mosaico é que nestas últimas o pagamento é relativo às vendas das peças, mas a lógica da divisão é a mesma.

O Programa de Geração de Trabalho e Renda tem de lidar o tempo inteiro com o desafio de repensar a reorganização do trabalho, que não seja a mesma pertencente à lógica alienante ao mundo capitalista. Por tratar-se de um público com baixo poder aquisitivo, com pouca qualificação profissional e sujeito ao estigma e às dificuldades trazidas pelo sofrimento causado pelas internações e do próprio transtorno, a moeda fica em segundo plano para dar prioridade à ampliação da autonomia, ao resgate da cidadania e à obtenção de uma maior integração social.

4 CASOS CLÍNICOS

Sem trabalho eu não sou nada
não tenho dignidade
não sinto o meu valor
não tenho identidade.
(Renato Russo)

Os objetivos da reforma psiquiátrica vão além das mudanças de cunho puramente assistenciais, pois abarcam os campos político e sociocultural, bem como o resgate da cidadania e a possibilidade de fomento à contratualidade nas principais áreas de convivência, ou seja, a própria casa, a rede social e o trabalho como valor social (SARACENO, 2001).

Diante disso, escolhi relatar três casos clínicos específicos, entre tantos que eu acompanhei e ainda acompanho no Programa de Geração de Renda Arte, Horta & cia, por evidenciarem todo esse processo (resgate da cidadania, autonomia, geração de renda, entre outros) proposto pela reforma, com suas novas diretrizes e procedimentos. Os relatos têm por base duas fontes de pesquisa: os prontuários dos usuários e as minhas anotações particulares. Vale a pena ressaltar, que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde e da UFRJ.

Uma questão fundamental que norteia esta pesquisa e me auxilia a compreender: o que sustenta esta clientela nas oficinas de geração de trabalho e renda? Sabe-se que participar das oficinas não é garantia de menos sofrimento, nem de uma renda maior, mas nesses espaços encontram-se usuários que desejam ampliar os seus dias na oficina, modificando constantemente o projeto terapêutico singular.

4.1 LUCAS

Conheci o Lucas no CAPS Bispo do Rosário, no período em que ali trabalhei como estagiária de psicologia. Dentre as minhas atividades no CAPS, eu assessorava os usuários que exerciam atividades de trabalho em lugares que proporcionavam acolhimento e uma certa proteção – prática conhecida como “trabalho protegido”. No próprio CAPS havia os seguintes locais de trabalho protegido: livraria, cantina e a parceria com o escritório do Centro de Estudos do IMASJM.

Lucas é o filho mais velho de uma geração de três irmãos. Sua infância foi permeada pelo medo ao pai, o qual era muito rigoroso na forma de educar os filhos. Somente na adolescência foi possível ficarem mais próximos.

Aos dezoito anos, ele fez uma prova para a escola técnica e não passou. Ficou com vergonha de falar da reprovação com a namorada e com os pais dela. Então, resolveu terminar o namoro. Meses depois o seu pai faleceu, e Lucas começou a sentir-se confuso e muito triste com essas duas perdas, alegando ter perdido seus apoios.

No final do mesmo ano, tentou suicídio ingerindo veneno, ação que resultou no estado de coma por alguns dias. Depois de receber alta do hospital geral, foi transferido para o hospital psiquiátrico, onde ficou por seis meses, iniciando, assim, sua primeira internação psiquiátrica. Recebeu o diagnóstico de paranoico. Dizia: “Perdi a ilusão. Foi uma overdose no coração, de lágrimas, chorando excessivamente e atingindo o coração e ferindo. Perdi o apoio moral”; “Os irmãos estão levando vida própria e não me incluem em suas atividades. É uma família individualista”.

Após esse episódio, Lucas iniciou o tratamento na rede particular, mas de forma muito irregular, o que provocou muitas internações, inclusive no Hospital Municipal Jurandir Manfredini (HMJM). Em uma dessas ocasiões, Lucas foi encaminhado para o Grupo de Convivência do HMJM, que se encontrava na sala do ambulatório do próprio hospital. A proposta do Grupo era oferecer aos psicóticos, principalmente aos que se internavam com muita frequência, um espaço onde pudessem interagir uns com os outros. Surgido em 1994, o Grupo de Convivência acontecia em dois turnos semanais. Com o tempo, foi ganhando corpo, ampliando o número de atendidos e, a partir de junho de 1997, foi transferido para um espaço maior, passando a funcionar diariamente, sob novas condições: participação em oficinas, atendimento de família, comemorações e passeios. Com isso, também mudou de nome, passando a se chamar de Centro de Atenção Diária (CAD) (LUCAS; TENÓRIO, 1999).

Em agosto de 1998, o CAD tornou-se o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Arthur Bispo do Rosário, com sede fora do Hospital, mas dentro da estrutura da antiga Colônia Juliano Moreira. Lucas acompanhou todas essas mudanças, e seu tratamento seguiu para o CAPS.

Ele tinha a expectativa de que o tratamento “pudesse ajudar a não sentir tanto impacto da vida com a realidade e poder alcançar um estudo. Realizar-se tanto profissionalmente quanto cerimonialmente”, isto é, desejava trabalhar e casar.

O seu técnico de referência do CAPS conseguiu uma bolsa de trabalho através do Instituto Franco Basaglia (IFB) para que pudesse exercer a função de auxiliar de escritório no Centro de Estudos do IMASJM.

4.1.1 Relação de Lucas com a Bolsa de Trabalho

Vale a pena ressaltar que meu estágio no IFB foi no período de janeiro de 2001 a abril de 2002, coincidindo com os últimos seis de estágio no CAPS Bispo. Por causa disso, antes de acompanhar a bolsa do Lucas, eu já o conhecia, embora não fosse muito próxima, mas o seu caso havia sido discutido muitas vezes na supervisão do CAPS, eu tinha familiaridade com a sua história. Além disso, depois de formada, eu também colaborei na implantação do Programa de Geração de Trabalho e Renda Arte, Horta & Cia, onde exerci a função de coordenadora.

Sob a responsabilidade de acompanhar o projeto de Bolsa de Trabalho no IFB, eu precisava realizar reuniões referente ao pagamento, e Lucas as frequentava. Ele sempre reivindicava algumas coisas, como a reunião acontecer no CAPS Bispo, já que eu também o frequentava semanalmente devido ao estágio. Outra reivindicação foi sobre o aumento do valor da bolsa e, em consequência, da carga horária também – sugestão dada por ele, após apresentar uma carta informando os gastos mensais que tinha. Em forma de tabela, ele discriminava as mercadorias (prestobarba, sabonete, desodorante, macarrão instantâneo, entre outros) de que necessitava para passar o mês, acompanhadas de seus respectivos valores.

Uma vez atendida a sua solicitação, Lucas ficou muito angustiado e resolveu telefonar para um de seus “superiores” (era assim que ele se referia aos profissionais responsáveis pelo seu trabalho no Centro de Estudos), dizendo-lhe que não poderia continuar o trabalho, pois não podia receber o valor correspondente ao aumento pleiteado. O profissional sugeriu que ele doasse um valor simbólico para a caixinha do café, o que deixou Lucas mais tranquilo. Assim, abrindo mão de uma parte da bolsa, ele se incluiu no coletivo dos colegas de trabalho. Essas reivindicações pertinentes ao trabalho mostram não só o seu poder de negociação como, sobretudo, o exercício pleno (individual e coletivo) de sua cidadania.

Como estava indo muito bem no trabalho, ele solicitou ao técnico de referência para não participar mais da convivência no CAPS, alegando que, por trabalhar e vestir-se bem, os outros pacientes tinham inveja dele. Lucas expressou verbalmente a sensação de que estaria regredindo se voltasse a frequentar a convivência do CAPS: “As pessoas são pobres, não têm perspectivas.

É muito deprimente! Se eu for lá, vou ficar pior”. Foi feito um acordo para, duas vezes na semana, ele ir ao trabalho e uma vez ao CAPS, para as consultas com a médica e o técnico.

Além disso, sinalizou para o técnico o desejo de fazer curso de computador, indagando se haveria a possibilidade de ser contratado pelo IMASJM. Questionado acerca de sua recente promoção, com o aumento da bolsa, e o pedido de ser novamente promovido, ele afirmou saber que seria cobrado por isso, mas desejava essa outra promoção, ponderando que “emprego é mais responsabilidade, sou eu sozinho, e trabalho protegido, muitas pessoas me dão atenção”. Quando perguntado sobre o que queria, ele respondeu que emprego era mais difícil, mas que, na verdade, não tinha como saber, pois nunca trabalhara assim antes, mas estava disposto a tentar. Até o momento em que esteve no trabalho protegido, não houve oportunidade para ele no mercado formal de trabalho.

Teve um episódio em que as vozes diziam que, se ele continuasse a receber a bolsa do IFB, elas matariam sua família. Ele queria pedir demissão, mas sua médica decidiu, junto com ele, a deixá-lo de licença por tempo indeterminado, voltando ao trabalho quando lhe fosse possível.

No final de 2001, sua médica R. assumiu a direção do HMJM, e Lucas passou a ser atendido por outro médico no CAPS. Em 2006, a médica R. foi transferida para o ambulatório do Hospital Municipal Raphael de Paula Souza, em Curicica. Depois de um certo tempo, não tenho o ano exato, Lucas não queria mais fazer tratamento no CAPS e pede para ser atendido pela sua antiga médica R. no ambulatório. Em 2010 ela foi transferida para o Posto de Saúde Cecília Donnangelo, em Vargem Grande e o tratamento de Lucas foi transferido também para esta unidade. Em 2011 a médica recebeu o convite para ser Coordenadora do Centro de Convivência do IMASJM, ela passou o caso do Lucas para outro médico no Posto de Saúde⁵.

Em 2010, houve a necessidade de mudar de atividade, pois a direção do Centro de Estudos mudou e estava reformulando as funções e Lucas ficou sem lugar. Eu, como coordenadora do PGTR fui convidada para pensar no projeto de trabalho do Lucas. Então, sugeri que ele trabalhasse na Cantina das Delícias, realizando as seguintes tarefas: atender o telefone, contabilizar o estoque dos alimentos e fazer atendimento no balcão, ele aceitou. Com o passar do tempo, decidiu, por si mesmo, incluir nas suas atribuições a verificação da validade dos produtos, fazer a lista do que precisava ser comprado de imediato e entrega-la ao oficinheiro responsável; uma outra tarefa era manter limpa a mesa em que eu sempre almoçava.

⁵ Entrevista feita pela pesquisadora em 22/04/2018, com a ex-médica de Lucas.

Entretanto, em 2011, o convênio do IFB com a Secretaria Municipal de Saúde não foi renovado. Os projetos foram se encerrando aos poucos, inclusive a bolsa de trabalho. Lucas recebia a bolsa há dez anos e, sem ela, teve que pensar em alternativas para ganhar dinheiro, por exemplo vender balas no condomínio, mas a equipe da Cantina, tanto usuários quanto profissionais, decidiram permanecer com ele, computando o seu pagamento ao rendimento da Cantina, diminuindo muito o valor que recebia no fim do mês. Tal decisão foi discutida com ele, que concordou com as novas condições.

Lucas conseguia sustentar seu trabalho, mesmo delirando e se sentindo invadido pelas vozes que o ameaçavam. Os participantes da Cantina percebiam o quanto ele delirava e relatavam para mim, mas a relação que Lucas tinha comigo era restrita às questões do trabalho e, quando vinha falar comigo, o seu discurso era organizado, não ficando evidente seus delírios.

Em determinado momento desse acompanhamento, ficou evidente o processo transferencial dele comigo. Eu estava com problemas pessoais, muito frágil após o término de uma relação amorosa de 10 anos. As pessoas percebiam o meu mal-estar, questionavam e eu tentava disfarçar, mas confidenciei o ocorrido para os mais próximos. Justamente neste período Lucas decidiu fazer-me uma declaração de amor:

O meu computador entrou em contato com o seu site e descobriu que você não tem compromisso com ninguém. Então, você pode namorar comigo. Eu tive um sonho em que eu estava de quatro por você (ficou na posição de quatro para que eu acreditasse no que estava dizendo). Por favor, não aceito não como resposta e deixa eu falar. Estou de quatro por você (novamente ficou na posição de quatro). Eu sou virgem e você foi a escolhida para tirar a minha virgindade.

Tive de ser firme com ele ao fazer uma intervenção que barrasse esse excesso. Lucas, mais uma vez, ficou na posição de quatro implorando meu amor. Sem sucesso, saiu chorando e, durante algumas semanas, falava apenas o necessário comigo.

Depois de um período recebendo menos que a bolsa de trabalho a que estava acostumado, começou a questionar tal situação nas reuniões que ocorriam com a equipe da Cantina. Sem perspectivas de melhora, decidiu vender balas no seu condomínio.

Como técnica de referência de Lucas nas questões do seu trabalho, apostei em elementos que pudessem ter efeitos benéficos como: aumento da bolsa de trabalho, reuniões para acompanhar de perto sua atividade, uma vaga na Cantina. Meu papel foi o de oferecer-lhe continuamente um espaço onde pudesse dar-lhe algum suporte possível para as suas demandas e questões.

4.2 JOÃO

João é morador do abrigo Centro de Atenção Singularizada (CAS), que fica próximo ao mBrac. Chegou no abrigo aos 5 anos de idade, depois de ter ficado internado, junto com sua irmã, no Hospital Municipal Miguel Couto. Os irmãos estavam com tuberculose pulmonar, desnutrição em alto grau e maus tratos por parte da genitora. Depois de receberem alta do hospital, ambos foram para o abrigo, sendo que João permanece até hoje no CAS. Não é conhecido o destino de sua irmã. Os pais nunca tiveram interesse pelos filhos. Apenas uma madrinha mantinha contato e visitava João de vez em quando.

No prontuário do abrigo consta que João tem o diagnóstico de deficiência moderada e dislalia. No laudo do médico, clínico geral do abrigo, há a mesma descrição de todos anos, a única mudança são as datas. Intrigada com este diagnóstico, pesquisei acerca do significado dos termos ali empregados. Como mencionado no segundo capítulo desta dissertação, a ‘Convenção Internacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência’ define deficiência como pessoas que possuem dificuldades física, mental, intelectual e sensorial, de participarem efetivamente da sociedade. (BRASIL, Decreto 6.949, de 25/08/2009)⁶.

Sobre a dislalia, a Classificação Internacional de Doenças (CID 10) a define como “perturbação específica da articulação da fala” (F80.0), ou seja, o desenvolvimento da fala é inferior em relação à idade da pessoa. Há uma dificuldade em pronunciar as palavras corretamente.

Não consta no prontuário do abrigo uma avaliação neurológica, muito menos a avaliação do profissional fonoaudiólogo ou psicopedagogo. A partir dessa constatação, surgem algumas questões: como pôde receber este diagnóstico se não foi avaliado por profissional especializado? Deficiência moderada? Qual é, de fato, a sua deficiência? Será que esse atraso na linguagem não poderia estar relacionado à falta de estimulação suficiente para desenvolver a fala? Será que o abrigo possuía recursos para tal estimulação? O ambiente do abrigo pode desfavorecer o estímulo da linguagem? Talvez o relato a seguir faça levantar outras questões e não seja possível responder a todas.

Quando o Arte, Horta e Cia. instalou-se no antigo espaço Horta, João já participava da oficina da horta e jardinagem, que posteriormente recebeu o nome de “oficina da terra”. Ali,

⁶ BRASIL. **Decreto n.º 6.949**, de 25 de agosto de 2009. Dispõe sobre a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm. Acesso em: 25 abr. 2017.

em atividade, demonstrava sentir dificuldade de compreender a solicitação do oficinairo e, na maioria das vezes, seguia sua própria intuição – molhava e plantava do seu jeito, fazendo com que o oficinairo ou outro participante chamassem sempre a sua atenção. Nessas horas, ocorriam movimentos involuntários dos músculos dos membros superiores, chamados, na medicina, de ‘mioclonias’, que podem ocorrer devido à falta súbita de oxigenação cerebral e também por alguns tipos de epilepsia. Aliás, esses movimentos acontecem até hoje, seja em momentos de felicidade ou de irritação.

Com dificuldades de expressar-se verbalmente, João, por grande parte do tempo, não era compreendido pelos outros, o que o deixava muito angustiado e o levava a afastar-se de todos, isolando-se. Gostando muito de música, tentava, com muito esforço, cantar. Diante desta observação, em 2002, João foi encaminhado para musicoterapia no ambulatório do HMJM. Concomitantemente, foi solicitado ao abrigo um encaminhamento para que ele pudesse ser matriculado na escola e também, que recebesse auxílio da fonoaudiologia; contudo, apenas em 2005 ele foi aceito em uma turma especial na escola pública, mas, devido à violência urbana no bairro onde a escola se localizava, os responsáveis pelo abrigo tiraram-no da escola e, desde então, não voltou mais a estudar.

João, mesmo com dificuldades em se expressar, estava sempre presente nas reuniões da oficina da terra e nas assembleias. Os participantes eram estimulados pelos profissionais a pensar questões gerais a serem discutidas nas reuniões. A primeira vez que João levantou uma questão, ela foi dita da seguinte forma: “sujeira do banheiro”. Os presentes na assembleia ficaram surpresos com sua colocação e o aplaudiram, fazendo com que ele ficasse constrangido, se levantasse e se isolasse do grupo. Algumas pessoas chamaram por ele, mas não respondia. Os outros usuários riam da situação, que se repetia com certa frequência, de modo que ele acabou recebendo o apelido de “bicho do mato”. A questão sobre a “sujeira do banheiro” foi discutida na assembleia, mesmo sem a presença do João, pois era uma queixa de muitos que não tinham coragem de falar.

Observa-se que o trabalho da musicoterapia (duração de um ano), o processo de mudança na oficina da terra e o progresso do PGTR permitiram que João tivesse mais autonomia e interesse de participar mais dos espaços coletivos. Com isso, ele começou a fazer um esforço para se expressar e ser compreendido por todos.

João era convidado para participar de outras oficinas e reuniões, às vezes sua presença era computada. Com o fim da oficina da terra, João tentou produzir algo em outros espaços, o que não durou muito, pois nada o sustentava dentro de uma sala fechada montando mosaicos,

por exemplo. Ele não conseguia ficar parado em um lugar fixo. O trabalho da horta permitia que ele circulasse o tempo todo. Iniciamos a oficina de lavagem de carro a seco, que acontecia nos estacionamentos dos diversos serviços existentes no IMASJM. Esta oficina tinha a parceria com a empresa que fornecia os produtos para lavagem a seco, vendia os produtos com descontos. João se identificou com esta oficina, mas infelizmente não foi possível darmos continuidade, pois a empresa parceira fechou e não conseguimos mais comprar os produtos específicos para lavagem de carro a seco.

Ao participar da reunião de trabalho e perceber que alguns colegas estavam entrando no mercado de trabalho formal, João começou a demonstrar o desejo de ter também a sua carteira de trabalho assinada, como os demais colegas. Ele dizia: ‘eu quero trabalhar igual a ele’ (apontava para o colega que estava trabalhando no supermercado) e reforçava que queria um emprego onde tivesse uniforme e crachá de identificação, algo que o identificasse como trabalhador e lhe desse um lugar na sociedade, não poderia ser qualquer lugar, qualquer emprego. A equipe ficou mobilizada para concretizar a realização desse sonho, mas deparou com uma surpresa: João é curatelado e o seu benefício é administrado pelo abrigo para os gastos da Instituição. Como explicar tal situação para o João? Como dizer que seu desejo não poderá ser concretizado? Quanto mais lhe eram falados/explicados os motivos, mais ele pedia o emprego com uniforme e crachá, era persistente. A sua demanda pelo mercado formal só crescia.

João estava sempre disponível para colaborar no que fosse preciso, principalmente quando havia necessidade de organizar os espaços das oficinas, da reserva técnica do Museu, de montagem de uma exposição. Nessas horas, usava sua força física para carregar os móveis, entre outras coisas. Nos períodos de montagem de exposição, quando a equipe trabalhava até mais tarde, ele permanecia junto de todos, desejando ir embora quando todos saíssem do Museu. A rotina diária era a mesma: era preciso negociar a cada dia a sua saída para, no máximo, às 17h, retornando no dia seguinte.

Diante desse cenário, houve uma luz no fim do túnel: em 2017, o mBrac, por meio do apoio financeiro de um patrocinador, deu início ao inventário das obras do artista Bispo do Rosário através de levantamento de documentos, desinfestação e catalogação de mais de 800 obras existentes.

As obras passaram pelo processo de desinfestação atóxica em atmosfera de anóxia, estrutura conhecida como “bolha” 100% atóxica, ecológica e sustentável, devido ao cuidado de se evitar qualquer tipo de produto químico. Retira-se o oxigênio da “bolha”, com a ajuda de um

aparelho específico, e o substitui por nitrogênio, garantindo, assim, a eliminação de cupins, fungos e quaisquer outros germes que estejam contaminando as obras, segundo a explicação direta dos especialistas do mBrac.

Esse patrocínio viabilizou a contratação de profissionais altamente qualificados, bem como a disponibilização de duas bolsas de trabalho. Uma delas destinou-se a João, que assumiu a tarefa de auxiliar os seus colegas de trabalho a transportarem as obras da reserva técnica para a “bolha”, de onde, após 45 dias, são retiradas e retornam à área de reserva. Outra atribuição é levar documentos, objetos e cópias de chave para o Polo Experimental. Além disso, mesmo não sendo sua função, ele faz questão de receber os visitantes e os direciona ao setor ou ao profissional responsável, de acordo com o interesse expressados por eles.

No diálogo com João sobre a possibilidade de ganhar uma bolsa para trabalhar na reserva técnica do mBrac, ele se emocionou, abaixou a cabeça e lágrimas caíram de seus olhos. Pergunto o que achava de guardar o dinheiro para a viagem do final de ano, que eu estava organizando, ele abre um sorriso e me autoriza a cuidar do seu dinheiro e também de conversar com a responsável do abrigo – sempre que João levava dinheiro para o abrigo, muitas vezes ele perdia ou dava para um colega ou até mesmo para algum profissional que pedia e não devolvia; daí a proposta de deixar o seu dinheiro guardado no mBrac, como forma de garantir a sua viagem.

João recebeu um colete e um broche de identificação do mBrac. A partir daquele momento, algo se concretiza na sua vida e ele faz uma declaração emocionada para a funcionária do bordado: “Margarete acreditou em mim, agora eu tenho um trabalho”. Neste mesmo dia, quando me viu, ele repete a frase e me dá um forte abraço.

João saiu do anonimato e assumiu a identidade de trabalhador. Hoje ele se apresenta como funcionário do Museu; continua circulando pelos espaços da reserva, da administração, do Polo Experimental, do Bistrô Bispo. Aliás, ao chegar na administração do mBrac, alguns profissionais, inclusive eu, solicitam-lhe para que enchesse a garrafa de água. Com tom sério, respondeu uma vez: “Eu não vou, todo mundo bebe água, por que só eu tenho que encher?” Essa situação revela que ele não está tão submetido à palavra do outro como antes. Aqui ele questiona o pedido e, além disso, posiciona-se como funcionário igual aos seus colegas.

A viagem para Cachoeiras de Macacu foi realizada em outubro de 2017. A escolha do local deu-se porque o documentário sobre a Escola Livre de Artes iria participar do Festival de Cinema da cidade e a Banda 762 – oriunda da oficina de música da ELA – foi convidada para tocar no evento. Foi alugado um sítio onde todos os profissionais e usuários ficaram três dias

juntos. Na véspera a diretora do abrigo proibiu o João de viajar, pois ele estava tomando antibiótico para curar um furúnculo no seu braço. Foi preciso negociar e garantir à diretora que a equipe cuidaria dele, tendo eu assumido o compromisso de ministrar a medicação.

Chegando em Cachoeira de Macacu passamos o primeiro dia no sítio, à noite, foi realizada uma festa dos anos 80 e João dançou, cantou, divertiu-se muito. Na tarde de sábado, o grupo foi para a praça onde aconteceria o Festival de Cinema e a apresentação da Banda 762. O show estava previsto para começar às 21h, mas ocorreram atrasos e o público dispersou. Às 23h, a banda começou a preparar-se para o show e João, bastante desinibido, começou a convidar as pessoas para ficarem mais perto da banda, dizendo: “Vem para cá, o show vai começar. O show é aqui. Vem, vem”. As pessoas, contagiadas pelo seu convite, aproximaram-se devagar. O show começou e João não conseguia tocar o bandeiro, andava de um lado para o outro e dançava completamente emocionado.

Ao longo desses 16 anos de convivência com João, fica nítido que ele possui uma deficiência mental; de dois anos para cá, começou a apresentar crises convulsivas, mas continua sem realizar um exame específico para investigar a causa das convulsões. Segue medicado pelo médico do abrigo – situação que revela a falta de suporte e de cuidado que o abrigo tem com João.

O desejo de trabalhar foi alcançado, fazendo toda diferença em sua vida. Assim, João comprova que a sua deficiência mental não é um impeditivo para o trabalho, que o investimento e o vínculo afetivo da equipe têm influência relevante nas mudanças ocorridas na constituição de sua subjetividade, favorecendo mais autonomia.

4.3 ALICE

Alice foi encaminhada pela sua médica do ambulatório do Hospital Municipal Jurandir Manfredini (HMJM) para o PGTR, em 2010. Ela escolheu trabalhar na Cantina Cuca Legal, localizada no HMJM. Atendia o público, fazia compras, contas necessárias para controle do caixa, arrumava as mercadorias. Dividia as tarefas com mais três colegas, que também ali trabalhavam, sendo dois em cada turno. Participava ativamente das reuniões quinzenais para discutir e avaliar as atividades da Cantina.

Moradora no bairro da Cidade de Deus/Jacarepaguá, marcado pela violência urbana, onde o tráfico de drogas é muito presente, ocorrendo intensos tiroteios a qualquer hora do dia,

muitas vezes impedindo-a de chegar ao trabalho ou à consulta médica. Atualmente, mora com seu filho, que é usuário de drogas.

Aos 9 anos, começou a trabalhar em casa de família. Aos 13 anos, teve o primeiro emprego no supermercado Leão. Dos 16 aos 25 anos, trabalhou na Casa Mattos. Casou-se com 23 anos e teve um filho, que ficou sob os cuidados do pai depois da separação do casal. Ela afirmava que seu marido tinha feito “macumba” para ela ver coisas. Nesse período, o seu irmão mais novo foi para o exército e teve um surto repentino. Alice alega que seu ex-marido também fez “macumba” para seu irmão. Aos 27 anos conseguiu emprego de serviços gerais no SESI – lugar a que atribuiu seus primeiros sintomas de mal-estar. Relata que viu o marido em corpo de cobra com duas cabeças: uma era dele e a outra era da mãe dele.

Depois da separação, ela voltou a morar com sua mãe, que a levou, em agosto de 1988, para sua primeira consulta com a psiquiátrica do ambulatório do HMJM, onde recebeu o diagnóstico de esquizofrenia. Inicia o tratamento de forma irregular e, em 1989, teve sua primeira internação no Instituto de Psiquiatria/UFRJ. Tanto a mãe quanto o irmão tinham transtornos mentais.

Alice passou por várias internações, todas tratadas de maneira agressiva pelos familiares ou pelo Corpo de Bombeiros, o que fazia com que ela se revoltasse contra todos. Quando sua mãe faleceu, Alice ficou sob os cuidados das irmãs, numa convivência sempre conflituosa, o que fez Alice parar com os medicamentos, caindo num quadro de repetição dos ciclos: agressividade (verbal e física com as irmãs e com o filho; destrói objetos de sua casa), internação involuntária, não aceitação do próprio transtorno (sempre alega que o familiar está “maluco” e que ela não tem problemas), entre outras situações.

Em 2010, ao iniciar no PGTR, ela conseguiu manter-se estável por dois anos. Em 2014 teve outra crise, ficando internada no mesmo hospital em que trabalhava. Quando recebeu alta, pediu para não voltar para a Cantina Cuca Legal, alegando que foi ofendida por seu colega de trabalho – “ele disse você é racista”. Na conversa comigo, indignada, questionou: “Como eu posso ser racista? Me ofenderam. Depois desse desentendimento, não tem como trabalhar na cantina”. Sugeri uma conversa com todos os participantes da Cantina, mas ela não aceitou e pediu para descansar, tirar férias. Acatei seu pedindo, mas coloquei-me disponível para qualquer mudança.

Três meses depois ela retorna dizendo que precisava voltar a trabalhar e a ocupar-se. A equipe do Programa entendeu que Alice demandava um acompanhamento mais próximo, foi oferecido, então, uma vaga na Cantina das Delícias, atual Bistrô, onde atuam dois oficinairos

encarregados de acompanharem o trabalho dos usuários. Ela aceitou e começou a trabalhar como garçonne e responsável por manter as mesas limpas, tarefa que fazia antes da clientela chegar para o almoço. Sempre disse que, quando está em ocupação laboral, não escuta tantas vozes, pois “a mente fica ocupada”.

Nesse mesmo período, eu discuti o caso com a psiquiatra que a atendia no ambulatório, numa tentativa de traçar em conjunto os cuidados intensivos de que ela precisava. O seu tratamento foi transferido para o CAPS Bispo do Rosário, em novembro de 2014, o que a fez permanecer estabilizada por um período mais longo, um pouco mais de um ano.

No seu prontuário há os seguintes relatos: 15/01/16, diz-se tomada por uma extrema tristeza por estar convivendo com filho, dependente químico, e por estar tendo dificuldades com os vizinhos; no dia 05/2/16, afirma sentir-se mais tranquila porque seu filho não estava usando drogas; 23/02/16, informa que sofreu um acidente: parte do reboco da laje de sua casa caiu em sua cabeça, provocando ferimentos leves. Foi medicada na emergência do Hospital Municipal Lourenço Jorge, sem sequelas físicas. Revelou ainda que não estava tomando os medicamentos por ter medo das atitudes do filho.

Sem remédios, ela não dormia para manter o controle e defender-se, caso o seu filho tentasse agredi-la. A relação com o filho mantinha-se difícil; ele a havia deixado trancada em casa por um dia e meio, até que seu vizinho conseguiu abrir a porta e tirá-la de lá. Seu discurso estava confuso e fragmentado, aparência descuidada. Disse não querer mais trabalhar na Cantina, pois, sempre que não está bem, prefere abandonar tudo e isolar-se. O seu discurso apontava que sua entrada em nova crise parecia evidente e próxima. Foi agendado retorno ao CAPS na semana seguinte, mas ela não compareceu.

Em maio/2016, Alice foi levada pelo Corpo de Bombeiros para emergência, ficando internada no HMJM por dois meses. Estava muito desorganizada, emagrecida, recusando qualquer abordagem. Em setembro/2016, solicitou atendimento com psiquiatra, argumentando estar traumatizada com o acidente no qual parte da laje caiu e feriu sua cabeça. Com dificuldades de relacionamento com o filho, a casa precisando de reforma, intensos tiroteios no bairro, Alice demora para estabilizar-se, mas mesmo assim, volta ao trabalho na Cantina.

Quando seu filho conseguiu ficar um tempo sem uso de drogas, a relação com Alice melhorou, mas durou pouco, pois o filho colocou a namorada e o filho dela para morarem na casa de sua mãe, dificultando a convivência. Alice começou a desestabilizar, ora seu discurso estava delirante (“vou chamar o bandido para tirar a minha nora da minha casa; “minha nora está fazendo macumba para eu ficar doente”); ora tentava demonstrar que estava bem e dizia que

estava tomando os medicamentos corretamente, embora a equipe soubesse que não. A convivência em casa foi piorando cada vez mais, a ponto de ela pedir para a nora ir embora. Contudo, seu filho impediu a saída da namorada, dizendo que, caso ela fosse embora, a “mãe seria a mulher dele”. Alice fica mal e pergunta a mim: “Isso é coisa que se fala para uma mãe?” Ela resistia a qualquer suporte que fosse oferecido.

Vale a pena ressaltar que a abordagem realizada com Alice era discutida sempre com sua técnica de referência do CAPS, ou seja, buscávamos sustentar os combinados feitos com Alice, dando assistência necessária.

No dia 30/11/16, consegui convencê-la a ir para consulta. No atendimento com sua técnica de referência, comprometeu-se a tomar os medicamentos e a voltar para consulta na semana seguinte, mas sua irmã resolveu levá-la para sua casa, em Saquarema. Em 13/12/16, ela retorna à consulta, informando que estava melhor, sem brigas dentro de casa, mas esta informação causou estranhamento, uma vez ser de meu conhecimento o processo inicial de sua crise; por outro lado, acreditei que sua irmã iria dar-lhe um suporte naquele momento. Infelizmente, sua irmã voltou para Saquarema, deixando-a em casa com o filho e a nora.

No dia 28/12/16, Alice chegou na Cantina com sua irmã. Depois de muitos argumentos, consegui convencê-la a ir novamente ao CAPS. Eu, aicineira responsável pela cantina e dois profissionais do CAPS atendemos ela e a irmã. Alice estava muito hostil com sua irmã, relatando que seus familiares a tratam como uma ‘louca’ e que sempre chamam o Corpo de Bombeiros para interná-la; por isso, não confiava nas irmãs. Disse também que estava disposta a “tudo” para impedir a permanência do filho e da nora em sua casa.

Foi-lhe indicado o acolhimento no CAPS, com o argumento de que ela precisava se fortalecer para conseguir o que queria. Resistente no início, cedeu diante das palavras dos profissionais. Era um cuidado planejado pela equipe com o fim de que sua crise não se agravasse e ela tivesse de ser levada, de novo, de forma agressiva pelo Corpo de Bombeiros para a emergência hospitalar. Sua técnica fez o convite para ela conhecer o acolhimento, ela aceitou, mas pediu para que sua irmã não a acompanhasse nem a visitasse.

Alice ficou vinte dias no acolhimento – período quando a cantina entrou em reforma, abrindo-lhe a oportunidade de participar das oficinas de bordado e mosaico. Enquanto isso, eu e a sua técnica conversamos com o filho, a nora e a irmã dela. Foi um encontro difícil, pois defendíamos o desejo da Alice de que sua nora saísse de sua casa. O filho aceitou realizar o tratamento no CAPS de álcool e outras drogas, mas não sustentou por muito tempo.

Em janeiro/17, Alice recebeu alta e retornou para sua casa, agora sem a nora e sem recursos financeiros, já que a reforma da Cantina durou um ano, reabrindo somente em dezembro. Em fevereiro/17, sabendo que o trabalho ajudava em sua estabilização, ela foi inserida no projeto de conservação das obras de artes do Museu, recebendo uma bolsa por esse trabalho. Suas tarefas eram: auxiliar na conservação das obras em exposição, higienizando-as uma vez por semana; higienizar as obras do Bispo, antes de serem transportadas para a “bolha”, conforme explicado anteriormente.

Em meados de 2017 sua técnica de referência saiu do CAPS, e ela teve de ser acompanhada por outro profissional, a quem aceitou bem. Continuou a relatar que “no trabalho as vozes não aparecem e fora não estão como antes, estão menos persistentes”. Ela frequentava o Museu quatro vezes por semana, com o acompanhamento da museóloga. Mais uma vez, assinalou não estar bem. Tivemos uma longa conversa: estávamos sentadas no banco, embaixo da árvore, em frente ao Polo Experimental e, conforme, seu discurso prosseguia, eu tentava fazer alguma intervenção, mas me interrompia dizendo que eu não estava entendendo nada. Resolvi apenas escutar. Seu relato foi o seguinte:

Minha avó, por parte de pai, teve relações com a serpente. Ela ficou grávida e eu herdei isso (virar bicho) dela. Eu sempre fui uma criança diferente, era muito determinada. Dizia que queria estudar, se eu não entrasse na escola, eu ia colocar fogo na casa de todos. Como uma criança de três anos podia dizer isso? Teve uma vez que uns homens chegaram lá em casa, eles eram diferentes, pareciam homens das forças armadas, eram altos demais. Disseram: hoje aquela pestinha não está aqui, aí eu apareci. Então, eles disseram: vamos arrancar seus olhinhos. Aí eu virei gato para me defender deles e fugi. Quando fui trabalhar no SESI, o médico ortopedista dizia que era o Deus Todo Poderoso e era das forças armadas. Ele me contou da relação da serpente com minha avó e que eu não podia fugir da minha realidade, que eu tinha que enfrentar o mar. Eu disse para mim mesmo que não queria isso para minha vida, mas a calda (de sereia) aparece de vez em quando, desde criança. Quando eu fiquei internada no Lourenço Jorge, a calda estava lá. Os médicos disseram ‘internam ela agora’. Por isso eu não gosto do Lourenço Jorge. Minha mãe estava comigo e ela viu a calda. Todos do Lourenço viram a calda, por isso não posso ir lá. Ontem, eu conversei com a nova técnica de referência, a psicóloga E. do CAPS Bispo. Falei das dificuldades com meu filho, da situação da Cidade de Deus. Não contei esta história, por que se eu contar ela vai querer me internar. Eu só contei para você e para a J. (residente de saúde mental), por que confio em vocês. Aí a psicóloga disse que ia marcar consulta com o psiquiatra, pois eu estou há muito tempo sem ir ao psiquiatra. Imagina se eu conto essa história, o que ela ia fazer? (Ela rir da situação).

Em agosto/17, ela começou a faltar ao trabalho. Preocupada com a situação e sabendo que o CAPS se encontrava sem condições de realizar uma visita domiciliar devido os tiroteios

no bairro, eu pedi à oficinaira da culinária, Renata, para visitar Alice, por causa do seu trânsito “livre” na comunidade. Como Renata morou na Cidade de Deus e seus filhos permaneceram estudando na escola do bairro, não haveria problemas em locomover-se naquele espaço.

Na primeira visita, a oficinaira telefonou para informar que Alice estava sem tomar banho, sem remédios, sem comer. Pedi para conversar com ela ao telefone e sinalizei: “Alice, deixa eu cuidar de você, venha para cá. Eu só consigo cuidar de você aqui”. Ela riu e respondeu que iria no dia seguinte. Eu insisti: “A Renata só vai sair da sua casa se você vier com ela. Ela vai passar o dia aí e, se for preciso, a noite também, até conseguir te trazer”. Ela deu uma gargalhada e disse: “Tá bom, Margarete, você me convenceu. Vou tomar um banho e estou indo”. De fato, ela veio e foi atendida no CAPS, pegou medicamentos e combinou de retornar na semana seguinte, o que não aconteceu.

Renata manteve o combinado de passar na casa dela, antes de ir ao trabalho e no fim da tarde para garantir que estivesse tomando os medicamentos. Em alguns momentos, o filho auxiliava também, mas não com frequência. A violência agravou-se na Cidade de Deus, e Renata começou a ter dificuldades de sustentar as idas na casa da Alice, ia quando possível. Em uma das visitas, em outubro/17, Renata ligou-me muito angustiada e preocupada com estado de Alice: estava muito magra, sem se alimentar, sem remédios e, além disso, havia sido agredida pelo filho. Eu não estava no Museu, mas articulei para que ela fosse atendida no CAPS, ao mesmo tempo em que sinalizei a necessidade de ela ficar no acolhimento para garantir uma estabilização, antes que a crise piorasse.

Renata conseguiu levar Alice para o atendimento, mas ela disfarçou e relatou para sua técnica (que pouco conhecia o caso), que estava bem, que preferia ficar em casa e que precisava desse tempo para cuidar de algumas questões domésticas importantes. Ela pega os medicamentos e volta para casa, acompanhada da Renata, para não mais retornar ao CAPS.

Em 29/11/17, Alice vem acompanhada do filho para pegar o seu último pagamento, ainda guardado com a administradora do Museu. Consigo convencê-la de ir ao CAPS. A técnica de referência recebeu-nos, mas Alice estava muito hostil com o filho que, não suportando a situação, saiu da sala de atendimento. Quando foi proposto para ela ficar no acolhimento, tornou-se muito agressiva e, gritando, soltou o cabelo que estava preso e o mostrou para a gente, dizendo:

Eles fizeram macumba no meu shampoo. Meu filho entregou para os vizinhos o meu shampoo. Aquelas mulheres (vizinhas que alugaram sua casa dos fundos) colocam homens dentro de casa, eu sou uma mulher direita, não aceito isso não. Elas me desrespeitam, me chamam de maluca e meu filho fica rindo.

As mulheres colocam homens, bichas lá para usarem drogas e fazer sexo. Olha como está meu cabelo, fizeram macumba.

Alice não aceitou a abordagem proposta pelas profissionais e saiu da sala gritando “eu não sou maluca” e ameaçando agredir a mim e à técnica. Na porta do CAPS, ela continuava a gritaria. Com isso, a diretora apresentou-se a ela e a convidou para conversar em sua sala, juntamente com o médico. Mais calma, não aceitou ficar no acolhimento e combinou retornar no dia seguinte, o que não aconteceu. A situação agravou-se, tanto na Cidade de Deus quanto na profundidade de sua crise. A oficinaira Renata não conseguiu mais ter acesso à casa da Alice devido à violência do bairro.

O filho passou a ligar-me quase todos os dias, inclusive nas minhas férias, e eu lhe dava a mesma orientação: ir em busca do suporte que o CAPS podia oferecer para a família e, como alternativa, levá-la para a emergência do Hospital Municipal Lourenço Jorge, já que a recusa pelo CAPS persistia. Ele tinha dificuldades para ouvir e tentava arrumar um jeito para levar a mãe, mas queria que, antes, eu garantisse que ela ia ficar internada. Eu não lhe podia garantir nada.

Em março/18, o filho e a irmã de Alice colocaram-na dentro do carro à força, levaram-na para emergência do Hospital Lourenço Jorge, onde ficou internada por dois dias, tendo sido transferida para o Hospital Municipal Philippe Pinel, em Botafogo, já que o CAPS Bispo não tinha disponibilidade de leito no acolhimento. No dia 19/03 ela, é transferida para o CAPS, recebendo alta no dia 29/03.

Quando fui visitá-la no CAPS, Alice pediu-me desculpas pela sua agressividade e também por acreditar em tudo que seu filho lhe dizia sobre mim, incluindo que eu iria interná-la no hospício longe dele e que ela nunca mais sairia de lá. Ela disse: “Eu acreditei nisso e não aceitava vir para cá e, na verdade, você só queria me ajudar. Como pude pensar isso de você? Você está sempre disponível para me ajudar”. Eu sinalizo que este é o meu trabalho.

Alice pede para retornar ao trabalho de conservação das obras de arte, eu informo que a bolsa que ela recebia não estava mais disponível. Ela comenta “não tem problemas, eu tenho dinheiro da aposentadoria que dá para pagar as contas. Eu quero trabalhar novamente no Museu. Lá eu me sinto bem, trabalho com pessoas de outro nível e isso é bom”. Combinamos que dois dias da semana iria trabalhar no Bistrô Bispo e dois dias na reserva técnica, tendo um dia de folga.

No dia que recebeu alta, ficou sabendo que eu estava organizando a viagem para São Paulo, para participar da abertura da exposição Lugares de Delírio, no SESC Pompeia. Obras

do artista Bispo do Rosário e dos artistas do Atelier Gaia foram selecionadas para a exposição e, além disso, teria a performance do artista Arlindo. Alice ficou interessada em viajar, combinou comigo o empréstimo para os gastos da viagem. Em seguida, eu tirei 10 dias de férias e, no retorno, descobri que ela não sustentou a combinação em relação ao trabalho e havia deixado o recado que não ia mais viajar.

Alice entra em crise novamente e o ciclo se repete; com isso, foi levada pelos familiares para a emergência e depois transferida para o acolhimento no CAPS Bispo.

Esse caso evidencia a importância da rede de cuidados por onde Alice circula; os serviços estão disponíveis para o acolhimento e vão além do tratamento medicamentoso, tais como: disponibilidade para escutá-la; comprometimento para construir junto com ela um novo projeto terapêutico, incluindo o seu trabalho no Programa de Geração de Trabalho e Renda.

4.4 OS ATRAVESSAMENTOS DA CLÍNICA DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A clínica da atenção psicossocial proporciona uma reflexão sobre os conceitos de direitos humanos, cidadania, cultura, desinstitucionalização, psicanálise, sofrimento psíquico, produção de subjetividade, entre outros. São pontos que se entrelaçam e desafiam os envolvidos, abrindo espaço para que a clínica atravesse o PGTR. Uma clínica feita por muitos: profissionais de saúde, oficinairos, estagiários, residentes, recepcionista, artistas do Museu, pessoal da limpeza, ou seja, todos, cada um do seu jeito, investem em um cuidado diferenciado diante de situações muitas vezes inesperadas, mas sempre respeitando a singularidade de cada um.

Pedro Gabriel Delgado (2007) ensina que a clínica da reforma é, na base, de inclusão social, adentrando, por isso, o campo da política. É uma clínica que não está pronta, que precisa ser construída no território: “O que fazemos é transformar o território em lugares de produção do cuidado” (DELGADO, 2007, p. 61). Assim, constrói-se uma rede de cuidados.

O PGTR propõe oferecer espaços estruturados, para que o psicótico possa, sim, gerar uma renda, mas também encontrar um lugar onde seja possível estabilizar seu quadro, ainda que contingencialmente, de modo a facilitar o resgate da sua dignidade, da sua cidadania. Segundo Saraceno, “necessitamos de esquizofrênicos cidadãos” (SARACENO, 1996, p. 16).

Nos três casos ilustrados neste capítulo, ressalta-se a importância do trabalho na vida dessas pessoas. Vasquez e Pitta (2017) sinalizam, no artigo ‘Trabalho, sofrimentos psíquicos e direitos humanos’, que “o trabalho ocupa lugar central nas reflexões e análises, de modo que o

sujeito que realiza trabalho constitua a sua humanidade, integridade, dignidade e vida material, de forma que se reconheça naquilo que faz” (VASQUEZ; PITTA, 2017: 455).

Neste contexto, a partir do momento em que o usuário João consegue um trabalho que lhe viabiliza o uso do colete e do broche com a marca e o nome do mBrac, ele assume o lugar de trabalhador, reconhece-se e é reconhecido como funcionário daquele local. Os seus direitos, antes determinados pelo abrigo, hoje são reivindicados por ele mesmo, com sua particularidade. O PGTR foi oferecendo possibilidades de uma convivência mais humana, onde suas escolhas são respeitadas.

No caso de Lucas fica evidente o desejo de resgatar a sua cidadania através do trabalho, permitindo construir laços com seus colegas de trabalho. No entanto, algo não se sustenta quando ele perde a bolsa de trabalho, sua médica é transferida e eu não correspondo ao seu amor.

O caso da Alice mostra que o trabalho auxilia a conter a invasão das vozes, mas demonstra também que uma rede social conflituosa deixa fragilizada e com dificuldades para sustentar o seu tratamento, como nos momentos em que ela não aceita qualquer abordagem. Tal atitude convoca os profissionais de referência a buscarem alternativas de cuidado.

Ao realizarem alguma intervenção possível, os técnicos, por sua vez, tentam trabalhar várias frentes como, por exemplo, inclusão social, exercício de cidadania e o cuidado com o próprio tratamento, entre outros. Neste sentido, o termo utilizado por Éric Laurent, “analista cidadão”, parece bem próximo do papel dos técnicos, com a ressalva de que eles não são necessariamente analistas, no sentido de que o seu trabalho não se restringe à escuta; ao contrário, exige participação e um movimento para incluir o usuário no debate democrático.

Pedimos uma rede de assistência em saúde mental que seja democrática e, como acontece efetivamente na fórmula que se tem utilizado, seja capaz de respeitar os direitos de cidadania dos sujeitos que estão nesse campo e nesse marco concreto da saúde mental (LAURENT, 1999, p. 11).

O Programa de Geração de Trabalho e Renda propõe-se a fazer parte da rede de cuidados no território, favorecendo a construção de um novo lugar social. Lucas, João e Alice vivenciaram/vivenciam essa construção que se dá no cotidiano. Delgado (2007) sinaliza que clínica é “o caso, a escuta, a delicadeza, o fascínio da surpresa, mas o rumo” (DELGADO, 2007, p. 64), isto é, tem uma direção. Esta é a clínica que acredito como possível meio de inclusão social e fundamental no processo de desinstitucionalização.

Assim, novos agenciamentos vão surgindo na relação do usuário com o profissional e com os outros participantes da oficina. Essas relações são estabelecidas no dia a dia da oficina, permitindo que o usuário sustente sua existência na vida. Portanto, “a oficina pode ser laboratório de transformação e ampliação da vida” (RODRIGUES; YASUI, 2016, p. 18).

Na descrição dos três casos, parece ficar evidente a importância da escuta qualificada, atravessada pelas contribuições da psicanálise. O acolhimento das demandas de cada sujeito é uma transformação dos aportes teóricos em ferramentas que têm sido utilizadas na clínica da atenção psicossocial. Desse modo, a abertura produzida pela escuta singular, caso a caso, torna-se um indicador que aponta a importância do trabalho em sustentar a ação de colocar o sujeito no lugar de cidadão. Além disso, ressalta-se o papel da rede que ampara o sujeito nas suas demandas situacionais, mesmo porque a ferramenta do trabalho, por si só, não é garantia total de estabilidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O essencial que se tem de fazer em relação à loucura é ajudá-la a se colocar a salvo da miséria, da opressão e da mentira social.

O resto é vinte por cento de conhecimento, vinte e cinco por cento de inspiração e cinquenta por cento de suor.

(Ana Pitta)

Sabe-se que, ao longo da história da psiquiatria, o trabalho sempre esteve presente como uma das propostas de tratamento para recuperação dos pacientes. Entretanto, o trabalho como dispositivo terapêutico e de inserção social, por si só, sempre se mostrou insuficiente. O modelo das colônias agrícolas, na virada do século XIX para o XX, dentro das quais o paciente deveria retornar ao estágio de “bom selvagem”, em meio às atividades lúdicas rurais, assim como, as reformas de orientação preventiva e comunitária, entre as décadas de 60 e 70, fracassaram, e, com isso, deu-se, mais uma vez, a exploração filantrópica da mão de obra gratuita dos pacientes psiquiátricos.

A partir da década de 70, a Psiquiatria Democrática Italiana, tendo como precursor Franco Basaglia, que criticava o modelo da psiquiatria clássica e o saber médico, rompeu com todas as práticas asilares e propôs a desconstrução do manicômio, reinventando o território através da problematização do imaginário social que havia sobre a loucura. Foi instaurado o processo de desinstitucionalização dos pacientes internados, definindo um novo lugar social com liberdade de circulação na cidade. Em consequência, abriram-se novas modalidades de intervenção no campo da saúde mental, que possibilitaram repensar o quanto o investimento na cidadania vinha garantir a qualidade de vida dos pacientes.

O processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil começou no final da década de 70, avançou por diversos campos, principalmente nos campos político e assistencial, construindo novas formas de cuidar dos usuários em serviços substitutivos ao manicômio. Inclui-se aqui os dispositivos (cultura, geração de renda, residência terapêutica, entre outros) que promovem a saúde, a autonomia e a inserção social desta clientela.

Uma das transformações no mundo do trabalho, em nível global nas últimas décadas, foi a restrição do mercado formal de trabalho, isto é, o acesso ao emprego fixo com garantias de seguridade social (salário, férias remuneradas, décimo terceiro salário, benefícios

previdenciários, seguro desemprego e plano de carreira) ficou reduzido, sem projeções de aumentar a curto ou médio prazos. Aliás, para a maioria da população em idade produtiva, esse tipo de trabalho vem diminuindo, impactando o mercado de trabalho informal, que se apresenta em crescimento – situação que aprofunda as desigualdades econômicas e sociais. Diante desse cenário, as dificuldades de inserção do usuário dos serviços de saúde mental no mercado formal de trabalho vêm aumentando a cada dia, pois o estigma da loucura, da incapacidade e da possível agressividade do louco ainda permanece na sociedade.

Em contrapartida, esta pesquisa revela que políticas públicas, mesmo que em passos lentos, estão sendo elaboradas, de forma a criarem-se alternativas para geração de renda através das oficinas e/ou de cooperativas que capacitam o usuário em uma profissão. Com isso, o número de oficinas para esse fim vem crescendo gradativamente no território brasileiro.

Responder as questões que nortearam este trabalho não foi uma tarefa fácil, diante dos enfrentamentos oriundos das políticas públicas no campo da saúde mental, principalmente no momento de crise econômica do País. No cenário atual, os profissionais da ponta reinventam possibilidades para a inclusão social e a promoção do aumento da renda dos usuários. Outro ponto fundamental é a (re)conquista da cidadania, que, devido à natureza desta clientela, muitas vezes é subtraída a qualquer possibilidade dos seus direitos.

Os casos clínicos revelam que apostar no sujeito é uma ênfase na prática entre vários profissionais que buscam uma direção do tratamento orientada pela clínica da atenção psicossocial – prática construída no coletivo, mas que exige estratégias de intervenção no cotidiano, de caso a caso.

As circunstâncias muito particulares desse cuidado não permitem uma generalização, mas servem como exemplo de que a internação, com forte aporte medicamentoso, e a retirada do convívio social, não podem ser os únicos recursos para o tratamento dos usuários, sejam eles graves ou não. Nesse contexto, diferentes dispositivos (escuta clínica, oficinas culturais e de geração de renda, entre outros) são fundamentais no processo de desinstitucionalização, facilitando a inserção social desta clientela.

Considero que esta pesquisa descreve que, mesmo diante dos impasses que a psicose apresenta, é possível construir-se espaços coletivos, que possibilitem o enlace do cuidado, da inclusão social através do trabalho e do vínculo afetivo.

Para concluir, relatar toda essa experiência, de fato, serviu como canal de compartilhamento das dificuldades e das conquistas que o “Arte, Horta & cia” tem vivenciado desde a sua origem. Descrever o quanto esse dispositivo é essencial na vida de algumas pessoas

pontua a importância deste Programa de Geração de Trabalho e Renda como instrumento de resgate da cidadania desta clientela. Não é fato que todos irão gerar uma renda suficiente para o sustento próprio, mas há possibilidades de oferecer ao psicótico um espaço que dê um certo contorno em sua vida. Assim, aproprio-me da frase do grande artista contemporâneo Arthur Bispo do Rosário: “Eu preciso destas palavras. Escrita”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, N.C.; ALVAREZ, A.P. LUIZ, C.A.; FIGUEIREDO. A. P.; POLESHUCK, M. E. Dá para fazer! Guia prático de economia solidária e saúde mental. Rio de Janeiro: WalPrint/Bel Lab Design e Comunicação, 2017.

ALVAREZ, Ariadna Patrícia Estevez. Saúde e Trabalho: o que o psicólogo tem a ver com a construção destas políticas públicas? Experiências em Psicologia e Políticas Públicas – Caderno do III Prêmio Margarete de Paiva Simões Ferreira. Rio de Janeiro: CRP/RJ, 2011.

_____; NEVES, C. E. A. B.; SILVA, C. O. Saúde Mental e Economia Solidária: pesquisa cartográfica em um dispositivo clínico-político. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental. Florianópolis: 2017.

AMARANTE, Paulo. Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

_____. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

_____. TORRE, Eduardo H.G. Direitos Humanos, Cultura e Loucura no Brasil: um novo lugar social para a diferença e a diversidade. In: OLIVEIRA, Walter; PITTA, Ana; AMARANTE, Paulo (Orgs). Direitos Humanos & Saúde Mental. São Paulo: Hucitec, 2017.

ANTUNES, R. Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo, 1999.

ARAÚJO. J.H.Q. Entre Preservar e Reformar: práticas e saberes psis no museu da Colônia Juliano Moreira. Dissertação de Mestrado em Psicologia Social/UERJ. Rio de Janeiro, 2016.

ARAÚJO. M.S. Inserção Social pelo Trabalho: o caso das oficinas de geração de renda do município do Rio de Janeiro. Monografia apresentada como requisito final do Curso de Especialização em Saúde Mental para Técnicos dos CAPS. IPUB/UFRJ, 2004.

BARROS, D. D. Jardins de Abel: desconstrução do manicômio de Trieste. São Paulo: Universidade de São Paulo/Lemos Editorial, 1994.

BASAGLIA, Franco. A Instituição Negada: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

_____. Escritos Seleccionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BECKER, Paulo. Freud e a Transferência. Seminário lacaniano nº 1. Rio de Janeiro: Letra Freudiana, 1988.

BIRMAN, Joel; COSTA, Jurandir Freire. Organização de Instituições para uma Psiquiatria Comunitária. In: AMARANTE, Paulo (Org). Psiquiatria social e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994.

BRASIL. Decreto n.º 6.949, de 25 de agosto de 2009. Dispõe sobre a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm. Acesso em: 25 abr. 2017.

_____. Ministério da Saúde; Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria 353, de 07 de março de 2005. Institui o grupo de trabalho de saúde mental e economia solidária.

_____. Ministério da Saúde, Portaria nº. 1.169/GM, de 07/07/2005. Destina incentivo financeiro para municípios que desenvolvam projetos de Inclusão Social pelo Trabalho destinados a pessoas portadoras de transtornos mentais e/ou de transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

_____. Ministério da Saúde, Portaria nº 3.088, de 23/12/2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental e economia solidária: inclusão social pelo trabalho/Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

CALDAS, Heloisa. A Manobra da Transferência na Entrada em Análise. Transferência – Tykhe e Automaton. Atas das Jornadas Clínicas do Corte Freudiano Associação Psicanalítica, dezembro de 1990.

CAMPOS, Flavio de; CLARO, Regina. Livro digital Oficina da história. Disponível em: http://www.leyaeducacao.com.br/pnld2015/catalogos/historia/2_ano/files/assets/basic-html/index.html#15>. Acesso em: jan/18.

CATTANI, Antonio D. Trabalho e Autonomia. Petrópolis/RJ: Vozes, 2000.

CAYRES, C.; DOMITTI, A. C.; CARNEVALLI, M. E.; BIANCHINI, V. O Desafio da Reabilitação Profissional. In: HARARI, A; VALENTINI, W. (Orgs). A reforma psiquiátrica no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2001.

Colônia Juliano Moreira. Programa de Ressocialização da Colônia Juliano Moreira (1982). Localização: Biblioteca do Centro de Estudos do IMASJM, Rio de Janeiro.

COMISSÃO DE EMENDAS CONSTITUCIONAIS E VETOS, 2004. Disponível em: <http://alerjln1.alerj.rj.gov.br/scpro99.nsf/dae85f46f020c57003256bc60068cf57/2c823f266a248a2a83256e9b0073e730?OpenDocument>

COSTA, Renato Gama-Rosa; GONÇALVES, Ana Paula Casassola. Evolução Urbana da Colônia Juliano Moreira. In: VENÂNCIO, Ana Teresa; POTENGY, Gisélia Franco (Orgs.). O asilo e a cidade: histórias da Colônia Juliano Moreira. Rio de Janeiro: Garamond, 2015.

DEFFIEUX, Jean-Pierre. O Sujeito Paranoico e a Transferência em Instituição. In: Pertinências da psicanálise aplicada. Trabalhos da Escola da Causa Freudiana reunidos pela Associação do Campo Freudiano; tradução de Vera Avellar Ribeiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007.

DELGADO, P. G. G. Reforma Psiquiátrica e Inclusão Social pelo Trabalho. In: Saúde mental e economia solidária: inclusão social pelo trabalho. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

DELGADO, P.G.G. Por uma Clínica da Reforma: concepção e exercício. Cadernos de Saúde Mental. ESP MG, v.1, 2007.

ELIA, L. COSTA, Roberta & Pinto, R.F. Sobre a Inserção da Psicanálise nas Instituições de Saúde Mental. In: ALTOÉ, S.; LIMA, M. M. (Orgs.). Psicanálise, Clínica e Instituição. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2005.

ENSP TV. Entrevista do doutor Pedro Gabriel Delgado com Benedetto Saraceno, professor da Universidade de Genebra (Suíça) e da Universidade Nova de Lisboa, Portugal. Coordenador da Plataforma Gulbenkian para a Saúde Mental Global. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=-HuGVHEZ144>>. Acesso em: jan/2018.

FADISTA, Monica; ARAÚJO, Margarete. Arte, Horta & Cia – trabalho protegido do CAPS Arthur Bispo do Rosário. In: COSTA, Clarice Moura; FIGUEIREDO, Ana Cristina (Orgs.). Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania. Rio de Janeiro: ContraCapa, 2004.

FAGUNDES, Hugo M. Os CAPS de Campo Grande e Santa Cruz e a consolidação da rede de atenção psicossocial na cidade do Rio de Janeiro. Cadernos IPUB, nº 14, 1999.

FONSÊCA, L.M. O Debate sobre o Destino dos Egressos de Longas Internações Psiquiátricas: o caso do Instituto Municipal de Assistência à Saúde (IMAS) Juliano Moreira. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

FOUCAULT, Michel. História da Loucura na Idade Clássica. São Paulo: Perspectiva, 1964.

_____. Doença mental e psicologia. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.

_____. Vigiar e punir. Petrópolis/RJ: Vozes, 1997, 24ª ed.

_____. Microfísica do poder. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra, 2017, 6ª ed.

FREUD, Sigmund. [1909]. Notas sobre um Caso de Neurose Obsessiva. In: Obras psicológicas completas. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. X.

_____. [1911]. Notas Psicanalíticas sobre um Relato Autobiográfico de um Caso de Paranoia (dementia paranoides). In: Op. cit., v. XII.

_____. [1912]. A Dinâmica da Transferência. In: Op. cit., v. XII.

_____. (1915 [1914]). Observações sobre o Amor Transferencial. In: Op. cit., v. XII.

GOFFMAN, Erving. Manicômios, Prisões e Conventos. São Paulo: Perspectiva, 2015, 9ª ed.

GUERRA, Andréa Máris Campos. Oficinas em Saúde Mental: percurso de uma história, fundamentos de uma prática. In: COSTA, Clarice Moura; FIGUEIREDO, Ana Cristina (Orgs.). Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania. Rio de Janeiro: ContraCapa, 2004.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. Integralidade da Atenção e Integração de Serviços de Saúde: desafios para avaliar a implantação de um 'sistema sem muros'. In: Caderno Saúde Pública. Rio de Janeiro: 2004.

HIDALGO, Luciana. Arthur Bispo do Rosário: o senhor do labirinto. Rio de Janeiro: Rocco, 1996.

INDART, Juan Carlos. Esboços de economia política e psicanálise. Opção Lacaniana. Revista Brasileira Internacional de Psicanálise, nº 38. São Paulo: Eolia, 2003.

IFB. Relatório Anual de Assessoria Técnica: implantação e consolidação da Rede de Atenção Psicossocial do Município do Rio de Janeiro. IFB, 2008.

JONES, Maxwell. A Comunidade Terapêutica. Petrópolis/RJ: Vozes, 1972.

KAUFMANNER, Henri. Transferência na Psicose. Revista Curinga. Psicanálise e saúde mental. Belo Horizonte: EBPMG, n. 13, p. 112-117, set. 1999.

LACAN, Jacques. [1960]. O Seminário, livro 8: a transferência. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

_____. [1964]. O Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

LAURENT, Éric. O Analista Cidadão. Revista Curinga. Minas Gerais: EBP, 1999.

LEAL, Erotildes Maria; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Clínica e Cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. In: PINHEIRO, R. *et al.* (Orgs). Desinstitucionalização na saúde mental: contribuições para estudos avaliativos. Rio de Janeiro: Abrasco, 2007.

LOBOSQUE, A. M. Experiências da Loucura. Rio de Janeiro: Garamond, 2001.

LUCAS, Maria Raquel Pardo; TENÓRIO, Fernando. Equilibrando Pratos: o Centro de Atenção Diária do Hospital Municipal Jurandyr Manfredini. Cadernos do IPUB/ Instituto de Psiquiatria da UFRJ. Nº 14. Rio de Janeiro: UFRJ, 1999.

Ministério Público do Trabalho. Notificação Recomendatória/COP/PRT nº 85976/2012.

NASIO, J. D. Lições sobre os sete conceitos cruciais da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

NICÁCIO, Erimaldo Matias. Clínica e Cidadania em Saúde Mental. In: NICÁCIO, E. M.; BISNETO, J.A. (Orgs.). A prática do assistente social na saúde mental. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2013.

ONGARO, Franco Basaglia. Transformação Institucional e objetivos Comuns. In: A instituição Negada: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID 10). Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>>.

Plano da Escola Livre de Artes (ELA) do Museu Bispo do Rosário Arte Contemporânea. Arquivo do mBrac. Rio de Janeiro, 2017.

POCHMANN, Marcio. O emprego na globalização: a nova divisão internacional do trabalho e os caminhos que o Brasil escolheu. São Paulo: Boitempo, 2001.

RESENDE, Heitor. Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS; COSTA (Orgs). Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis/RJ: Vozes, 1992.

RODRIGUES, Ariana Campana; YASUI, Silvio. Oficinas de Geração de Trabalho e Renda na Atenção Psicossocial: reflexões sobre um equipamento e suas produções de cuidado. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental. Florianópolis: 2016.

ROTELLI, Franco. A Instituição Inventada. In: NICÁCIO, Fernanda (Org.). Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec, 1990.

_____. Superando o Manicômio – o circuito psiquiátrico de Trieste. In: AMARANTE, P. (Org). Psiquiatria social e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994.

_____. Empresa Social: construindo sujeitos e direitos. In: AMARANTE, P. (Org). Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.

SARACENO, Benedetto. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Belo Horizonte/Rio de Janeiro: Te Corá, 2001.

SCHMIDT, Márcia. Democratização no Hospital Psiquiátrico: um estudo da Colônia Juliano Moreira nos anos oitenta. Dissertação de mestrado em Saúde Coletiva. UERJ, 1992.

SILVA, Maria Anita. Do Trabalho da Transferência à Transferência de Trabalho. Transferência – Tykhe e Automaton. Atas das Jornadas Clínicas do Corte Freudiano Associação Psicanalítica, dezembro de 1990.

SILVEIRA, Pedro Duarte. O Trabalho e a Produção do Sujeito. In: O seminário de Lacan: travessia. Rio de Janeiro: Tempo Freudiano Associação Psicanalítica, 2002.

SINGER, Paul. Introdução à economia solidária. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2002.

_____. Saúde Mental e Economia Solidária. In: Saúde mental e economia solidária: inclusão social pelo trabalho. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Dez Anos de Secretaria Nacional de Economia Solidária (SENAES). Boletim Mercado de Trabalho – conjuntura e análise, nº 56. IPEA, 2014.

SOLANO-SUAREZ, Esthela. Os Poderes do Amor. Latusa. Rio de Janeiro: EBP, v. 10, p. 51-60, jun, 2005.

TENÓRIO, Fernando. A Psicanálise e a Clínica da Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Rios

Ambiciosos, 2001.

TYKANORI, Roberto. Contratualidade e Reabilitação psicossocial. In: PITTA, Ana (Org). Reabilitação Psicossocial no Brasil. São Paulo: 1996.

VASQUEZ, Petilda Serva; PITTA, Ana Maria Fernandes. Trabalho, Sofrimento Psíquico e Direitos Humanos. In: OLIVEIRA, W.F.; PITTA, A.M.F; AMARANTE, P. (Orgs). Direitos humanos e saúde mental. São Paulo: Hucitec, 2017.

VENÂNCIO, A.T. Da Colônia Agrícola ao Hospital-colônia: configurações para a assistência psiquiátrica no Brasil na primeira metade do século XX. História, Ciências, Saúde. Rio de Janeiro: 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-5970201100050000>. Acesso em: dez/17.

_____; DELGADO, Pedro Gabriel. Morar no Asilo: perspectivas de análise da “comunidade interna” da Colônia Juliano Moreira. In: Cadernos do NUPSO nº 3. Rio de Janeiro: NUPSO/COEP/CJM, 1989.

VERTZMAN, Júlio; SERPA Jr, Otávio, CAVALCANTI, Maria Tavares. Psicoterapia institucional: uma revisão. In: BEZERRA Jr, B; AMARANTE, P. (Orgs). Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

YASUI, Silvio. Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Tese de doutorado em Ciências na área de Saúde. Rio de Janeiro, 2006.

ZAMBRONI-DE-SOUZA, Paulo César; ATHAYDE, Milton; ARAÚJO, Anísio José da Silva; SOUZA, Ana Maria Zambroni. O Pioneirismo de Louis Le Guillant na Reforma Psiquiátrica e Psicoterapia Institucional na França: a importância do trabalho dos pacientes para abertura dos hospícios. Estudos e Pesquisas em Psicologia. Rio de Janeiro: UERJ, 2009.

ANEXOS

Anexo 1

Lei Nº 4.323 DE 12 DE MAIO DE 2004

DISPÕE SOBRE POLÍTICA ESTADUAL PARA A INTEGRAÇÃO, REABILITAÇÃO E INSERÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO DO PORTADOR DE TRANSTORNOS MENTAIS E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS

Faço saber que a Assembléia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º - A Política Estadual para integração da Pessoa Portadora de Transtornos Mentais compreende o conjunto de orientações normativas que objetivam assegurar o pleno exercício dos direitos individuais e sociais da população alvo.

Art. 2º - É responsabilidade do Estado do Rio de Janeiro o desenvolvimento de Políticas de Integração e Inserção no Mercado de Trabalho de Pessoas Portadoras de Transtornos Mentais, com a devida participação da família, da sociedade, dos profissionais e órgãos de saúde e do empresariado.

Art. 3º - Considera-se Pessoa Portadora de Transtornos Mentais para exercer atividades laborais no mercado de trabalho, aquelas referenciadas aos Serviços de Atenção Diária da Rede Pública e Privada, e que estejam cadastradas no Programa Núcleo de Saúde Mental e Trabalho – NUSAMT – da Secretaria e Estado de Trabalho do Rio de Janeiro.

Art. 4º - É finalidade primordial da Política Estadual de Emprego a Inserção da Pessoa Portadora de Transtornos Mentais no mercado de trabalho ou a sua incorporação ao sistema produtivo.

Art. 5º - São modalidades de inserção laboral da Pessoa Portadora de Transtornos Mentais.

I – Mediante a contratação das Cooperativas Sociais de que trata Lei Federal nº 9.867 de 10 de novembro de 1999;

II – Mediante Colocação Competitiva: processo de contratação regular, nos termos da Legislação Trabalhista e Previdenciária que independe de adoção de procedimentos e apoios especiais para sua concretização, não sendo excluída a possibilidade de utilização de apoios especiais.

III – Mediante Colocação Seletiva: Processo de contratação regular, nos termos da Legislação Trabalhista e Previdenciária que depende da adoção de procedimentos e apoios especiais para a sua concretização.

IV – Mediante Contratação para Prestação de Serviços, por entidade pública ou privada, da Pessoa Portadora de Transtornos Mentais.

V – Mediante a Comercialização de bens e serviços decorrentes de Associações e outras entidades ligadas aos Serviços de Saúde Mental.

Art. 6º - Para efeito do disposto nesta Lei:

I – Consideram-se procedimentos especiais os meios utilizados para a contratação de pessoa que, devido ao seu grau de transtorno (comprometimento), transitório ou permanente, exija condições especiais, tais como, jornada variável, horário flexível, proporcionalidade de salário, ambiente de trabalho adequado às suas especificidades, entre outras.

II – Consideram-se apoios especiais o encaminhamento, a orientação, a supervisão e o suporte técnico, entre outros elementos, que auxiliem ou permitam compensar uma ou mais limitações impostas pela condição do beneficiário, de modo a superar as barreiras, possibilitando a plena utilização de suas capacidades.

Art. 7º - A prestação de serviços de que trata a presente Lei será feita mediante celebração de convênio ou contrato formal, entre a Entidade Beneficente de Assistência Social e o tomador de serviços, no qual constará a relação nominal dos trabalhadores portadores de transtornos mentais colocados à disposição do tomador.

Parágrafo único – A entidade que se utilizar do processo de Colocação Seletiva deverá promover, em parceria com o tomador de serviços, programas de prevenção de doenças profissionais e de redução da capacidade laboral.

Art. 8º - V E T A D O (Os percentuais de cargos de que trata o art. 93 da Lei Federal nº8213 deverão ser aplicados pelas empresas com relação às Pessoas Portadoras de Transtornos Mentais).

Art. 9º - Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 12 de maio de 2004

ROSINHA GAROTINHO

Governadora do Estado do Rio de Janeiro

Anexo 2

NOTIFICAÇÃO RECOMENDATÓRIA/COP/PRT 1ª/No. 85976/2012

O MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO - PROCURADORIA REGIONAL DO TRABALHO DA 1ª REGIÃO, pelas Procuradoras do Trabalho signatárias, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei Orgânica do Ministério Público da União - Lei Complementar nº 75, de 20 de maio de 1993 - especialmente a norma do artigo 6º, inciso XX, em combinação com o artigo 84, caput, que autoriza "expedir recomendações, visando à melhoria dos serviços públicos e de relevância pública, bem como o respeito aos interesses, direitos e bens cuja defesa lhe cabe promover, fixando prazo para adoção das providências cabíveis";

Considerando que a Constituição da República, no artigo 3º, inciso IV, estabelece como objetivo fundamental da República, "promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação";

Considerando que a Convenção nº 111, da Organização Internacional do Trabalho, em seu artigo 1º, define o termo discriminação como:

1-toda distinção, exclusão ou preferência fundada na raça, cor, sexo, religião, opinião política, ascendência nacional ou origem social que tenha por efeito destruir ou alterar a igualdade de oportunidades ou de tratamento em matéria de emprego ou profissão;

2-qualquer outra distinção, exclusão ou preferência que tenha por efeito destruir ou alterar a igualdade de oportunidades ou tratamento em matéria de emprego ou profissão, que poderá ser especificada pelo Membro interessado depois de consultas as organizações representativas de empregadores e trabalhadores, quando estas existam e outros organismos adequados.

Considerando que a Convenção da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, ratificada pelo Brasil com equivalência à Emenda Constitucional, por força do disposto no artigo 5º, §3º, da Constituição da República, por meio do Decreto Legislativo nº 186, de 9 de julho de 2008, alterou a conceituação de pessoa com deficiência, ao estabelecer, em seu artigo 1º:

Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade com as demais pessoas.

Considerando que a inclusão da palavra “mental” entre as demais deficiências implicou na imediata ampliação das categorias abrangidas pelo conceito;

Considerando que a nova definição trazida pela Convenção da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência importa na necessidade de atuação concertada, intersetorial e multidisciplinar, com vistas à remoção de barreiras que obstruam a interação social, entre outras, de todas as pessoas em situação de vulnerabilidade social, que sofrem estigmas ou preconceitos em razão de serem pessoas com transtornos mentais, em graus que requeiram a aplicação da legislação em vigor;

Considerando que se encontram sob acompanhamento, nesta Procuradoria Regional do Trabalho da 1ª Região, o Termo de Ajustamento de Conduta celebrado com PREZUNIC COMERCIAL LTDA., nos autos do Inquérito Civil nº 1851/2009, e o Termo de Conciliação celebrado com EMBRATEL, nos autos da Ação Civil Pública nº 00056700-44.2000.5.01.0001;

Considerando que nos mencionados instrumentos há cláusulas de promoção social - extraídas do conceito de responsabilidade social, através das quais as mencionadas empresas se comprometeram a desenvolver práticas pró-ativas tanto para a inclusão social de pessoas com deficiência quanto para a inclusão de pessoas com transtornos mentais no mercado de trabalho;

Considerando que, conforme registrado na Ata da 12ª Reunião Nacional da Coordenadoria Nacional de Promoção de Igualdade de Oportunidades e Eliminação da Discriminação no Trabalho_ Coordigualdade, realizada nos dias 23 e 24.11.2010, em Brasília, no Distrito Federal, foi apresentada a experiência do Rio de Janeiro, de inclusão nos Termos de Ajustamento de Conduta, celebrados visando o cumprimento do estabelecido no artigo 93, da Lei nº 8.213/91, de cláusulas promocionais que envolvam a inclusão de pessoas com transtornos mentais (esquizofrenia, bipolaridade etc) no mercado de trabalho, cuja redação possui o seguinte teor:

CLÁUSULA DE PROMOÇÃO SOCIAL – Afirmando seu compromisso e engajamento em práticas inclusivas que reflitam sua responsabilidade social a empresa se compromete a elaborar e/ou participar de projetos/programas e/ou quaisquer estratégias de solidariedade social, que visem à diminuição de estigmas e preconceitos sofridos por diversos grupos de pessoas em desvantagem no mercado de trabalho, em especial, através de celebração de contrato de trabalho com egressos do sistema penitenciário, portadores de doenças crônicas, portadores de transtornos mentais entre outros.

Considerando que a redação da cláusula acima transcrita é resultado de demanda detectada por ocasião da participação do Ministério Público do Trabalho em seminários, palestras e reuniões de trabalho sobre o tema, especialmente aqueles promovidos pelo NUSAMT - Núcleo de Saúde Mental e Trabalho. O NUSAMT é um programa da Secretaria Estadual de Trabalho e Renda – SETRAB, integrado à Superintendência de Saúde, Segurança e Ambiente do Trabalho (Coordenadora Dra. Maria Christina Rodrigues Menezes), que conta com a Coordenação da Comissão de Direitos Humanos da OAB/RJ e estrutura-se com a participação da Comissão de Defesa dos Direitos das Pessoas com Deficiência da OAB/RJ, da Associação dos Parentes e Amigos dos Pacientes do Complexo Juliano Moreira - APACOJUM e da Associação dos Amigos do Cais do Instituto Phillippe Pinel – AMOCAIS entre outras;

Considerando ser função institucional do Ministério Público a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis;

RESOLVE expedir a presente Notificação Recomendatória à NOTIFICADA, a ser observada por prazo indeterminado, no sentido de:

CLÁUSULA PRIMEIRA – A NOTIFICADA deverá informar ao Ministério Público do Trabalho, no prazo de 30 (trinta) dias, por meio de petição levada ao protocolo desta Procuradoria Regional do Trabalho da 1ª Região, situado na Avenida Churchill, nº 94, 7º andar, Centro, Rio de Janeiro, RJ, fazendo menção ao Procedimento Promocional nº 002290.2011.01.000/0, o recebimento da presente Notificação Recomendatória, e as medidas que serão, ou já foram, adotadas pela NOTIFICADA para a contratação de pessoas com deficiência, atentando à ampliação conceitual trazida pela Convenção da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, em especial no que tange à pessoas com deficiência psicossocial. PARÁGRAFO ÚNICO - Para o cumprimento da legislação em vigor, a NOTIFICADA poderá entrar em contato com o Núcleo de Saúde Mental e Trabalho - NUSAMT, à Av. General Justo, 275 sala 712, telefone: 23326816 – Coordenadora Sra. Vera Pazos.

Com a certeza de que, além de observar os mandamentos legais, a empresa estará dando prova de sua responsabilidade social, além de contribuir para a formação de um novo espírito empresarial fundado na ética e no respeito à dignidade da pessoa humana.

LISYANE CHAVES MOTTA

PROCURADORA DO TRABALHO

LUCIANA TOSTES DE GUADALUPE E SILVA

PROCURADORA DO TRABALHO

Anexo 3

PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 353 Em 7 de março de 2005.

Institui o Grupo de Trabalho de Saúde Mental e Economia Solidária e dá outras providências. O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE e O MINISTRO DE ESTADO DO TRABALHO E EMPREGO, no usodas atribuições que lhes são conferidas pelo art. 87, parágrafo único, inciso I, da Constituição, e

Considerando as atribuições da Secretaria Nacional de Economia Solidária, do Ministério do Trabalho e Emprego, que busca construir a política nacional de fortalecimento da economia solidária e da autogestão, estimular a criação, a manutenção e a ampliação de oportunidades de trabalho e renda, por meio de empreendimentos autogestionados, organizados de forma coletiva e participativa, bem como colaborar com outros órgãos de governo em programas de desenvolvimento e combate ao desemprego e à pobreza;

Considerando as diretrizes da política nacional de saúde mental, que busca construir um efetivo lugar social para os portadores de transtornos mentais, por intermédio de ações que ampliem sua autonomia e melhora das condições concretas de vida;

Considerando as diretrizes gerais de ambas as políticas, Economia Solidária e Reforma Psiquiátrica, que têm como eixos a solidariedade, a inclusão social e a geração de alternativas concretas par a melhorar as condições reais da existência de segmentos menos favorecidos; e

Considerando as deliberações da I Oficina Nacional de Experiências de Geração de Renda e Trabalho de Usuários de Serviços de Saúde Mental, realizada na Universidade de Brasília, nos dias 22 e 23 de novembro de 2004, convocada pelos Ministérios da Saúde e do Trabalho e Emprego,

R E S O L V E M:

Art. 1º Fica instituído o Grupo de Trabalho de Saúde Mental e Economia Solidária, a ser composto por representantes (um titular e um suplente) das instituições e instâncias abaixo, sob coordenação da primeira:

I - Ministério da Saúde;

II - Ministério do Trabalho e Emprego;

III - Colegiado Nacional de Coordenadores de Saúde Mental;

IV - Rede de Gestores de Políticas Públicas de Fomento à Economia Solidária;

V - Fórum Brasileiro de Economia Solidária;

VI - Rede de Experiências de Geração de Renda e Trabalho em Saúde Mental; e

VII - Usuários de Saúde Mental inseridos em Experiências de Geração de Renda e Trabalho vinculados a Serviços de Saúde Mental.

Parágrafo único. O Grupo de Trabalho ora instituído poderá convidar outros ministérios e instituições para participar de suas atividades de acordo com os temas que serão objeto de discussão e proposição.

Art. 2º O Grupo de Trabalho de Saúde Mental e Economia Solidária terá as seguintes atribuições:

I - propor e estabelecer mecanismos de articulação entre as ações das políticas de saúde mental e economia solidária;

II - elaborar e propor agenda de atividades de parceria entre as duas políticas;

III - realizar mapeamento das experiências de geração de renda e trabalho, cooperativas, bolsa trabalho e inclusão social pelo trabalho, realizadas no âmbito do processo de reforma psiquiátrica;

IV - propor mecanismos de apoio financeiro para as experiências de geração de renda e trabalho;

V - propor atividades de formação, capacitação e produção de conhecimento na interface saúde mental e economia solidária, bem como do marco jurídico adequado;

VI - estabelecer condições para a criação de uma Rede Brasileira de Saúde Mental e Economia Solidária; e

VII - propor mecanismos de parceria interinstitucional, no âmbito nacional e internacional.

Art. 3º Fixar o prazo mínimo de 15 (quinze) dias úteis para que o coordenador do Grupo de Trabalho convoque seus membros para as reuniões.

Art. 4º Estabelecer o prazo de 2 (dois) meses, a partir da publicação desta Portaria, para que os titulares das instituições e instâncias relacionadas no artigo 1º indiquem seus respectivos membros, titulares e suplentes.

Art. 5º Estabelecer o prazo de seis 6 (seis) meses, prorrogáveis uma única vez, para o Grupo de Trabalho apresentar suas conclusões aos dois Ministérios.

Art. 6º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

HUMBERTO COSTA

Ministro de Estado da Saúde

RICARDO BERZOINI

Ministro de Estado do Trabalho e Emprego