



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA

SHIRLEY ALVES DOS SANTOS

**“O QUE O SOL FAZ COM AS FLORES?”**

O trabalho coletivo como via da reabilitação psicossocial

Recife

2019

SHIRLEY ALVES DOS SANTOS

**“O QUE O SOL FAZ COM AS FLORES?”**

O trabalho coletivo como via da reabilitação psicossocial

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Sociologia.

Área de concentração: Mudança Social

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Eliane Maria Monteiro da Fonte

Recife

2019

Catálogo na fonte  
Bibliotecária Maria do Carmo de Paiva, CRB4-1291

S237q Santos, Shirley Alves dos.  
“O que o sol faz com as flores? : o trabalho coletivo como via da  
reabilitação psicossocial / Shirley Alves dos Santos. – 2019.  
136 f. : il. ; 30 cm.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Eliane Maria Monteiro da Fonte.  
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, CFCH.  
Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Recife, 2019.  
Inclui referências e apêndices.

1. Sociologia. 2. Saúde mental. 3. Trabalho. 4. Reabilitação psicossocial.  
5. Economia solidária. I. Fonte, Eliane Maria Monteiro da (Orientadora). II.  
Título.

301 CDD (22. ed.)

(BCFCH2020-278)

SHIRLEY ALVES DOS SANTOS

**“O QUE O SOL FAZ COM AS FLORES?”**

O trabalho coletivo como via da reabilitação psicossocial

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Sociologia.

Aprovada em: 11/09/2019

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Eliane Maria Monteiro da Fonte (Presidente/Orientadora)  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof. Dr. Artur Fragoso de Albuquerque Perrusi (Examinador Interno)  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Ana Maria Dubeux Gervais (Examinadora Externa)  
Universidade Federal Rural de Pernambuco

Dedico esse trabalho a todas/os usuárias/os que fazem parte do Projeto Geração de Renda “Mentes que fazem”, fonte de minha motivação e inspiração, gratidão pela acolhida no acesso ao campo de pesquisa.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo sol e pela lua de todos os dias.

À minha orientadora, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Eliane Maria Monteiro da Fonte, pela parceria e apoio neste período do mestrado.

Ao professor Prof. Dr. Artur Perrusi, que muito contribuiu para o meu desenvolvimento intelectual, muita admiração pelo teórico que és!

À Juliana, Beatriz e Iaiá, pelo nosso encontro e por todo amor e carinho recebido.

À minha legião de amigas que sem elas não conseguiria fazer essa dissertação, Gabriela, Mônica, Alzira, Ana Dubeux, Tereza Raquel, Léa, Nete, Bel, Fernanda, Camila, Ju Lins, Meca, Laudicéa, Cyntia, Neide, Vânia Casé, Cecília, Renata, Carla, Ana Perez, Nathália, Glauci... mulheres de força e coragem que tenho a alegria de ter na minha vida.

Á Marina que nasceu enquanto dissertava, trazendo-me muita alegria!!!

Aos amigos irmãos Wagner e Tiago, e aos novos amigos Natan e Artur pelo companheirismo e parceria.

Á minha gata, Mia, felina de personalidade forte, cheia de peripécia e audácia, muito amor envolvido entre nós duas.

Às secretárias do PPGS, Karine Mendes e Mônica Malafaia, pela constante disponibilidade em resolver as demandas dos discentes.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq por ter me proporcionado a bolsa de estudo no período do mestrado e a UFPE pela oportunidade da realização do mestrado no PPGS.

O que o sol faz com as flores é uma  
Coletânea de poesias sobre  
a dor  
o abandono  
o respeito às raízes  
o amor  
e o empoderamento.  
É dividido em cinco partes.  
Murchar. Cair. Enraizar. Crescer. E florescer.

(KAUR, 2018, p. 254)

## RESUMO

Esta dissertação buscou analisar o papel do trabalho na reabilitação psicossocial, bem como, as ações que são desenvolvidas e sua relação com a Economia Solidária, através da percepção dos/as usuários/as, profissionais e gestores que participam do Projeto Geração de Renda (PGR) “Mentes que Fazem”, do município de Camaragibe/PE, selecionado como estudo de caso. Estudos anteriores têm mostrado que a prática da reabilitação psicossocial pela via do trabalho acaba se restringindo ao apaziguamento de sintomas que incomodam, sem construir outros caminhos possíveis. Autonomia é palavra até conhecida, mas será que, de fato, está no horizonte de cuidado dentro da saúde mental e nas relações sociais na lógica da economia solidária? A pesquisa teve como objetivo investigar os limites e possibilidades da reinserção social e a reabilitação psicossocial através do trabalho e geração de renda, na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município de Camaragibe/PE. Do ponto de vista empírico, o estudo se insere nos pressupostos do método de pesquisa qualitativo e a coleta de dados deu-se através de entrevistas semiestruturadas que, depois de transcritas, foram examinadas com o uso do método de análise de conteúdo temática. Os resultados apontam para a importância do trabalho protegido, identificando-se nas falas dos/as entrevistados/as elementos importantes da ação, como por exemplo, as trocas sociais, produção coletiva realizada nas oficinas, construção do vínculo, aprendizagem coletiva, que passam a fazer relação do trabalho protegido exercido pela via do trabalho coletivo. Ou seja, o trabalho organizado socialmente de forma democrática possibilita que se criem condições sociais, políticas e econômicas, visando à inclusão social. Assim, com o trabalho coletivo será possível pensar ações e a organização dos respectivos projetos de geração de trabalho e renda, pautados na emancipação pela via da paridade participativa, em busca da democratização na proteção social.

**Palavras-chave:** Saúde Mental. Trabalho. Reabilitação Psicossocial. Economia Solidária

## ABSTRACT

This dissertation aimed to analyze the role of work in psychosocial rehabilitation, as well as, the actions that are developed and their relationship with the Solidarity Economy, through the perception of users, professionals and managers who participate in the Income Generation Project (PGR) “Mentes que Fazem” (“Minds that Do”), from Camaragibe / PE, town selected in the case study. Previous studies have shown that the practice of psychosocial rehabilitation through work ends up being restricted to the pacifying of symptoms that disturb, without building other possible paths. Autonomy is a well-known word, but is it, in fact, on the horizon of care within mental health and social relations in the logic of solidarity economy? The research aimed to investigate the limits and possibilities of social reintegration and psychosocial rehabilitation through work and income generation in the Psychosocial Care Network (RAPS) of Camaragibe / PE. From the empirical point of view, the study fits into the assumptions of the qualitative research method and the data collection took place through semi-structured interviews that, after being transcribed, were examined using the thematic content analysis method. The results point to the importance of sheltered work, being identified in the speeches of the interviewees the important elements of the action, such as, for example, social exchanges, community production carried out in the workshops, bond building, community learning, which begin to relate the sheltered work performed through the community work. In other words, work organized socially in a democratic manner enables the creation of social, political and economic conditions, aiming social inclusion. Thus, with the community work it will be possible to think about actions and the organization of the respective projects of generation of work and income, based on the emancipation through the participatory parity, in search of democratization in social protection.

**Keywords:** Mental Health. Work. Psychosocial rehabilitation. Solidarity economy.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 -	Questões, hipóteses e objetivos da pesquisa .....	16
Quadro 2 -	Caracterização das pessoas entrevistadas – Grupo de usuário/as	18
Quadro 3 -	Caracterização das pessoas entrevistadas – Profissionais e gestoras.....	19
Figura 1 -	Projeto Geração de Renda (PGR):.....	21
Figura 2 -	Inserção Social:.....	21
Figura 3 -	Economia Solidária:.....	22
Figura 4 -	Trabalho:.....	22
Figura 5 -	Reabilitação Psicossocial:.....	23
Quadro 4 -	Inserção e trajetória profissional das usuárias do PGR.....	92

## LISTA DE SIGLAS

AIH	Autorizações de Internação Hospitalar
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CNES	Cadastro Nacional de estabelecimentos de Saúde
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CFES/NE	Centro de Formação dos/as Educadores/as em Economia Solidária do Nordeste
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CIST	Cooperativa Inclusão Social pelo Trabalho
EES	Empreendimento Econômico Solidário
EAF	Entidades de Apoio e Fomento
HUP	Hospital Ulysses Pernambucano
ITCPs	Incubadoras Tecnológicas de Cooperativas Populares
IPR	Instituto de Psiquiatria do Recife
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
MST	Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra
NASF-AB	Núcleo Ampliado da Saúde da Família na Atenção Básica
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
NOT	Núcleos de Oficinas e Trabalho
FBES	Fórum Brasileiro de Economia Solidária
OMS	Organização Mundial de Saúde
OSCIPs	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
ONG	Organizações Não Governamentais
PGR	Projeto Geração de Renda
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PVC	Programa De Volta Para Casa
PRONACOOP SOCIAL	Programa Nacional de Apoio ao Cooperativismo Social
PNASH	Programa Nacional de Avaliação do Serviço Hospitalar
PRONINC	Programa Nacional de Incubadoras de Cooperativas Populares
PT	Partido dos Trabalhadores
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RMSM	Residência Multiprofissional em Saúde Mental
UPE	Universidade de Pernambuco
RT	Residência Terapêutica
SENAES	Secretaria Nacional de Economia Solidária
SSCF	Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira
SCA	Sistema Cooperativista dos Assentados
SUS	Sistema Único de Saúde
TR	Técnica de Referência
UBS	Unidade de Saúde da Família
UA	Unidades de Acolhimento
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>2 PRIMEIRAS REFLEXÕES ACERCA DOS TEMAS DA PESQUISA .....</b>	<b>24</b>
<b>2.1 A história do trabalho na Saúde Mental.....</b>	<b>25</b>
<b>2.2 O trabalho e a Economia Solidária.....</b>	<b>27</b>
<b>2.3 Experiência do PGR no município de Camaragibe-PE .....</b>	<b>29</b>
<b>3 DO ESPAÇO ASILAR PARA O SOCIAL NA SAÚDE MENTAL .....</b>	<b>32</b>
<b>3.1 Modelo asilar psiquiátrico .....</b>	<b>32</b>
<b>3.2 A Reforma Psiquiátrica no Brasil como “processo social complexo” .....</b>	<b>44</b>
<b>3.3 Reforma Psiquiátrica e a reabilitação psicossocial em Pernambuco.....</b>	<b>58</b>
<b>3.4 O encontro da Saúde Mental e da Economia Solidária .....</b>	<b>76</b>
<b>4 O TRABALHO COLETIVO NA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL .....</b>	<b>91</b>
<b>4.1 Trajetórias do trabalho das usuárias do PGR .....</b>	<b>91</b>
<b>4.2 A reabilitação psicossocial no PGR .....</b>	<b>98</b>
<b>4.3 Os tipos de trabalho no PGR.....</b>	<b>105</b>
<b>4.4 O trabalho coletivo na reabilitação psicossocial .....</b>	<b>117</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>125</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>128</b>
<b>APÊNDICE A ROTEIRO DE ENTREVISTA NÃO-ESTRUTURADA PARA OS/AS USUÁRIOS/AS DO PROJETO GERAÇÃO DE RENDA “MENTES QUE FAZEM” .</b>	<b>135</b>
<b>APÊNDICE B ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA PARA GESTORES E PROFISSIONAIS DO PROJETO GERAÇÃO DE RENDA “MENTES QUE FAZEM” .....</b>	<b>136</b>

## 1 INTRODUÇÃO

“O que o sol faz com as flores?” Um questionamento plausível quando se associa ao sol o ‘lugar do trabalho’ para as pessoas que necessitam dele e, neste caso, “as pessoas” seriam as flores. Para as pessoas que fazem parte da classe trabalhadora, o trabalho é uma urgência, uma forma de garantir a sobrevivência, onde se gera uma lógica e valores como o da dignidade humana e da cidadania na convivência com a sociedade. Mas, onde fica a promoção da saúde e/ou do adoecimento, da normalidade e/ou da loucura, do estar apto ou inapto para ocupar este lugar do trabalho? Para algumas dessas pessoas, foi negado o direito de sonhar ou o desejo de querer executar o trabalho porque elas deveriam apenas existir, ou seja, respirar, andar tranquilamente, falar baixo, comer o que lhe era dado, tomar remédios sem reclamar, dormir o máximo de tempo possível e acordar para continuar a fazer as mesmas coisas. Essas pessoas possuem experiência na loucura ou algum sofrimento psíquico que fazem parte de um universo chamado saúde mental.

Esta pesquisa buscou compreender o papel do trabalho na vida das pessoas que tiveram algum sofrimento psíquico ou transtorno mental e participam do Projeto Geração de Renda (PGR) “*Mentes que Fazem*” oferecido pelo município de Camaragibe-Pernambuco. A proposta foi analisar como está sendo exercido o trabalho no PGR para as pessoas com sofrimento psíquico, levando em conta a percepção e as perspectivas dos/as usuários/as, profissionais e gestores do PGR. Além disso, pretendeu-se investigar se a aproximação deste serviço com a prática da Economia Solidária poderá contribuir para a reabilitação psicossocial.

Objetivou-se também proporcionar uma reflexão sobre a importância do trabalho como via da reabilitação psicossocial, trabalho este, que pretende atingir a satisfação das necessidades humanas de vida, ao invés de garantir apenas a sobrevivência material para as pessoas que foram acometidas pelo sofrimento mental e passaram pelos serviços de saúde, sejam os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ou dos Serviços da Atenção Básica de Saúde e que hoje participam do Projeto Geração de Renda (PGR) “*Mentes que Fazem*” em Camaragibe.

A reabilitação psicossocial foi inserida na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) através da Portaria nº. 3.088/2011 do Ministério da Saúde, que por sua vez, instruiu a política de saúde mental para ser atrelada ao movimento de economia solidária, no que diz respeito às experiências ou iniciativas de geração de trabalho e renda efetivada nas oficinas dos CAPS,

dos Centros de Convivência<sup>1</sup>, dos Núcleos de Oficinas e Trabalho (NOT) e dos projetos de geração de trabalho e renda, como o exemplo, do PGR em Camaragibe.

Sendo assim, é importante pensar qual seria a contribuição da economia solidária nessa articulação com a saúde mental. As autoras Beatriz Viana, Juliana Sobel e Shirley Santos acreditam que as pessoas com sofrimento psíquico, em especial as pessoas com histórico de internações psiquiátricas, que vivenciam isolamento social, de alguma forma, não se encaixam nas exigências de normalidade desse tipo de trabalho exigido pela nossa sociedade atual. O trabalho, no entendimento da economia solidária para a saúde mental, é um dos caminhos para a reabilitação psicossocial das pessoas com experiência na loucura, sendo uma via para conquistar o respeito e um lugar com visibilidade na família, no bairro, na comunidade, entre outros. O trabalho deve, portanto, gerar cidadania e pertencimento. E, principalmente, deve ser exercido com base na criatividade e na alegria (VIANA; SOBEL; SANTOS, 2018, p.20).

Ressalta-se o potencial dessa dissertação para proporcionar reflexões acerca de novos circuitos para pessoas com transtorno mental, possibilitando a compreensão do exercício da cidadania através do trabalho, bem como alcançar o desenvolvimento que possam resultar na reabilitação psicossocial. Além disso, pode estimular a articulação entre a política de saúde mental e o movimento da economia solidária, produzindo uma necessária reflexão a respeito de velhas concepções de trabalho terapêutico e trabalho protegido na busca de um caminho de novas práticas sobre o trabalho coletivo na política de saúde mental.

Em uma sociedade ainda marcada pela lógica manicomial e pelo modo de produção capitalista que estão presentes em todos nós, esse acúmulo de forças parece um começo promissor para a urgência ou necessidade reformista no âmbito da política da saúde mental e do trabalho.

De acordo com Zambroni de Souza (2006), os/as usuários/as que frequentam os serviços de saúde mental querem muito mais do que o acesso terapêutico, querem ter o direito ao trabalho e, com ele, a possibilidade de reconhecimento, de autonomia e de remuneração e, por conseguinte, que sejam tratados como sujeitos de direitos. Diante disso, questionamentos: é possível que as tentativas de trabalho vinculados a RAPS tenham possibilitado a reinserção social desses indivíduos? Será que elas transpõem de fato a atividade ocupacional, cuja

---

<sup>1</sup> Centro de Convivência é um equipamento público que faz parte da RAPS de municípios de alguns estados, como por exemplo, Minas Gerais e São Paulo. Conta com a participação dos profissionais dos setores da saúde, da cultura, da educação, além da inserção de lideranças comunitárias e da população em geral. Tem como objetivo a promoção à saúde e o desenvolvimento da autonomia das pessoas que frequentam este espaço.

função é estritamente terapêutica?

Outro questionamento é que, se através da confecção de produtos artesanais, negociação e divulgação dos produtos em feiras e eventos, é possível o PGR colocar à comunidade para conviver na perspectiva de realizar trocas sociais com as pessoas que têm experiência na loucura? Quais os valores que regem o PGR, será que tem a ver com os princípios da Economia Solidária?

Em um estudo realizado, no PGR, surgiram várias falas dos/as participantes a respeito do preconceito vivido - inclusive em outros serviços de saúde mental, que vão afastando-os do convívio social e como isso fica mais evidente quando se tratam de espaços formais de trabalho. A lentidão, o medo, as mãos trêmulas pelo uso da medicação, as pernas inquietas, a fala acelerada, o histórico de longa internação em hospital psiquiátrico não tem vez onde a produtividade e o consumo é quem dita às regras do jogo. As diferenças que cada um/a carrega só podem ser acolhido em um espaço de saúde? Qual a preocupação e compreensão sobre o trabalho junto às pessoas com transtorno mental têm os funcionários e gestores do PGR? (SANTOS, 2016, p.36)

A aproximação da economia solidária e saúde mental nas práticas realizadas no estado de Pernambuco, torna-se fundamental. Existem alguns serviços de saúde mental que têm pequenas iniciativas de geração de renda ou oficinas de habilidades manuais que não conseguem se desenvolver e construir suas redes de vendas, trocas, comunicação, qualificação, coletividades. A prática da reabilitação psicossocial acaba se restringindo ao apaziguamento de sintomas que incomodam, sem construir outros caminhos possíveis. Autonomia é palavra até conhecida, mas será que, de fato, está no horizonte de cuidado dentro da saúde mental e nas relações sociais na lógica da economia solidária?

Na busca de querer compreender as concepções e perspectivas dos usuários, dos funcionários e dos gestores de saúde mental que frequentam um serviço voltado para o trabalho e geração de renda, essa pesquisa teve como problema central: na reabilitação psicossocial, qual o papel do trabalho para as pessoas com sofrimento psíquico do PGR no município de Camaragibe e qual sua relação com a economia solidária? Para respondê-la, questiona-se também: como os/as usuários/as, profissionais e gestores/as percebem as ações desenvolvidas no PGR e sua coerência com a proposta de reinserção social e reabilitação psicossocial através da geração de trabalho e renda?

Desta maneira, esta pesquisa teve como objetivo geral analisar o papel do trabalho na reabilitação psicossocial através da percepção dos/as usuários/as, profissionais e gestores do

PGR, bem como as ações que são desenvolvidas neste espaço e sua relação com a economia solidária. Os objetivos específicos foram os seguintes:

- a) Compreender a concepção de reabilitação psicossocial dos(as) gestores(as), funcionários(as) e usuários(as) do PGR;
- b) Analisar qual o papel do trabalho no processo de reabilitação psicossocial para os(as) usuários(as), profissionais e gestores(as) do PGR;
- c) Verificar os objetivos e princípios do PGR e sua relação com a Economia Solidária;
- d) Identificar as ações que são realizadas no PGR e a reinserção social dos(as) usuários(as) que participam deste projeto.

Trata-se de um estudo inserido nos pressupostos do método qualitativo na área de saúde mental, com foco na interface da saúde mental e a economia solidária, visando investigar os limites e possibilidades da reinserção social e a reabilitação psicossocial, através do trabalho e geração de renda na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), do município de Camaragibe, em Pernambuco.

No período de 2015 a 2017, tive a oportunidade de fazer a especialização da Residência Multiprofissional em Saúde Mental (RMSM) na Universidade de Pernambuco (UPE), onde realizei uma pesquisa exploratória em torno do meu objeto de pesquisa. Nesta ocasião, o meu campo de estágio foi na RAPS de Camaragibe, assim como, realizei com outras profissionais da saúde uma pesquisa-ação no Projeto Geração de Renda (PGR) “*Mentes que fazem*”. Essa pesquisa-ação me proporcionou o contato com os participantes deste projeto que, através de cinco oficinas, foi feito um estudo e reflexões sobre o espaço junto com eles. A partir deste momento, nasceram várias inquietações sobre o tema.

Outra experiência que muito contribuiu neste período foi o estágio opcional, onde passei um mês em Campinas/SP no Núcleo de Oficinas e Trabalho (NOT) que foi criado em 1991, por um grupo de trabalhadores do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira (SSCF), hospital psiquiátrico de caráter filantrópico, no qual funciona num convênio de co-gestão com a Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Segundo Cleusa Cayres (2012), existem 300 oficinairos que participam diariamente de 15 oficinas em funcionamento, as quais são: Agrícola, Culinária, Nutrição, Papel Artesanal, Gráfica, Vitral Artesanal, Mosaico, Marcenaria, Serralharia, Vitral Plano, Velas, Construção Civil e Ladrilho Hidráulico, Culinária Eventos, Costura e Pintura. A maioria dessas oficinas redesenha a ocupação espacial, dando novos sentidos às instalações, que foram, outrora enfermarias e necrotério, do hoje denominado Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira. Armazém das Oficinas é o nome

escolhido para a marca dos produtos e serviços das oficinas e é também o nome do espaço de comercialização, todos os itens à venda na loja são produzidos nas oficinas ou por artesãos, jovens, idosos, pessoas com necessidades especiais, provenientes de comunidades, cooperativas, projetos e entidades sociais de várias regiões.

Sendo assim, tive contato com uma experiência inovadora, um serviço de saúde mental que promove oficinas de trabalho e geração de renda e firmam uma sólida articulação com o Fórum Municipal e Estadual de Economia Solidária em São Paulo. Nesta ocasião, foi possível observar e fazer registros no meu diário de campo que, mais tarde, consolidaria em algumas análises que se faz presente neste trabalho, por ter sido uma experiência rica na trajetória da minha formação, bem como continua a ser uma referência no âmbito nacional no que tange à saúde mental e economia solidária.

Essa experiência na Residência possibilitou-me realizar uma pesquisa exploratória para este trabalho, através da inserção na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Camaragibe, em especial no PGR, onde realizei uma pesquisa ação como produto do curso de extensão oferecido pelo Centro de Formação dos/as Educadores/as em Economia Solidária do Nordeste (CFES/NE). Pesquisa-ação que facilitou o acesso ao campo de pesquisa. Além disso, passei a compreender o contexto político do município e consegui acompanhar as mudanças de gestão que ocorreram com certa frequência. Com esta pesquisa exploratória, consegui elaborar questões que me ajudaram a construir algumas hipóteses e sistematizar os objetivos que nortearam a metodologia desta dissertação, conforme informações contidas no quadro 1 abaixo:

**QUADRO 1 – Questões, hipóteses e objetivos da pesquisa**

<b>QUESTÕES</b>	<b>HIPÓTESES</b>	<b>OBJETIVOS</b>
O que o trabalho representa na vida dos usuários, gestores e funcionários do PGR?	O trabalho representa a promoção da saúde e/ou do adoecimento, o prazer e/ou o desprazer, como também é atribuído como elemento central para suprir as necessidades da sobrevivência humana e da reprodução da vida.	Analisar o papel do trabalho na reabilitação psicossocial através da percepção dos usuários/as, funcionários/as e gestores do PGR e sua relação com a Economia Solidária.
A promoção de geração de trabalho e renda vinculados a RAPS de Camaragibe/PE têm possibilitado a reabilitação psicossocial das pessoas com sofrimento psíquico?	A RAPS de Camaragibe/PE não dá conta das demandas pautadas pela reforma psiquiátrica, sobretudo no que diz respeito à reabilitação psicossocial pela via do trabalho.	
A geração de trabalho e renda vinculado ao PGR transpõe a atividade ocupacional, cuja	O PGR promove trabalho terapêutico e protegido.	

função é estritamente terapêutica?		
Qual a relação do PGR com a Economia Solidária?	O PGR tem princípios semelhantes à Economia Solidária.	
Será que é possível exercitar a autogestão e autonomia no contexto da reabilitação psicossocial na saúde mental?	A prática da reabilitação psicossocial na saúde mental acaba se restringindo a tutela da pessoa com transtorno mental.	Compreender a concepção de reabilitação psicossocial dos(as) gestores(as), funcionários(as) e usuários(as) do PGR.
Qual a relação do PGR com a Economia Solidária?	Os objetivos e princípios do PGR tem relação com os princípios e a prática da Economia Solidária que são pautados com base no Bem Viver.	Verificar os objetivos e princípios do PGR e sua relação com a Economia Solidária.
Como os usuários, funcionários e gestores percebem as ações desenvolvidas no PGR e sua coerência com a proposta de reinserção social através da geração de trabalho e renda?	As ações desenvolvidas no PGR são voltadas para o artesanato e a arte e realizam a inserção comunitária.	Identificar as ações que são realizadas no PGR e qual a reinserção social dos(as) usuários(as) que participam deste projeto.

Fonte: Elaboração própria.

Após a pesquisa exploratória, que iniciei na Residência, a técnica que utilizei no mestrado para a coleta dos dados junto aos/as usuários/as de saúde mental que participam do PGR foi à aplicação de entrevistas abertas ou não diretivas, para produzir os dados referentes às suas experiências, haja vista que esta forma de entrevista aberta é bastante flexível, ajudando a explorar sentidos e significados do processo em curso, não havendo sequência predeterminada de questões ou parâmetros de respostas. Tem como ponto de partida um tema ou questão ampla e flui livremente, sendo aprofundada em determinado rumo de acordo com aspectos significativos identificados pelo entrevistador enquanto o entrevistado define a resposta segundo seus próprios termos, utilizando como referência seu conhecimento, percepção, linguagem, realidade, experiência. Desta maneira, a resposta a uma questão origina a pergunta seguinte e uma entrevista ajuda a direcionar a subsequente. A capacidade de aprofundar as questões a partir das respostas torna este tipo de entrevista muito rica em descobertas (DUARTE, 2005).

Além disso, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com as gestoras e as profissionais do PGR. As entrevistas buscaram fornecer elementos sobre o conteúdo de temáticas que foram analisadas, tais como: a trajetória de trabalho das pessoas entrevistadas, bem como as percepções sobre o conceito de trabalho, reabilitação psicossocial, economia

solidária, inclusão social e as práticas desenvolvidas no PGR e suas perspectivas. Também foi usado o diário de campo da pesquisadora desde a sua atuação na RMSM até o final do período de pesquisa do mestrado, em julho de 2019.

Foram realizadas doze entrevistas no período de novembro de 2018 a julho de 2019, foi utilizado dois roteiros para as entrevistas, sendo um para as(os) usuárias(os) e outro para as profissionais e gestoras, que podem ser conferidas nos apêndices. O material foi consolidado em formato de áudio através da utilização de gravadores, posteriormente foi realizada a transcrição das falas para proceder à referida análise de acordo com as categorias escolhidas pela pesquisadora.

A seleção das pessoas a serem entrevistadas deu-se pela acessibilidade e disponibilidade para participar da pesquisa, buscando-se apreender a diversidade dos/as participantes do projeto.

Os/as entrevistados/as desta pesquisa não serão identificados e terão seus nomes resguardados através de codinomes que escolhi associar a cada entrevistado/a um nome de uma flor (escolha feita aleatoriamente), na qual segue no quadro 2 os/as entrevistados/as usuários/as de caracterização de codinomes, gênero, idade, religião, cor/raça, tempo de participação no PGR, escolaridade; e no quadro 3 o grupo das entrevistadas que são as profissionais e gestoras. Segue abaixo uma breve caracterização das pessoas entrevistadas:

**QUADRO 2 – Caracterização das pessoas entrevistadas – Grupo de usuário/as**

<b>Codinome</b>	<b>Sexo</b>	<b>Idade</b>	<b>Religião</b>	<b>Cor</b>	<b>Tempo no PGR</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Grupo</b>
<b>Cravo</b>	M	58	Católica	Negro	8 anos	Fundamental Completo	Usuário PGR
<b>Sonho:</b> "Não tenho"							
<b>Rosa</b>	F	65	Católica	Morena	8 anos	Fundamental Incompleto	Usuária PGR
<b>Sonho:</b> "Tirar uma foto com Roberto Carlos"							
<b>Girassol</b>	F	44	Sem religião	Branca	10 anos	Não estudou	Usuária PGR
<b>Sonho:</b> "Ter mais liberdade para ir e vir, sem cobrança da família, sem "achar que sou criança". Deixar de ser interdita. Casar e construir família"							
<b>Lírio</b>	F	38	Católica	Morena	4 meses	Ensino Médio Completo	Usuária PGR
<b>Sonho:</b> "Arranjar um trabalho com carteira assinada"							

<b>Jasmim</b>	F	40	Evangélica	Morena	5 anos	Fundamental Incompleto	Usuária PGR
<b>Sonho:</b> “Ser arte-educadora, conseguir cantar com o coração (sem as falhas na voz)”							
<b>Tália</b>	F	49	Evangélica	Morena	3 meses	Superior Incompleto	Usuária PGR
<b>Sonho:</b> “Trabalhar para sustentar os filhos”							

Fonte: Pesquisa de Campo (2019). Elaboração própria.

### QUADRO 3 – Caracterização das pessoas entrevistadas – Profissionais e gestoras

<b>Codiname</b>	<b>Sexo</b>	<b>Idade</b>	<b>Religião</b>	<b>Cor</b>	<b>Tempo no PGR</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Grupo</b>
<b>Flora</b>	F	55	Católica	Parda	1 mês	Pós-Graduada	Gestora
<b>Sonho:</b> “Ver todo mundo feliz e cuidar com amor do nosso planeta”							
<b>Tulipa</b>	F	46	Católica	Morena	1 ano	Ensino Médio Completo	Profissional PGR
<b>Sonho:</b> “Ter condições financeiras para ajudar o próximo”							
<b>Orquídea</b>	F	37	Católica	Branca	3 anos	Ensino Médio Completo	Profissional PGR
<b>Sonho:</b> “Ter um emprego melhor”							
<b>Violeta</b>	F	59	Evangélica	Parda	6 anos	Ensino Médio Completo	Profissional RT
<b>Sonho:</b> “Ver a família unida, convertida”							
<b>Bromélia</b>	F	38	Evangélica	Parda	4 meses	Pós-Graduada	Gestora PGR
<b>Sonho:</b> “Que a saúde melhorasse e que os governantes olhassem de outra forma para a saúde”							
<b>Lótus</b>	F	44	Sem religião	Parda	7 anos	Ensino Médio Completo	Profissional PGR
<b>Sonho:</b> “Ter um salário digno”							

Fonte: Pesquisa de Campo (2019). Elaboração própria.

As usuárias que foram entrevistadas chegaram no PGR via encaminhamento do CAPS, da Residência Terapêutica e da Unidade de Saúde da Família (UBS). Ressalta-se que foi entrevistada a coordenadora de Saúde Mental do município de Camaragibe, a gestora do PGR e as profissionais do PGR, sendo uma arte-educadora, uma auxiliar de serviço geral, uma auxiliar administrativa e uma cuidadora da Residência Terapêutica. Com relação à escolaridade, variou entre uma pessoa que não foi alfabetizada, e as que frequentaram a escola, algumas concluíram o ensino fundamental, o ensino médio e o superior, ficando as pós-graduadas com as gestoras do PGR.

A grande maioria dos/as usuários/as do PGR são mulheres. Assim, foram realizadas seis entrevistas com usuários/as, sendo um homem e cinco mulheres, e as outras seis entrevistas restantes com gestoras e profissionais, as quais são todas mulheres.

A faixa etária variou entre 37 a 65 anos, com uma predominância na faixa etária entre 40 a 50 anos, ou seja, um público adulto, que pode demonstrar uma representatividade na real experiência com o trabalho nas suas trajetórias individuais e coletivas. Com relação à religião, as participantes declararam serem evangélicas ou católicas, e apenas uma sem religião, dado que demonstra a centralidade do cristianismo como possível padrão doutrinário apreendido nas experiências de vida dessas pessoas.

Quanto à cor/raça, foram citadas as cores negra, parda, branca e morena, a maioria se auto declarou da cor/raça morena e parda. Esse foi um item que, na hora de responder, fizeram as pessoas pensarem e, antes de dizer a resposta, vinha sempre acompanhada do termo “eu acho”, no entanto, não houve a negação. Em relação ao tempo que essas pessoas fazem parte do PGR variou de um mês a dez anos, o que demonstra ser um grupo bastante heterogêneo quanto à vivência no projeto, podendo trazer elementos da dinâmica que ocorreu ao longo do tempo, bem como o seu funcionamento nos dias atuais.

Em relação à renda, a maioria das participantes tem o salário mínimo como renda familiar, da qual sobrevivem essas pessoas, sejam aposentadas, beneficiárias de programas sociais, mas Tália é a única que sobrevive apenas do rendimento mensal da venda dos produtos que comercializam do PGR e sua renda é menor do que um salário mínimo. No seu sonho trouxe o desejo de ter um trabalho para garantir o sustento dos seus filhos. Assim como ela, outras cinco entrevistadas trouxeram desejos relacionados ao trabalho como um sonho das suas vidas.

Como método de análise das entrevistas será utilizado a análise de conteúdo temática, proposta por Laurence Bardin (1998), como procedimento de análise de dados obtidos nas entrevistas. Esse tipo de metodologia de análise tem por objetivo descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado. Os indicadores obtidos pela Análise de Conteúdo permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições em que são produzidas e recebidas as mensagens, articulando a superfície dos textos (analisados) com os fatores determinantes de suas características, tais quais variáveis psicossociais, contextos culturais e contextos políticos, dentre outros.

A análise dos dados será realizada em três etapas, de acordo com Laurence Bardin

(1998), sendo elas: a) *pré-análise*: etapa na qual, através da leitura flutuante e exaustiva dos textos, serão escolhidos, dentre os materiais, aqueles pertinentes a responder aos objetivos do trabalho. Nesta etapa, serão demarcados os trechos de entrevistas que sejam contundentes com o tema deste trabalho; b) *Exploração do material*: etapa na qual os dados serão classificados e agregados em Unidades de Registro, delimitando as categorias e especificando os temas a serem trabalhados na próxima etapa; c) *Tratamento dos resultados através da inferência e interpretação*: etapa em que os resultados e temas delimitados serão trabalhados de acordo com o referencial teórico apresentado, procurando atingir os objetivos do trabalho.

Na realização das etapas da pré-análise e da exploração do material foi possível analisar as entrevistas e classificar em unidade registros, onde foi delimitada cinco categorias, que serão trabalhados nesta ordem no decorrer desta dissertação: I) Projeto Geração de Renda (PGR); II) Inserção Social; III) Economia Solidária; IV) Trabalho; V) Reabilitação Psicossocial. No caso da categoria trabalho foi possível extrair das entrevistas os núcleos de sentidos que serão analisados posteriormente e seguem os esquemas das categorias com suas respectivas sub-categorias e núcleos de sentidos.

**Figura 1 - Projeto Geração de Renda (PGR):**



Fonte: Texto das entrevistas (2019). Elaboração própria

**Figura 2 - Inserção Social:**



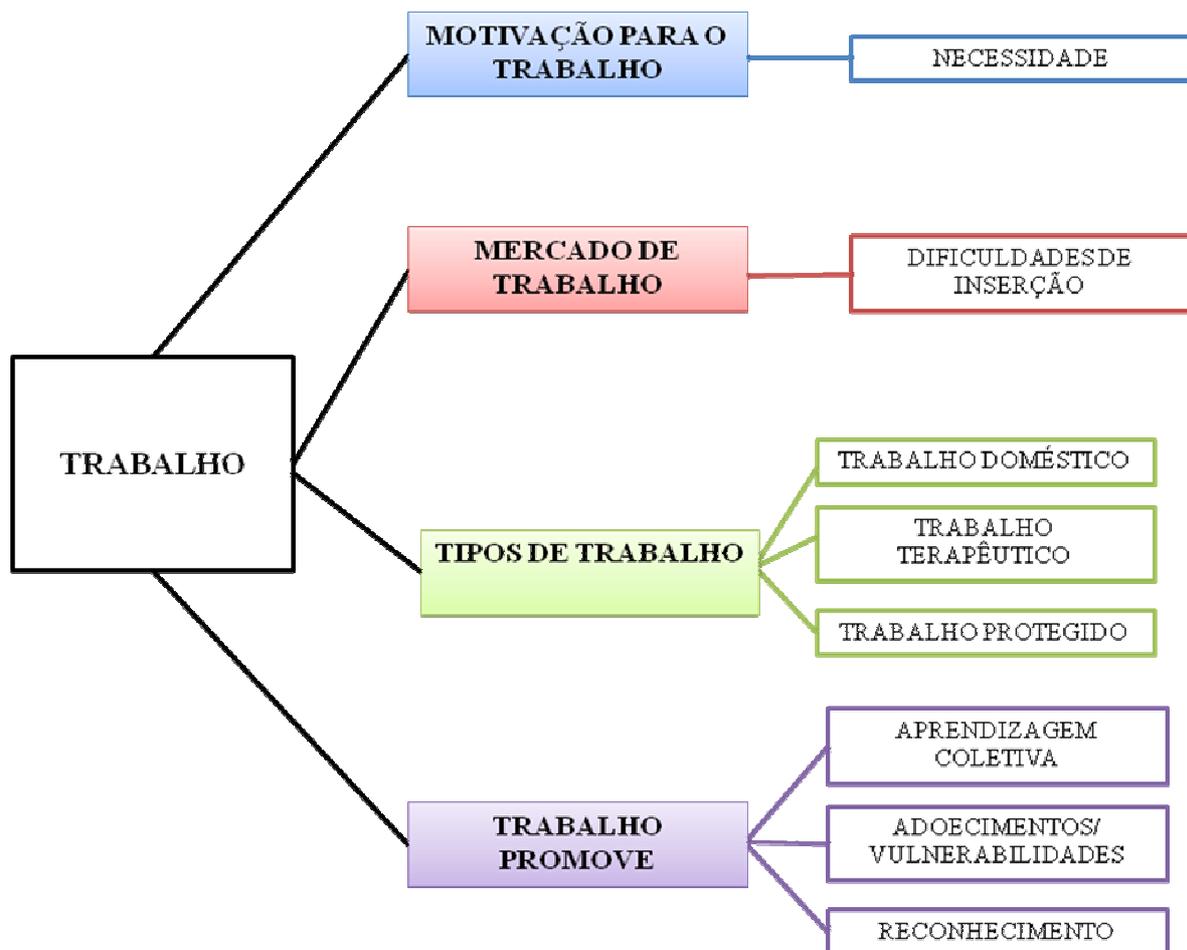
Fonte: Texto das entrevistas (2019). Elaboração própria

**Figura 3 - Economia Solidária**



Fonte: Texto das entrevistas (2019). Elaboração própria

**Figura 4 - Trabalho**



Fonte: Texto das entrevistas (2019). Elaboração própria

**Figura 5 - Reabilitação Psicossocial**

Fonte: Texto das entrevistas (2019). Elaboração própria

Esse trabalho está organizado em quatro capítulos, além desta introdução e do capítulo de “Considerações Finais”. No segundo capítulo será apresentado as primeiras reflexões sobre os temas da referida pesquisa, onde será apresentado os contextos da história do trabalho na política de saúde mental, a relação do trabalho e da economia solidária, além da experiência do PGR no município de Camaragibe/PE. Reflexões importantes para compreender a discussão e análises posteriores.

O terceiro capítulo, que tem como subtítulo “Do espaço asilar para o social na saúde mental”, discorre sobre o paradigma do manicômio, enquanto construção social, desde sua origem até o surgimento da reforma psiquiátrica, no qual também surgiu o trabalho terapêutico como tratamento moral das pessoas com experiência na loucura, até o nascedouro do papel do trabalho como direito social, com a reforma psiquiátrica. Assim, será visto a construção das políticas de saúde mental e economia solidária no Brasil, em Pernambuco e em Camaragibe e os seus desdobramentos no contexto político atual, além das perspectivas que são esperadas na atualidade. Desta forma, também será apresentado à experiência do PGR partindo da coleta de dados para analisar as categorias do PGR, inclusão social e economia solidária.

No quarto capítulo será abordado o trabalho coletivo na reabilitação psicossocial no PGR, partindo das trajetórias de trabalho dos/as usuáries do PGR que participaram da pesquisa, que busca analisar as categorias de trabalho e reabilitação psicossocial. Assim, serão analisados o mundo do trabalho para as pessoas com transtorno mental e os tipos de trabalho que fazem parte da vida destes/as usuáries/as, onde será abordado o trabalho doméstico e trabalho protegido exercido para a proteção social e na perspectiva do “trabalho coletivo”, conceito que surgiu com Paul Singer e Valmor Schiochet.

## 2 PRIMEIRAS REFLEXÕES ACERCA DOS TEMAS DA PESQUISA

Os movimentos das reformas psiquiátricas, em especial a italiana e a brasileira, a partir da década de 1970 concebem a pessoa em sofrimento psíquico como sujeito desejante de sonhos e projetos de vida, que participa politicamente, sujeito capaz de se inserir na sociedade e no mundo do trabalho. Até então o que ocorria era o reconhecimento dos sujeitos com experiência na loucura como seres que não tinham condições de exercer sua cidadania, em que era negada a possibilidade de terem sonhos e fazerem projetos de vida. Entretanto, o trabalho como possibilidade de inserção do louco no mundo do intercâmbio, ou seja, das trocas simbólicas que produzem e reproduzem sua vida é recente, tanto nos documentos relacionados à reforma psiquiátrica como no cotidiano da maioria dos serviços de saúde mental no Brasil (ANDRADE et al, 2013).

Além disso, as transformações em curso no mundo do trabalho desde o final do século XX colocaram uma grande parte da população economicamente ativa em situação de desemprego, promovendo profundos impactos na saúde mental dos trabalhadores assalariados. É nesse contexto que o movimento de ruptura com o modo de produção capitalista, denominado economia solidária, pautado por valores de autogestão e de solidariedade nas relações de trabalho tem como centralidade o ser humano, a natureza e a relação de sustentabilidade entre ambos (ANDRADE et al, 2013).

Márcia Andrade (2013) ainda afirma que existe uma categoria comum entre saúde mental e economia solidária, parece ser uma ideia que favorece o diálogo entre esses dois marcos teóricos e suas respectivas políticas públicas. Nesse sentido, discutem-se as dimensões do trabalho como recurso terapêutico, como direito humano, como produtor de subjetividades e como possibilidade concreta de cidadania e emancipação.

A inclusão social pelo trabalho na perspectiva da Economia Solidária se constitui em um novo passo no processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, como coloca a autora Carmem Filizola que esta articulação, apesar de poucos registros no âmbito da literatura científica nacional, nos anos 2000, ganhou força mediante uma série de articulações entre os Ministérios da Saúde e do Trabalho, fortalecidas na realização da “Oficina de Experiências de Geração de Renda e Trabalho de Usuários de Serviços de Saúde Mental” ocorrida em novembro de 2004 (FILIZOLA et al, 2011). Desta maneira, vamos iniciar compreendendo como se deu o lugar do trabalho na história da saúde mental, em especial a partir da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

## 2.1 A história do trabalho na Saúde Mental

Os ideários da luta pela reforma psiquiátrica no Brasil nascem com o Movimento da Reforma Sanitária na década de 1970. Entretanto, essa é engendrada a partir de 1987, com o início dos movimentos sociais a favor dos direitos dos pacientes psiquiátricos, que culminou com a criação do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, constituído pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas. A denúncia dos maus tratos e do poder da rede privada de assistência foi o foco principal dos direitos buscados nesses movimentos (ANDRADE et al, 2013).

Em 2001, foi aprovada a Lei nº 10.216 proposta pelo deputado Paulo Delgado (PT/MG), em 1989, que privilegia o tratamento em serviços de atenção psicossocial em base comunitária, dispondo da proteção e do direito às pessoas portadoras de sofrimento psíquico. Desde então, o período atual vem se caracterizando por dois movimentos simultâneos: a construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo “hospitalocêntrico”, através dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e outros equipamentos de saúde por um lado e, por outro, pela fiscalização e a redução progressiva e programada dos leitos psiquiátricos existentes, com a desinstitucionalização (ANDRADE et al, 2013).

Partindo da necessidade de uma rede de serviços substitutivos, em 2011, foi publicada a Portaria nº 3.088, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoa com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2011).

Em sua composição, a RAPS possui sete componentes, que são: I - Atenção Básica em Saúde; II - Atenção Psicossocial Especializada; III - Atenção de Urgência e Emergência; IV - Atenção Residencial de Caráter Transitório; V - Atenção Hospitalar; VI - Estratégias de Desinstitucionalização e VII - Reabilitação Psicossocial. Em cada componente desse, há serviços especializados que compõem os pontos de atenção da rede (BRASIL, 2011).

A reabilitação psicossocial foi compreendida como processo facilitador da restauração do indivíduo com limitações, no melhor nível possível, da autonomia e do exercício de suas funções na comunidade (FILIZOLA et al, 2010). É no componente da reabilitação psicossocial que se encontra espaço para refletir sobre a inclusão social, particularmente por meio do trabalho, questão ainda pouco discutida no campo da saúde mental.

É nesse cenário do trabalho como produção de valor e de contratualidade social que a

reabilitação psicossocial se insere. A reabilitação é definida como um conjunto de estratégias direcionadas a aumentar as possibilidades de trocas, valorizando o sujeito e seu contexto. O italiano Benedetto Saraceno (1996) propõe uma abordagem focada nos três grandes cenários: moradia, rede social e trabalho com valor social, buscando o poder contratual das pessoas em sofrimento psíquico, com vistas a ampliar a sua autonomia.

A reabilitação psicossocial não se trata de um processo individual de inabilidade à habilidade, mas se configura como um processo de potencialização das possibilidades de trocas sociais, de afetos e de tessitura de redes múltiplas de negociação. Trata-se de reconhecer e fortalecer a contratualidade real e, desse modo, “habitar”, “trocar as identidades”, “produzir e trocar mercadorias e valores”, tornando-se o foco do processo na invenção de percursos que viabilizem múltiplos projetos de vida e transformem as relações sociais (SARACENO, 1996).

Desta maneira, o trabalho foi entendido como o processo de articulação do campo dos interesses, necessidades e desejos. É o meio de sustento e também de autorrealização em que se produzem e trocam mercadorias e valores, provocando a construção de novas redes e novas relações entre sujeitos sociais (SARACENO, 1996).

A questão do trabalho é um dos eixos da reforma psiquiátrica brasileira junto à retaguarda assistencial proporcionada pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), a retaguarda de moradia através do Sistema de Residências Terapêuticas<sup>2</sup> e de reparação econômica através do programa De Volta para Casa<sup>3</sup>. Considera-se importante observar a existência de duas formas de nomear as experiências em curso: iniciativas de geração de trabalho e renda (Rede Brasileira) e iniciativas de Cooperativa Inclusão Social pelo Trabalho (CIST). Outras formas são as de empreendimentos de saúde mental e economia solidária e de cooperativas sociais. De acordo com a autora Márcia Andrade, talvez essas nomeações reflitam o atual momento de construção dessa ampla rede de serviços que tornam a política de saúde mental uma das mais complexas do setor saúde, no que tange à reparação econômica, à singularidade da realidade social onde é desenvolvida, bem como as diferentes concepções existentes a respeito da relação entre loucura e trabalho (ANDRADE et al, 2013).

A relação entre “loucura-trabalho” sofreu várias mudanças ao longo da História, tanto nas concepções a ela atribuídas como nas práticas produzidas a partir dessas concepções. Na

---

<sup>2</sup> Serviços residenciais terapêuticos fazem parte da RAPS, são moradias para os/as usuários/as de longa permanência em hospitais psiquiátricos que tiveram seus vínculos familiares rompidos (BRASIL, 2004).

<sup>3</sup> O programa de volta para casa faz parte da RAPS, benefício para os/as usuários/as de longa permanência em hospital psiquiátrico que voltaram para uma moradia (BRASIL, 2004).

assistência leiga das instituições filantrópicas, o trabalho teve a função de auxiliar de manutenção da ordem social e econômica; no nascimento da psiquiatria, com o tratamento moral e asilar, teve uma função disciplinadora na busca para curar a loucura (FOUCAULT, 2003). Na reforma psiquiátrica francesa, tem sido um instrumento terapêutico de ressocialização, e, na italiana, compõe o projeto de emancipação terapêutica como um operador de inserção social (PASSOS, 2009).

No Brasil, nas Colônias Agrícolas da década de 1920, era uma imposição terapêutica do tratamento moral. Na década de 1940, a terapêutica ocupacional de Nise da Silveira via o trabalho como um recurso terapêutico tão importante como os demais. Na reforma psiquiátrica, a partir da década de 1980, o trabalho passa a ser um instrumento de reabilitação e de reinserção social e cria novas inscrições da loucura na cultura e na cidadania (GUERRA, 2008).

Nesse contexto, as mudanças relacionadas à maneira de se referir ao louco aconteceram na medida em que se percebeu a importância da desconstrução do estigma de que o louco é um sujeito incapaz tanto de governar sua vida, como de trabalhar. Os movimentos de reformas psiquiátricas que aconteceram em vários países visavam justamente modificar a forma de tratamento destinado aos sujeitos da experiência da loucura, eliminando gradualmente o internamento pela construção de dispositivos substitutivos na comunidade, ou seja, substituindo a lógica manicomial pela desinstitucionalização e reabilitação psicossocial que é compreendida como processo facilitador da restauração do indivíduo com limitações, no melhor nível possível, da autonomia e do exercício de suas funções na comunidade (ANDRADE et al, 2013).

Acredita-se que a pessoa com sofrimento psíquico tem o direito à reabilitação psicossocial, tendo o trabalho como uma de suas vias para alcançar a reinserção social, vivendo as sociabilidades necessárias para a construção das identidades e cidadania.

## **2.2 O trabalho e a Economia Solidária**

Em sociedades capitalistas, Ricardo Antunes (2009) coloca que o trabalho assume valores e práticas que são essenciais para seu ciclo reprodutivo num mundo onde a competitividade é a garantia de sobrevivência das empresas capitalistas, gerando o aumento

dos trabalhadores que vivenciam as condições de desemprego, os excluídos<sup>4</sup> e parte constitutiva crescente do desemprego estrutural que atinge o mundo do trabalho, em função da lógica destrutiva que preside seu metabolismo (ANTUNES, 2009).

É nesse contexto social e histórico que surge a economia solidária que, segundo Paul Singer (2003), é compreendida como um conjunto de atividades econômicas – de produção, comercialização, consumo, poupança e crédito – organizadas sob a forma de autogestão, isto é, pela propriedade coletiva do capital e pela participação democrática nas decisões dos membros da entidade promotora da atividade. Segundo o mesmo autor, o desenvolvimento da economia solidária no Brasil acontece a partir da década de 1980 com a contrarrevolução neoliberal.

O aumento dos níveis mundiais de desemprego nas últimas décadas do século XX teve como uma de suas principais consequências o incremento do trabalho informal como geração de renda, de sobrevivência material e de manutenção de espaços de trabalho, mesmo em condições precárias. Como outra forma de organizar o trabalho através da autogestão e da solidariedade, a economia solidária emerge como estratégia coletiva de alternativa ao desemprego e à precarização do trabalho (ANDRADE et al, 2013).

Além disso, também vale ressaltar que a concepção de Economia Solidária das educadoras populares em economia solidária do Nordeste, representadas pelas autoras Ana Dubeux, Alzira Medeiros, Mônica Vilaça e Shirley Santos, fazem a crítica ao projeto hegemônico de desenvolvimento no país e à visão de querer resumir as iniciativas da economia solidária apenas numa perspectiva de gerar trabalho e renda. No entanto, articulam a concepção de economia solidária como ação política, ao questionar as relações desiguais e patriarcais que se produzem e reproduzem tanto na própria produção/comercialização, quanto nas relações sociais, culturais entre as pessoas e as organizações (DUBEUX et al, 2012).

É possível identificar que tanto o movimento da luta antimanicomial como o movimento da economia solidária preconizam a construção de outro projeto de sociedade, compartilhando princípios fundamentais pautados em dimensões éticas, políticas e ideológicas que preconizam uma sociedade de solidariedade e de justiça, ou seja, ambas se contrapõem ao projeto capitalista de sociedade (ANDRADE et al, 2013). Sendo assim, é preciso contemporizar a precariedade ainda existente no campo das políticas públicas de

---

<sup>4</sup> O conceito de exclusão seria o descompromisso político com o sofrimento do outro e a introdução da ética e da subjetividade na análise sociológica da desigualdade social para além das interpretações legalistas e minimalistas de inclusão, como as baseadas em justiça social e restritas à crise do Estado e do sistema de empregabilidade (SAWAIA, 2006)

saúde mental e de trabalho no âmbito da economia solidária, e, em especial, ao direito dos sujeitos da experiência da loucura de trabalhar de maneira coletiva.

O conceito de “trabalho emancipado” nos ajuda a refletir sobre a importância do trabalho coletivo que são pautados pelos mesmos princípios: o da cooperatividade, solidariedade e da autogestão. Estes existem em contraponto ao conceito de “trabalho explorado” que é caracterizado por uma perspectiva ontológica do trabalho, pela qual se pretende superar sua condição de mera garantia da sobrevivência material, retomando sua condição de satisfazer as necessidades humanas de vida, comunidade, reciprocidade e solidariedade (ARRUDA, 2003). Considera-se a concepção de trabalho emancipado como a que pode contribuir com a articulação entre a saúde mental e a economia solidária, produzindo uma necessária reflexão e mudança sobre as concepções de trabalho terapêutico e trabalho protegido, ainda vigentes nos dispositivos de saúde mental no Brasil (ANDRADE et al, 2013).

O encontro das políticas de Saúde Mental com a Economia Solidária se deu no diálogo entre o Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e Emprego por meio da Secretaria Nacional de Economia Solidária (SENAES), no ano de 2004, quando firmaram parcerias, possibilitando que diversos estados do país desenvolvessem ações nesse sentido. As regiões Sul e Sudeste vêm protagonizando ações mais firmes desse diálogo, com importantes iniciativas de geração de trabalho e renda para esse público, formando redes de cooperativas sociais.

No Nordeste, essa realidade é um pouco diferente. Em Pernambuco, por exemplo, existe, o PGR como o serviço e a única estratégia consolidada de geração de trabalho e renda na RAPS. Por isso, acredita-se na importância do aprofundamento dessa temática, de modo que ela possa ser mais estudada, compreendida e vivenciada pelas pessoas que circulam na saúde mental, seus trabalhadores, usuários/as e militantes, bem como aqueles/as que constroem o movimento da economia solidária. Assim, passamos à discussão sobre a RAPS de Camaragibe e a experiência do PGR.

### **2.3 Experiência do PGR no município de Camaragibe-PE**

O Projeto Geração de Renda está situado na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município de Camaragibe, este município conta com três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS infantil, CAPS tipo II e CAPS ad), com quarenta e cinco Unidades de Saúde da

Família, com cinco equipes do Núcleo Ampliado da Saúde da Família na Atenção Básica (NASF-AB), nas quais há profissionais de saúde mental, quatro ambulatórios de psiquiatria e psicologia, quatorze Residências Terapêuticas e o PGR.

O Projeto Geração de Renda “Mentes que Fazem” teve início em 2005, a partir dos grupos de terapia ocupacional do CAPS II. De acordo com o documento que estabelece as diretrizes do Projeto Geração de Renda, tem como objetivo geral:

[...] promover a inclusão das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e/ou com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas no mercado de trabalho, estimulando o potencial criativo, a solidariedade e a autoestima através da produção artesanal e outras atividades afins (CAMARAGIBE, 2013, p.4).

Conta ainda com os seguintes objetivos específicos: a) estimular o potencial produtivo e criativo; b) possibilitar a reabilitação psicossocial e o exercício da cidadania através do empreendedorismo; c) promover e articular ações de inclusão, junto às instituições governamentais e não governamentais; d) estimular ações coletivas de produção, divulgação e corresponsabilidades; e) incentivar à autogestão e à participação democrática.

O Projeto Geração de Renda tem um espaço próprio e é financiado pela Prefeitura do Município de Camaragibe, localizado na região metropolitana de Recife/PE. No quadro profissional, está prevista a contratação de cinco arte educadores, porém, no início da pesquisa de campo, em 2018, estava composto o quadro de funcionários com uma arte educadora, uma gerente e uma profissional de serviços gerais. Em junho de 2019, com a retirada do prefeito<sup>5</sup>, o quadro de funcionários passou a ficar composto por uma gestora, uma auxiliar de serviços gerais e uma auxiliar administrativo.

Através da confecção de produtos artesanais feitos pelo PGR, negociação e divulgação em feiras e eventos, acredita-se ser possível mostrar à comunidade a possibilidade do resgate da autonomia e a convivência com as pessoas com sofrimento psíquico. Em seu regimento, o PGR lida ainda com princípios como formação de vínculo, fortalecimento de autoestima, desenvolvimento afetivo, capacidade criativa e ressocialização (CAMARAGIBE, 2013, p.2).

Na pesquisa recente realizada no PGR, foi possível verificar que, das 100 pessoas que em média frequentam o PGR, 80% são mulheres, e na trajetória de vida dessas pessoas, o trabalho esteve presente na maioria das vezes desde a infância ou adolescência (SANTOS, 2016, p.26-28). Desta maneira, foram identificadas várias ações e atividades de trabalho

desenvolvidas pelos participantes do PGR, as quais foram: auxiliar de cargas e descargas; cuidadora de residência terapêutica; arte-educadora; vendedora de quitanda; atriz; dona de casa; maternidade e higienização pessoal. Entretanto, o tipo de trabalho mais exercido pela maioria dos/as participantes no PGR é o de artesã/artesão, em que várias pessoas expressam com dificuldade de fazer o reconhecimento dessa atividade como um tipo de trabalho. Compreende-se que, na maioria das vezes, a invisibilidade do trabalho afeta a valorização e reconhecimento do artesão. Por isso, quando se associa essa forma de trabalho no modelo capitalista que, conseqüentemente, exclui do mercado de trabalho as pessoas consideradas inaptas e/ou improdutivas, a inclusão social pelo trabalho passa a ser um grande desafio (SANTOS, 2016, p.26-28).

Diante do exposto, a aproximação das práticas de saúde mental e economia solidária pode se dar a partir do protagonismo das mulheres (uma vez que a inserção das mulheres nestas práticas são sempre maioria em relação aos homens) e no desejo por outro mundo possível, através da construção de novas relações econômicas, sociais e ecológicas, construídas e reconstruídas cotidianamente pelas pessoas no território. Acredita-se que o PGR precisa ter no seu horizonte a perspectiva da economia solidária, do trabalho emancipado, em prol da reabilitação psicossocial. Entretanto, parece ser um longo caminho que o PGR precisa trilhar para alcançar essa concepção e prática, por isso se faz necessário uma problematização acerca das concepções e práticas existentes atualmente.

---

<sup>5</sup> Em junho de 2019, o prefeito Demóstenes Meira (PTB) foi preso, as investigações começaram em 2018 e miram às práticas de organização criminosa, fraude em licitação, corrupção e lavagem de dinheiro. Após prisão a vice-prefeita Nadegi Queiroz (DC) assume gestão do município de Camaragibe.

### **3 DO ESPAÇO ASILAR PARA O SOCIAL NA SAÚDE MENTAL**

Neste capítulo será apresentado o paradigma que o manicômio representa na construção social da reforma Psiquiátrica brasileira, desde os seus primórdios aos tempos atuais, em consequência as primeiras ideais sobre o papel do trabalho para o tratamento e o cuidado na saúde mental, do qual será colocado como uma importante ferramenta para o tratamento moral das pessoas com experiência na loucura.

Também será discorrido o desenvolvimento da psiquiatria e as mudanças que ocorreram ao longo do tempo, caminho percorrido que culminou com o Movimento da Reforma Psiquiátrica, possibilitando fazer a discussão acerca dos conceitos que geram nomenclaturas que serão utilizadas neste trabalho que são: pessoas com experiência na loucura, pessoas com transtorno mental e pessoas com sofrimento psíquico.

O Movimento da Reforma Psiquiátrica como marca do cuidado e tratamento para as pessoas com sofrimento psíquico, será analisado a sua construção, especialmente como se deu no estado de Pernambuco, com o processo da desinstitucionalização e como está sendo concebida e realizada a reabilitação psicossocial nesse respectivo estado. Além, de adentrar nas análises sobre o Projeto Geração de Renda (PGR), partindo da coleta de dados e a categorização, já referidas no capítulo anterior. E, por fim, será feita uma reflexão acerca do encontro da saúde mental e a Economia Solidária.

#### **3.1 Modelo asilar psiquiátrico**

Existe um vínculo histórico dos hospitais com a medicina, uma vez que os hospitais antes eram espaços de mortificação e des-historicização passou a se tornar lugar da verdade, de saber e positividade. E, a medicina estava sendo constituída nos moldes dessa nova instituição transformada, onde marcaram fortemente a natureza do modelo biomédico na medicina ocidental, que passou a ser caracterizada como predominantemente hospitalar. Brena Leite (2009) explica que o modelo biomédico implicou numa relação com a doença, enquanto objeto abstrato e natural, e não com o sujeito em experiência com a doença.

O médico francês Philippe Pinel a partir de 1793 passou a dirigir o Hospital Geral de Paris, cujas experiências descreveu no Tratado Médico Filosófico sobre a Alienação Mental ou a Mania, o primeiro livro da disciplina que futuramente viria a ser reconhecida como Psiquiatria. Sendo assim, Pinel introduziu várias inovações nas práticas dos hospitais dos

alienados e lançou as bases da síntese alienista. Elaborou uma primeira classificação das enfermidades mentais, consolidou o conceito de alienação mental e a profissão do alienista. Fundou também os primeiros hospitais psiquiátricos, determinou o princípio do isolamento para os alienados e instaurou o primeiro modelo de terapêutica pelo tratamento moral (LEITE, 2009, p.26).

Fato curioso é que o conceito de alienação mental se originou no mesmo contexto histórico em que foi construído o conceito de cidadania, como a responsabilidade e a possibilidade de conviver e partilhar com outros de uma mesma estrutura política e social. De acordo com Brena Leite (2009) se o alienado era considerado um despossuído da razão plena, e a razão era a condição elementar para definir a natureza humana e diferenciá-la das demais espécies vivas na natureza, existia, na origem, um impedimento para que o alienado fosse admitido como cidadão. Para os discípulos de Philippe Pinel a alienação mental produzia a perda do livre-arbítrio e, conseqüentemente, da liberdade. E, para recuperar a liberdade (como o livre-arbítrio), era necessário recuperar a razão.

Dito isto, a alienação mental era conceituada como um distúrbio no âmbito das paixões, capaz de produzir desarmonia na mente e na possibilidade objetiva de o indivíduo perceber a realidade. O conceito de alienação mental nasce atrelado à idéia de periculosidade, justificando a necessidade de realizar o tratamento de forma isolada, colocando como importante procedimento para o cuidado com os alienados mentais. Brena Leite, discorre como era dado o tratamento nos hospitais para o alienado mental:

O isolamento – entendido como a institucionalização/hospitalização integral – era assim um imperativo fundamental para que o alienado pudesse ser tratado adequadamente. Afastava-se o alienado das interferências que pudessem prejudicar tanto a observação apurada para a consolidação do diagnóstico mais preciso e correto, quanto o próprio tratamento moral, que consistia na soma de princípios e medidas que, impostos aos alienados, pretendiam reeducar a mente, afastar os delírios e ilusões e chamar a consciência à realidade. O hospital, enquanto instituição disciplinar era ele próprio, uma instituição terapêutica (LEITE, 2009, p. 27).

Na medida em que o hospital deixou de ser o espaço de filantropia e da assistência social, para se tornar uma instituição de tratamento médico de alienados desacorrentados, porém, institucionalizados, os loucos permanecem enclausurados, não mais por caridade ou repressão, mas por um imperativo terapêutico.

Paulo Amarante (2015) coloca que quando Philippe Pinel atribuiu ao trabalho, principalmente ao trabalho agrícola, um status terapêutico é que as várias formas de

organização, chamadas posteriormente pelo termo genérico de colônias, passaram a merecer atenção e incentivo especiais, com muitas sendo transformadas em nova finalidade, na expectativa de trazer a ciência psiquiátrica o tão ansiado tratamento da loucura. Embora não chegue a constituir alguma colônia, Pinel influi decisivamente para que seus discípulos o façam e, principalmente, ampliem a ideia.

Na França, as colônias agrícolas se traduzem em modernização e na possibilidade de oferecer uma assistência mais humana e libertadora aos doentes mentais. A partir de 1886, Teixeira Brandão (1956) inicia uma série de sugestões apresentadas para essa modernização, explica que o objetivo científico é o tratamento das doenças mentais pela instituição do trabalho, destacando-se a utilização terapêutica, a humanização do asilo e da assistência psiquiátrica, com direito a “mais ampla liberdade”. Juliano Moreira (1905) acrescenta que além dos loucos usufruírem dessa liberdade poderão receber “cuidados higiênicos e médicos para suaviza-lhes a vida”.

A teorização do tratamento moral fundamenta-se no conceito de loucura desenvolvido inicialmente por Pinel e retomado por Esquirol. A loucura é uma doença moral, um distúrbio das paixões. O alienado é aquele que se deixa dominar por paixões artificiais, distantes da realidade objetiva; seus impulsos subjetivos dominam sua determinação e dele se torna assediado pela fantasia, pelas ilusões, pelas ideias distorcidas; ora agressivo e perigoso, ora indiferente e irresponsável, está invariavelmente alheio aos que o cercam e aos princípios e regras da ordem e da moral. Curá-lo é trazê-lo de volta à realidade, incutir-lhe interesse, atenção e respeito aos ditames da sociedade; controlar seus impulsos, afastar suas ilusões, devaneios, excentricidades, caprichos e falsas percepções; desenvolver nele a vontade e os desejos; dar-lhe energia e inspiração; criar-lhe novos hábitos e responsabilidades (AMARANTE, 2015, p. 75-76).

Sendo assim, Paulo Amarante (2015) descreve o fato de que os loucos deixam a ociosidade trabalhando ao ar livre, transformando-se de “loucos excitáveis, perigosos” em “trabalhadores tranquilos”, abre a possibilidade de tornar-se o tratamento uma realidade, o que faz com Teixeira Brandão afirme com entusiasmo que “de todos os modos de assistência pública aplicada aos alienados nenhum é mais adequado, sob o ponto de vista terapêutico, nem mais econômico que os asilos agrícolas”. Esta principal proposta de reaproveitamento do insano é uma das mais importantes molas de toda a articulação entre a psiquiatria e a ordem social.

Esse dado conservador da colônia agrícola consiste na estratégia de uso do tratamento

moral, do qual se situa o trabalho como um dos seus principais alicerces, como conclui Paulo Amarante (2015) que o tratamento moral é a utilização conveniente da disciplina, onde todos os aspectos que compõem a instituição asilar concorrem para este fim. Ele deve ser realizado no asilo moderno, onde aja uma aparente sensação de liberdade controlada pela vigilância e pela disciplina adequada. Sendo assim, Paulo Amarante faz as seguintes colocações sobre o modelo asilar psiquiátrico e a sua relação com o lugar do trabalho neste espaço:

O asilo, por sua vez, não pode estar dissociado do espaço extramural. Com todas as inovações propostas com as colônias, o seu espaço deve transmutar-se. O tratamento deve tornar-se realidade para que o louco seja devolvido ao meio produtivo. A nova racionalidade administrativa deve permitir ao interno a sensação de liberdade, mesmo com a vigilância e a disciplina imprescindíveis ao tratamento moral. O louco não coordena com as convenções sociais, é incapaz de respeitar e conduzir-se de acordo com as convenções sociais, de fixar a atenção, de entender as mais simples equações, de autodisciplinar-se, então a instituição do trabalho por aí só é suficiente para devolver-lhe todas estas atividades. O trabalho é uma atividade nobre, enaltecadora do homem, que fixa a disciplina, a atenção, a vontade e a inteligência, controla as suas energias e promove a correção de suas idéias falsas ou atrofiadas pela doença. A racionalidade administrativa das colônias, principalmente partilhada pelas instituições do trabalho, respondem ao tratamento da loucura. A colônia, por si só, é terapêutica (AMARANTE, 2015, p.62).

O tratamento moral encontra significado pleno na preceituação do trabalho terapêutico, e segundo Michel Foucault é fundamental no tratamento moral:

Em si mesmo, o trabalho possui uma força de coação superior a todas as formas de coerção física, uma vez que a regularidade das horas, as exigências da atenção e a obrigação de chegar a um resultado separam o doente de uma liberdade de espírito que lhe seria funesta e o engajam num sistema de responsabilidade (FOUCAULT, 1978, p.480).

O trabalho é visto como uma reeducação para os vícios educacionais distorcidos, pois no contexto do alienado que possivelmente é devido a uma educação mal ajustada, desafinada da ética, a uma falta de convicção religiosa e, ainda, a um comportamento que afronta ao pudor e a moral, que se define a depravação insana do corpo e da alma. Considera-se que para os alienados mentais é preciso fazer estimular a vontade, conseguir o controle de suas energias, seus pensamentos e suas condutas. Sendo assim, nada mais correto anexar ao tratamento “os remédios morais, consistentes na instituição do trabalho”, este remédio absoluto que resgata os pensamentos perdidos, redistribui as energias esparsas e redireciona a consciência para a realidade (AMARANTE, 2015, p.78-79).

Álvaro Cardoso (1929) acredita que só a disciplina do trabalho é capaz de restituir um interesse real pelo mundo objetivo, arrancando o indivíduo alienado da apatia, da intolerância e da vida vegetativa à qual a doença delegou. E continua, com a convicção de que o suor gasto no trabalho é o caminho para a cura, para que o alienado retorne das trevas que a loucura o relega aumentando-se cada vez mais a sujeição ao mundo exterior, até que, se possível, o equilíbrio se reestabeleça, impõe-se o trabalho inteligentemente organizado, de que tanto carecem, como o melhor derivativo para as ideias delirantes.

Com a organização disciplinar do trabalho, incutem-se os princípios morais e os valores éticos pela internalização destes mesmos princípios e valores, que submetem e sujeitam as pessoas às normas sociais. Dito em outras palavras, disciplinar para a disciplina, usando a pedagogia de normas e regras para aqueles que, pelos vícios educacionais, falta de convicção ou paixões errantes não compartilham do contrato social.

Paulo Amarante (2015) coloca que se trata de uma tecnologia do trabalho, organizado cientificamente, uma tecnologia de poder sobre o corpo que trabalha, aspecto desenvolvido por Foucault, em que há um saber sobre o valor terapêutico do trabalho, da ordem e da disciplina que justifica e autoriza sua aplicação sobre o louco. O tratamento moral e seu elemento mais poderoso o trabalho, inscrevem-se também no campo político, e não apenas nos ideológico e econômico.

O trabalho organizado, afirma Juliano Moreira (1905), torna-se um “elemento moralizador, capaz de assegurar a disciplina”, que para Michel Foucault (1977), a disciplina é uma modalidade de poder cujo exercício supõe um dispositivo que obrigue pelo jogo do olhar, um aparelho onde as técnicas que permitem ver induzam a efeitos, e onde, em troca, os meios de coerção tornem claramente visíveis aqueles sobre quem se aplicam. Este controle permanente se dá por técnicas disciplinares precisas: o controle de atividades, dos gestos e do tempo são dispositivos fundamentais para o adestramento que determinam desde a arquitetura do espaço, que possibilite uma vigilância mais eficiente e ininterrupta, até a estruturação de mecanismos punitivos. Bem como, as punições são meios de repressão utilizados com frequência no hospício para subjugar os alienados à disciplina. O próprio ingresso no hospício já é, por si só, uma punição: é a punição para o desvio chamado loucura. A pena designada é o tratamento, sendo a cura, a disciplina.

Todavia, ao final a Segunda Guerra Mundial, a sociedade volta a olhar para os hospícios e descobre que as condições de vida oferecidas aos pacientes psiquiátricos em nada diferenciavam daquelas dos campos de concentração. Eram marcados pela absoluta ausência

de dignidade humana. Assim, nasceram as primeiras experiências da reforma psiquiátrica que podem ser divididas em três grupos. O primeiro grupo é integrado pelas experiências de Comunidade Terapêutica e de Psicoterapia Institucional, baseadas no princípio de que o fracasso estava na forma de gestão do próprio hospital e a solução, portanto, seria introduzir mudanças na instituição. O segundo grupo é formado pela Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Preventiva, experiências que preconizavam que o modelo hospitalar estava esgotado e deveria ser substituído por serviços assistenciais que qualificariam o cuidado terapêutico. No terceiro grupo, estão a Psiquiatria democrática e Antipsiquiatria, que colocam em xeque o paradigma asilar psiquiátrico e postulam a inexistência da doença mental enquanto objeto natural e a terapêutica constituída pela própria vivência da experiência do sujeito em sua relação com o ambiente social (LEITE, 2009, p.28).

A noção de prevenção adotada por Gerald Caplan (1980) foi transposta da psiquiatria para a medicina preventiva, considerando ocorrer em três níveis: 1) prevenção primária: intervenção nas condições possíveis de formação da doença mental ou condições etiológicas, que podem ser de origem individual ou do meio; 2) prevenção secundária: intervenção que busca a realização de diagnóstico e tratamento precoce da doença mental já instalada; 3) prevenção terciária: que se define pela busca de readaptação do paciente à vida social, após a melhora. Bem como, a Psiquiatria Preventiva cria três conceitos, que promovem grandes modificações no campo da Psiquiatria que são: crise, desvio e desinstitucionalização.

Na tradição teórica e política, o hospital psiquiátrico não apenas reproduzia, mas radicalizaria as mesmas estruturas opressoras e patogênicas da organização social, fortemente manifestadas na família. Em consequência dessas críticas às estruturas social e familiar, a Antipsiquiatria rapidamente ficou associada e restrita aos movimentos contestatórios e antinstitucionais, que abalaram a Europa Ocidental, na década de 1960.

A análise microsociológica do asilo psiquiátrico, realizada pelo sociólogo Erving Goffman (1968), um dos mais contundentes analistas críticos das instituições e do modelo teórico da psiquiatria, publicado no Brasil como “Manicômios, Prisões e Conventos”, igualando asilos psiquiátricos as outras instituições de controle e violência, por ele denominadas de instituições totais, reformulou o conceito norte-americano de desinstitucionalização.

Desta maneira, para Erving Goffman (1968), o que a psiquiatria denominava curso natural da saúde mental era na realidade a carreira moral do doente mental. Esmiuçando os mecanismos e sistemas da institucionalização, em que se destacavam a carreira moral, a

estigmatização ou mortificação do eu. A noção de desinstitucionalização tornava-se mais complexa e distante de ser realizada, ficando para muitos a compreensão e a prática da desospitalização.

Diante o exposto, o italiano Franco Basaglia (1985) propõe inverter esta estratégia, isto é, colocar a doença mental entre parênteses para poder lidar e perceber o sujeito em sua experiência-sofrimento. Este autor entende que a “objetivação do homem em síndromes tem tido conseqüências extremamente irreversíveis no doente que – originalmente objetivado e restrito aos limites da doença – fora confirmado como categoria fora do humano por uma ciência que deveria distanciar-se e excluir aquilo que não estava em grau de compreender. A desinstitucionalização surge então como uma estratégia de negação da psiquiatria enquanto ideologia realizada na prática, isto é, na desmontagem dos aparatos jurídicos, conceituais e socioculturais que se edificaram sobre a noção de doença mental. As práticas sociais e culturais para com a loucura tornada em doença mental mantêm uma relação de estreita interdependência com o saber da medicina mental. E, uma vez constituída a psiquiatria enquanto ciência é esta que influenciará o imaginário social quanto ao que vem a ser o louco, o doido, o doente, a loucura, a doença mental. Franco Basaglia parte do pressuposto de que a psiquiatria deveria exercitar uma nova prática para com a loucura e, assim, produzir um novo imaginário social.

Quem fundamentalmente reescreve o conceito de desinstitucionalização é Franco Rotelli (1989) quando a afirma enquanto processo prático-crítico que reorienta instituições e serviços, energias e saberes, estratégias e intervenções, em torno não mais da doença mental, mas da existência-sofrimento dos sujeitos em sua relação com o corpo social. Um novo objeto, portanto, que não é mais objeto, mas sujeito; e, portanto, não mais uma situação estática, mas em permanente desequilíbrio. Como resultado, a questão torna-se, em suas palavras, não mais o tratamento, mas a emancipação, não mais a restituição da saúde, mas sua invenção, não mais a recuperação, mas a reprodução social das pessoas, concretizando o processo de singularização e ressingularização. No lugar da prática psiquiátrica, de pesquisar a nosografia da negatividade, isto é, de operar a identificação dos sinais e sintomas enquanto representantes da irracionalidade, periculosidade, insensatez, a nova prática, da nosografia das positivities, procura perceber e produzir positivities e autonomias.

Assim, a experiência italiana mostrou que a desinstitucionalização, com integração do indivíduo na sociedade, é o processo social complexo, que procura acionar os atores sociais diretamente envolvidos; promovendo uma transformação que deve transcender à simples

reorganização do modelo assistencial e alcançar as práticas e concepções sociais. A desconstrução deve ter, como uma das estratégias de ação, a negação da psiquiatria enquanto ideologia. Significa negar a instituição manicomial; o saber psiquiátrico sobre a doença mental. Compreendido como um processo histórico e social de apropriação da loucura; o poder da psiquiatria em relação ao paciente e o seu mandato social de custódia (LEITE, 2009, p.37).

Para Paulo Amarante (2015) a denúncia da realidade dos hospitais psiquiátricos tornou possível verificar sua função mais custodial que assistencial, mais iatrogênica que terapêutica, mais alienadora que libertadora. Se por um lado a psiquiatria deixava de ser questão exclusiva dos técnicos para tornar-se uma questão que diz respeito a toda a sociedade; por outro lado, o objeto da psiquiatria deixava de ser a doença – contra a qual ela se mostrara impotente – para tornar-se o sujeito da experiência do sofrimento.

No entanto, o sociólogo Artur Perrusi (2017) coloca que a assistência psiquiátrica fica no seguinte impasse: se impõe de vez a noção de doença mental, torna-se mais “psiquiátrica” do que nunca, com todas as ambigüidades da psicopatologia médica, mas perde de vista o campo da saúde mental; ou se adota a noção de sofrimento psíquico, assumindo a gestão do campo da saúde mental, mas perde suas fronteiras institucionais e fica impotente como assistência de saúde pública, diante dos problemas da vulnerabilidade social.

Já para Paulo Amarante (2009) a assistência psiquiátrica é o espaço de interpelação prática do indivíduo, esse cidadão que sofre e que precisa de cuidados. Mas também é um lugar de resistências e de conflitos, e mesmo de incompreensões agudas em relação ao sofrimento psíquico. Tais tensões revelam reconfigurações de longo alcance da relação entre o normal e o patológico e, como efeito mediato, novas articulações entre o comportamento adequado e o desviante, entre a dependência e a autonomia, entre a vulnerabilidade social e a cidadania. Um processo ambíguo, como um todo, pois a intervenção psiquiátrica pode levar seja a um resgate do cidadão autônomo, segundo o modelo basagliano; ou pode levar à produção de comportamentos adaptados à norma social hegemônica, segundo o modelo do positivismo psiquiátrico.

Porém, para Artur Perrusi (2017) a cidadania do louco é uma espécie de “normalização totalitária”, que produzida pelo asilo gerou efeitos perversos e devastadores do ponto de vista humanitário e terapêutico. A alteridade da loucura deixou, assim, sua proximidade, quase identidade, com o patológico, e se aproximou, de forma mais ou menos tensa da anormalidade. Por isso, normalizar politicamente o anormal é mais fácil do que fazê-lo com o patológico. O

louco passa a ter o direito à cidade. Com isso, a questão social passou também a ser uma questão da saúde mental.

Assim, o conceito do sofrimento psíquico é colocado por Artur Perrusi da seguinte forma:

Em torno do sofrimento psíquico giram diversos saberes e poderes, mobilizados para combater o novo “mal-estar da civilização”: psiquiatras, médicos, enfermagem, serviço social, educadores, recursos humanos, padres, pastores, policiais, juízes, usuários, movimentos sociais. O sofrimento faz parte da socialização – da criança hiper-cinética ao idoso deprimido. A adaptação ao mundo não é mais dada por formas de aprendizado mais ou menos simples ou rápidas, e sim construídas, geralmente de forma individual, tomando como base uma pluralidade de valores e papéis sociais. Por isso, estar no mundo precisa agora de ajuda também de especialistas da socialização de educadores a psicólogos e psiquiatras. E o sofrimento é sinalizador político, tão eficiente como os antigos sinais de opressão e exploração. Torna-se sofrimento social, sinal evidente de vulnerabilidade (pobreza, delinquência, desemprego, trabalho precário etc.) logo, passível de reconhecimento político e demandas públicas (PERRUSI, 2017, p.41).

Com o exposto, percebe-se que existem os termos loucura, doença mental e sofrimento psíquico, bem como as diferenças entre eles, onde loucura é uma expressão genérica, que diz respeito às representações sociais dos fenômenos percebidos como operadores de uma ruptura com os padrões éticos, morais, sociais, culturais ou, ainda, comportamentais de uma determinada estrutura aceita enquanto norma ideal. Doença mental diz respeito à construção no âmbito do saber médico que busca apreender aqueles mesmos fenômenos enquanto distúrbios, transtornos ou lesões. O sofrimento psíquico remete a ideia de um sujeito que sofre numa experiência vivida, e no campo da saúde mental e atenção psicossocial, tem-se utilizado falar de sujeitos em sofrimento psíquico.

Em que pese à distinção entre os conceitos pessoas com experiência na loucura, pessoa com transtorno mental e o sujeito com sofrimento psíquico, ao longo deste trabalho serão utilizados os três termos, buscando apontar para o caráter necessariamente complexo dos fenômenos em questão e, por outro lado, não abandonar, ainda, a expressão doença mental, na medida em que é aquela que mais caracteriza, na atualidade, o objeto das práticas psiquiátricas e psicológicas, no contexto da reforma psiquiátrica brasileira vigente.

Assim, Lycurgo Santos Filho (1980) coloca que o Brasil ao contrário dos países da Europa e da Ásia tem pouco tempo de história no que se refere à saúde mental. O autor afirma que as primeiras referências sobre a percepção da loucura, no Brasil, fazem alusão aos povos indígenas que as vinculavam ao sobrenatural e aos espíritos malignos. Para o cuidado e a cura, os índios praticavam rituais mágicos que ficavam a cargo do pajé, uma espécie de

médico feiticeiro da tribo.

No período da colonização, a prática médica ficou a cargo dos padres jesuítas, que passaram a exercer uma grande influência na sociedade que se formava. De acordo Paulo Ribeiro (1999), não houve durante o período colonial, qualquer cuidado específico direcionado às doenças mentais. Para o tratamento das enfermidades, a população contava com alguns curandeiros e profissionais da saúde, que se valiam de suas vivências e observações. Devido a falta de recursos e de estruturas adequadas para os doentes, o que restava, muitas vezes, era o improvisado. Assim, como ocorreu na Europa, os enfermos eram acolhidos nas Santas Casas de Misericórdia, nas instituições religiosas e filantrópicas, cuja função era mais de caridade do que médica. Os locais especificamente reservados para o atendimento às pessoas com problemas mentais vão ser disponibilizados somente a partir do final do século XVIII e início do século XIX.

Para Paulo Ribeiro (1999), no Brasil, a assistência psiquiátrica foi estruturada de maneira bastante semelhante ao método utilizado na Europa, em que predominavam o internamento, a vigilância e a tutela dos internos, culminando numa verdadeira política de segregação. Do final do século XIX até o século XX, a psiquiatria passa de uma fase leiga e pré-científica de construção, para uma fase de legitimação científica. Nesse período, os psiquiatras finalmente conseguem ter autoridade para classificar e tratar as pessoas com experiência na loucura, que antes ficavam sob jurisdição das autoridades públicas ou de religiosos.

No entanto, a maioria dos manicômios eram administrados pela Provedoria da Santa Casa, instituição que não só está desprovida dos princípios básicos ditados pela ciência psiquiátrica para a organização e o controle dos asilos, como ainda demonstra inabilidade ante os mais básicos aspectos. Isto se soma à desonestidade, que para Teixeira Brandão (1956) é indubitável quando o interesse lucrativo se sobrepõe ao assistencial, e a prova disto é a sua exclusividade sobre o controle das internações, fator predisponente de corrupção. Segundo o autor, tais aberrações não existiriam se o mesmo fosse exercido por alienistas (psiquiatras), homens de ciência e, portanto, de dignidade não apenas moral, mas científica, em vez de leigos.

A Provedoria, por outro lado, ao desenvolver uma linha terapêutica desatualizada, instala descrença sobre a psiquiatria acarretando sérias conseqüências para a ciência e para a sociedade. Uma delas é o acúmulo de insanos que, não curados, avolumam as enfermarias e, mais que isso, as delegacias, o asilo, de mendigos e outros meios que inconvenientemente são

forçados a prestarem assistência social. Assim, a psiquiatria assiste a tutela ao insano com outrem; instituições leigas que desconhecem a loucura senão como problema social (AMARANTE, 2015, p. 57-58).

Se a assistência é onerosa aos cofres públicos e inerte às necessidades de ordem social, como financiá-la? Como tornar acreditável uma instituição que não responde às demandas sociais? Existe uma indefinição que se passa concretamente, como por exemplo, é frente às populações urbanas marginalizadas do processo social, como é o caso dos negros, índios, imigrantes e ociosos, entre outros, referidos por Juliano Moreira (1955), segundo este autor o caso dos imigrantes, os aventureiros que aportam ao Brasil à procura de riquezas, muitos deles criminosos, agitadores ou presidiários que, banidos ou foragidos de seus países trazem para cá “a larga sucessão de epiléticos, histéricos e outros degenerados com que, progressivamente, se foi adensando o vasto caldo da cultura da criminalidade nacional”. Ainda, muitos destes imigrantes “tornaram-se porventura bons elementos de trabalho, mas trouxeram também os princípios degenerativos que mais tarde deram epiléticos, criminosos, paranóicos, senão idiotas e imbecis”.

Outro elemento são os negros que, explorado como escravo maltratado e malnutrido foram introduzidos pelos colonizadores ao hábito alcoólico. O álcool foi-lhes “infiltrando nos neurônios os elementos degenerativos que, reforçados através do tempo, dão a razão de ser de muita tara atual, atribuída à raça e à mestiçagem por todos aqueles que não querem dar ao trabalho de aprofundar as origens dos fatos”. O último elemento importante citado por Juliano Moreira diz respeito ao índio que, “também foi aproveitado à custa de álcool e miçangas(...), em permuta com as poucas moléstias evitáveis que lhes trouxeram sífilis, lepra, tuberculose, etc.” (MOREIRA, 1955, p.65). Todo este quadro recebe importância ainda maior por estar presente num momento de alta relevância histórica, a passagem do império para a República; a transição de um modelo econômico exportador, a uma industrialização incipiente.

Dito isto, vale questionar, é por mero acaso que as pessoas que promovem o caos social são aquelas mesmas que possuem o transtorno mental? Para Paulo Amarante (2015), a medicalização global do asilo e das instâncias sociais articuladas à saúde mental diz respeito ao caminho obrigatório a ser trilhado. No instante em que a psiquiatria procura identificar as causas da loucura no meio social, este se torna o alvo fundamental da atuação científica. A eficiência desta atuação oferece a psiquiatria à ordem social em troca de um reconhecimento que lhe parece justo. A investida contra a psiquiatria “esclerosada” do manicômio, enclausurada em seus muros, alheia à questão social é mais que necessária, transformando-a

numa instituição moderna. E, foi assim que se criaram os primeiros decretos e construíram os hospícios e colônias agrícolas em várias partes do território brasileiro.

Assim, Roberto Machado (1978) analisa a criação do Hospício de Alienados Pedro II, no Rio de Janeiro, como marco inaugural da psiquiatria no Brasil e como parte integrante de um projeto normalizador da medicina para a sociedade brasileira. Em 1830, os médicos, para solucionar o problema dos alienados abandonados à sua sorte pela cidade, lançam o lema “aos loucos o hospício”, que obtém êxito com decreto de 18 de julho de 1841.

No século XIX e início do século XX, Maria Cunha (1988) enfatiza que com o intenso e rápido processo de urbanização e industrialização do país produziu-se pressões junto ao poder público para resolver o problema dos loucos que lotavam as cadeias das cidades, fazendo desta forma, com que o manicômio cumprisse uma função social de legitimar a exclusão de indivíduos ou setores sociais não enquadráveis, indisciplinados. Nos anos 1920 e 1930, conforme Jurandir Costa (1981), a Liga Brasileira de Higiene Mental, apresenta seu ideal eugênico como projeto político para a sociedade brasileira.

Pedro Delgado (1992) aponta para a consolidação da estrutura manicomial do Estado, na era Vargas, como parte de um projeto reformista. Heitor Resende (1987) afirma que a palavra “exclusão” é a que melhor define e sintetiza a política de assistência em saúde mental ao longo de boa parte do século XX. Esses autores citados, analisam e evidenciam a estreita e íntima relação entre o hospício e as necessidades oriundas dos processos econômicos, políticos e sociais da sociedade que estão inseridos, neste caso o Brasil.

É possível identificar essa relação do que o manicômio oferecia, e a nova percepção de alguns psiquiatras sobre o tratamento para as pessoas com transtorno mental nos anos 1980, quando uma das entrevistadas, relata sua trajetória profissional, e explica que quando ficou num espaço de tempo em casa, depois de ter sido demitida do trabalho, iniciou seu processo de adoecimento e, foi levada para um manicômio, que descreve como era tratada:

*“Passei o tempo todo internada... Aí depois, chegou um pessoal para... tinha um supervisor, sabe... para falar com médico, aí disse sabe que esse hospital vai fechar? Aí disse, não sei não! Quando era de noite, amarrava a gente tudinho, agora eu me soltava, sabe? O meu pulso ficava todo inchado, aí o Dr. Lamartine perguntou o que é isso em você? Aí eu disse, vou falar tudo para o médico que ele gostava muito de mim... aí disse que, quando chegava de noite, está tudo amarrado, até eu estou amarrada, chegava para me segurar; ele disse é verdade? Eu disse, é verdade! Aí ele disse: deixe comigo! Eu disse chegando lá está tudo amarrado, ele disse: Como é a história? Eu quero esse negócio aqui não, eu quero paciente tudo solto. Aí eu disse, então venha ver... Era tudo amarrado naquele lugar, por isso fechou...” (Jasmim)*

Jasmim justifica o fechamento desse manicômio desaprovando a forma de como era tratada e, demonstra suas estratégias de sobrevivência nesse espaço de cuidado, o qual tinha sido colocada. Bem como, a aliança feita com o médico psiquiatra, digo aliança, porque este relato refere-se à confiança de expressar o seu sofrimento e, tão importante quanto isso, foi a possibilidade de ser escutada, valorizando sua queixa e tomando às devidas providências. De fato, esse hospício foi fechado e Jasmim foi para casa, dias depois teve uma segunda crise e, desta vez, foi encaminhada para o Hospital Alberto Maia, no qual passou vinte e sete anos internada.

Se, desde os seus primórdios, a psiquiatria vem sendo reformada, sofrendo mudanças que se articulam com o contexto político, econômico, social e cultural, qual a proposta da Reforma Psiquiátrica vigente? É sobre esse assunto que será discorrido a seguir.

### **3.2 A Reforma Psiquiátrica no Brasil como “processo social complexo”**

Na busca de entender como se deu o Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira será apresentado acerca das suas origens que deram base para a construção e a viabilização da política de saúde mental. Tendo em vista, que foi constituída a partir do final dos anos 1970, este movimento surge em meio ao clima de efervescência que dominava o Brasil naqueles anos da organização social e civil contra a ditadura militar; onde posteriormente o movimento da Reforma Sanitária torna-se consubstancial com as lutas e ações políticas em prol da saúde pública, que desemboca nos anos 1980 com o processo de redemocratização do país. E, os atores da Reforma Sanitária lutavam pela conquista do direito à saúde, pelo estabelecimento das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) que culminou na 8ª Conferência Nacional de Saúde e, que teve como consequência à realização, no ano de 1987, a I Conferência Nacional de Saúde Mental.

Neste sentido, o autor contemporâneo a este processo, Silvio Yasui, explica quais são as bases do Movimento da Reforma Psiquiátrica e a que ela se refere:

[...] a um processo social complexo, caracterizado por uma ruptura dos fundamentos epistemológicos do saber psiquiátrico, pela produção de saberes e fazeres que se concretizam na criação de novas instituições e modalidades de cuidado e atenção ao sofrimento psíquico e que buscam construir um novo lugar social para a loucura. Esse processo situa-se, no caso brasileiro, no contexto histórico e político do renascimento dos movimentos sociais e da redemocratização do país, na segunda metade dos anos 1970 (YASUI, 2010, p.27).

Assim, a Reforma Psiquiátrica não diz respeito, exclusivamente, as medidas de caráter tecnocientífico ou organizacional, mas é um processo permanente de construção de reflexões e transformações que ocorrem a um só tempo nos campos assistencial, cultural e conceitual. Tendo como objetivo de transformar as relações que a sociedade, os sujeitos e as instituições estabeleceram com a loucura, com o louco e com a doença mental, conduzindo tais relações no sentido da superação do estigma, da segregação, da desqualificação dos sujeitos ou, ainda, no sentido de estabelecer com a loucura uma relação de coexistência, de troca, de solidariedade, de positividade e de cuidados (AMARANTES, 2015, p.19).

Desta forma, as origens da Reforma Psiquiátrica têm como base o movimento social, as articulações de atores da sociedade civil que apresentaram suas demandas e necessidades, assumindo seu lugar de interlocutor, exigindo do Estado a concretização de seus direitos. São ações que pressupõem verbalização e a afirmação de interesses, disputas, articulações, conflitos, negociações, propostas de novos pactos sociais. Ações que acreditam na possibilidade de mudar as relações sociais, possibilitar a participação nos bens econômicos, culturais, construir um mundo mais justo, mais equânime, mais livre. Por isso, o seu nascimento acontece no movimento da Reforma Sanitária no Brasil que concebe a saúde imbuída de determinantes sociais, o que implica pensá-la como resultante da complexidade de fatores sociais, econômicos, culturais e políticos. Ou seja, transformar a saúde é transformar a sociedade que a produz enquanto processo social (YASUY, 2010, p. 27).

Esse processo complexo da Reforma Psiquiátrica foi articulado, segundo Silvio Yasuy (2010) com outros movimentos sociais e com a luta pela redemocratização do país, levando seus protagonistas a desempenhar uma militância que transcendia a questão específica da saúde mental. Mais do que isso, criou um movimento social, o Movimento da Luta Antimanicomial, congregador não apenas de setores da saúde mental, como profissionais, associações, usuários e familiares, como também estudantes, artistas, jornalistas, intelectuais. Assim, o autor descreve como se deu o início desse processo:

A Reforma Psiquiátrica principiou, assim, seu processo de institucionalização, intensificou-se nos anos 1990 e confundindo-se com o Estado. Tal processo já preocupava alguns atores que, nos intervalos e bastidores da I Conferência Nacional de Saúde Mental, articularam a realização, em dezembro de 1987, do II Congresso nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, na cidade de Bauru (SP). A escolha da cidade paulista deveu-se ao fato de ela está sob uma administração progressista (à época), o que favoreceu o apoio para a organização e para a realização do evento. Além disso, havia várias lideranças expressivas da Reforma Sanitária, como David Capistrano, secretário municipal de saúde, e

da Reforma Psiquiátrica, como Roberto Tykanori, que lá tinham implantado o primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (Naps). Dentre os eixos de discussão do congresso, um apontava para uma nova estratégia a ser desenvolvida pelo movimento: o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Adotado nacionalmente, a partir desse evento, o lema colocava em destaque a questão da loucura no âmbito sociocultural. Tratava-se de produzir uma utopia norteadora das propostas assistências; resgatar a discussão sobre segregação e a violência institucional; repensar as práticas e inventar possibilidades para ampliar o campo de atuação. Tratava-se, também, de uma profunda e radical ruptura com o modelo hegemônico médico-centrado de produção de um saber técnico, de uma razão instrumental, sobre a loucura (YASUY, 2010, p.45)

Por isso, a reconstrução do conceito e da prática clínica tem sido um aspecto fundamental da Reforma Psiquiátrica, para que a relação técnico-instituição-sujeito, não seja a reprodução daquela clínica da medicina naturalista. É preciso reinventar a clínica como construção de possibilidades, como construção de subjetividades, como possibilidades de ocupar-se de pessoas com sofrimento, e de efetivamente, responsabilizar-se para com o sofrimento humano, com outros paradigmas centrados no cuidado, como proposto por Dell’Aqua (1991), e na cidadania enquanto princípio ético. Uma clínica que não seja uma estratégia de normalização e disciplinamento, bem como Deleuze (1990) atenta para o fato de que mesmo a psicanálise pode aspirar tais projetos.

O fundamental, como acentua Dell’Aqua (1991), é que o operador da atividade clínica possa superar a condição de ser apenas um técnico, de fazer tão somente clínica. Isso significa a possibilidade de o operador superar o que Franco Basaglia e Giovanna Gallio (1991) denominam de vocação terapêutica, isto é, a postura que é determinada sempre pelo olhar e agir terapêuticos, e assim poder colocar-se, enquanto ator social, não apenas no âmbito do serviço, mas do território. Desta forma, Paulo Amarante coloca quem pode ser os operadores desta clínica inovadora, da qual necessita o Movimento da Reforma Psiquiátrica:

Os operadores podem ser psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, terapeuta ocupacionais, musicoterapeutas, educadores físicos... Enfim, são tantas e inumeráveis as profissões que estão criando competências em lidar com a loucura nos novos dispositivos, estratégias e serviços, que o importante e fundamental é que não se reduza a intervenção à forma única e exclusiva de uma corrente clínica em teorizar e intervir. É necessário estabelecer rupturas, com conceitos como o de doença, de terapêutica, de cura, de ciência, de técnica, de verdade! Para o operador que atua em alguns destes serviços inovadores, seria muito interessante a consciência de que ali se estão operando rupturas conceituais, ao mesmo tempo em que técnicas, políticas, jurídicas e sociais. Ao escutar, acolher, cuidar, interagir e inserir (em vez de seqüestrar, disciplinar, medicalizar, normalizar), estão sendo construídas novas relações entre a sociedade e a

loucura (AMARANTES, 2015, p.124-125).

Paulo Amarantes (2015) continua a colocar que, ao não vislumbrar esta dimensão para além da clínica, essa transcendência cai inevitavelmente num outro tipo de totalitarismo. A clínica ampliada difunde-se a tal ponto que tudo se torna clínica. E, isto pode representar o temor do técnico de perder a sua hegemonia, o seu mercado, de fazer clínica ou de fazer supervisão clínica.

Outro fato marcante para a construção da Reforma Psiquiátrica foi o surgimento das associações de usuários(as) e familiares, onde a reforma deixa de ter a participação majoritária de trabalhadores(as) da saúde e passou a contar com familiares, usuários(as) e outras pessoas não ligadas diretamente ao campo da saúde mental e Paulo Amarante (1998) acrescenta: “Com o processo da reforma psiquiátrica saindo do âmbito exclusivo dos técnicos e das técnicas, e chegando até a sociedade civil, surgiram novas estratégias de ação cultural com a organização de festas e eventos sociais e políticos nas comunidades, na construção de possibilidades até então impossíveis” (AMARANTE, 1998, p.82).

Nesta ocasião, também são constituídas as cooperativas sociais com o objetivo não mais “terapêutico”, isto é, rompendo com a tradição da terapia ocupacional nos moldes propostos por Simon e Sivadon, mas de construção efetiva de autonomias e possibilidades sociais e subjetivas. Por um lado, o trabalho nas cooperativas surge como construção real de oferta de trabalho para pessoas em desvantagem social, para as quais o mercado não facilita oportunidades. Por outro, surge como espaço de construção de possibilidades subjetivas e objetivas de validação e reprodução social dos sujeitos envolvidos em seus projetos. Ao contrário da tradição anterior em nosso país – representada, por exemplo, pela experiência do Museu de Imagens do Inconsciente -, as obras produzidas pelas pessoas com transtorno mental são de sua propriedade, tanto no que diz respeito ao valor simbólico quanto ao de troca e de venda (AMARANTES, 2015, p.30-31)

Outra experiência foi resgatada na cidade de Santos, trata-se do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Prof. Luiz Cerqueira, em São Paulo que, tendo início em 1987, surgiu como uma proposta do tipo alternativo intermediário ou transitório de um modelo a outro. Para Paulo Amarantes (2015), o CAPS surgiu no âmbito do modelo sanitário-preventivista, como uma instância intermediária entre o hospital e a comunidade, marcado também por uma proposta terapêutica influenciada pela tradição da psicoterapia institucional. Seria uma modalidade de atenção situada no momento da alta hospitalar para a passagem do paciente à vida comunitária ou vice-versa, como uma alternativa à internação integral e imediata. Assim,

o paciente iria para o CAPS como uma tentativa de evitar a internação hospitalar ou quando recebesse alta sem estar apto a retornar plenamente à vida comunitária. Seria ainda intermediário ou provisório no sentido de que representaria uma alternativa assistencial situada na transição do modelo hospitalocêntrico para o modelo preventivo-comunitário, até o momento em que este último crescesse e dominasse o cenário assistencial, com o conseqüente desaparecimento do primeiro. Desta maneira, o CAPS foi resgatado como uma possibilidade que deveria caminhar na direção de tornar-se, ele próprio, uma proposta substitutiva ao modelo psiquiátrico tradicional, e não um serviço provisório permanente.

Neste cenário pela experiência santista, principalmente no diz respeito à possibilidade real, demonstrada na prática, de substituição do hospital psiquiátrico por uma rede territorial de serviços e ações culturais que, em setembro de 1989, surgiu o Projeto de Lei (PL) do Deputado Paulo Delgado, do Partido dos Trabalhadores (PT), que se tornaria o centro dos debates em torno da reforma psiquiátrica nos próximos anos.

Após quase doze anos tramitando no Senado Federal, em 2001, foi finalmente assinada a lei nº10.216, que dispõe “sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”, a chamada lei da Reforma Psiquiátrica. Silvio Yasuy (2010) coloca que seu texto final está muito distante do saudável radicalismo do projeto originário, aprovado em 1989, o que propunha claramente a “extinção progressiva do manicômio e sua substituição por outros serviços”. No primeiro, temos uma proposta de substituição de modelo e, no outro, de proteção, de direitos e redirecionamento.

A mudança não foi apenas semântica, mas de essência. Transformada num texto tímido, a lei aprovada mantém a estrutura hospitalar existente, regulando as internações psiquiátricas, e apenas aponta para uma proposta de mudança do modelo assistencial. Como revelador dessa característica, destaca-se o fato de sete (4º a 10º), de seus treze artigos, referirem-se exclusivamente à regulamentação da internação psiquiátrica, enquanto dois (1º e 2º) aludem aos “direitos e à proteção das pessoas acometidas de transtorno mental”. Os outros artigos relacionam à responsabilidade do Estado, às pesquisas científicas e à criação de uma comissão para acompanhar a implantação da lei (BRASIL, 2001).

Nesse mesmo ano, aconteceu a III Conferência Nacional de Saúde Mental em Brasília. O relatório final é extenso, e a leitura de seus itens já demonstra a complexidade em que se transformou o campo da Reforma Psiquiátrica. Em seu capítulo I, sobre “Reorientação do Modelo Assistencial em Saúde Mental”, sustenta, entre os princípios e diretrizes, que a

reorientação do modelo assistencial “deve estar pautada em uma concepção de saúde compreendida como processo e não como ausência de doença, na perspectiva de produção de qualidade de vida, enfatizando ações integrais e promocionais de saúde” (BRASIL, 2002, p.23). Em seguida, conclama os municípios a desenvolverem políticas de saúde mental que implementem:

Uma rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, territorialização e integrados à rede de saúde que realize ações de proteção, promoção, prevenção, assistência e recuperação em saúde mental. É fundamental, também, que as novas modalidades assistenciais substitutivas desenvolvam práticas pautadas em relações que potencializem a subjetividade, a auto-estima, a autonomia, a cidadania e busquem superar a relação de tutela e as possibilidades de reprodução de institucionalização e/ou cronicidade (BRASIL, 2002, p.23)

Este documento apresenta ainda inúmeras propostas divididas em treze subitens, dos quais destaca-se: política de saúde mental e organização de serviços; responsabilidades do gestor; desinstitucionalização (superação do modelo asilar, organização e produção da rede e dos serviços substitutivos, serviços residenciais terapêuticos, trabalho e geração de renda); controle da internação psiquiátrica; atenção básica; intersectorialidade; atenção à criança e ao adolescente; e atenção aos usuários de álcool e outras drogas. No capítulo V, sobre “Direitos e Cidadania”, ressalta a prioridade para a formulação de políticas que fomentem a autonomia dos portadores de transtornos mentais, incentivando, desse modo, o exercício de cidadania plena, no lugar de iniciativas tutelares. Ressalta, também, as propostas relacionadas à inserção no mundo do trabalho, por meio de projetos de geração de renda ou de formação de cooperativas sociais (BRASIL, 2002).

Silvio Yasuy (2010) afirma que o campo da Reforma Psiquiátrica se tornou complexo. Essa complexidade traz a marca da diversidade de atores que o constituem, tais como: trabalhadores de saúde, gestores, usuários, familiares, parlamentares, acadêmicos, pesquisadores, estudantes e simpatizantes de diversos segmentos sociais. Nascida sob a égide de uma luta política contra a ditadura e o autoritarismo, a Reforma Psiquiátrica nunca deixou de ser esse campo político por excelência, lugar de disputas, de confrontos, de alianças, de contradições. A proposta de ruptura radical com um determinado modelo de entendimento e de cuidado ao sofrimento humano produziu, no seu cotidiano histórico, discursos sobre esse sofrer, modos de cuidar e lugares que enunciavam esses mesmos discursos.

Assim, Paulo Amarante (2015), caracteriza a Reforma Psiquiátrica como um processo social complexo que abrange quatro dimensões essenciais: dimensão teórico-conceitual ou

epistemológica, dimensão técnico-assistencial, dimensão jurídico-política e a dimensão sócio-cultural. São essas dimensões que fazem parte desta dissertação, nesse contexto social, político, econômico desfavorável à implementação de políticas sociais redistributivas, cada dimensão apresenta um conjunto de desafios que se faz urgente e necessário o enfrentamento.

Diante do exposto, a Reforma Psiquiátrica brasileira tem como importante meta a desinstitucionalização e, como um de seus eixos principais, a reabilitação psicossocial, a qual Ana Pitta explica:

Implica numa ética da solidariedade que facilite os sujeitos com limitações para os afazeres cotidianos, decorrentes de transtornos mentais severos e persistentes, o aumento da contratualidade afetiva, social e econômica que viabilize o melhor nível de autonomia para a vida na comunidade. As estratégias para implementá-las são múltiplas e adquirem, em todo o mundo, a marca de pessoas e/ou movimentos sociais que as contextualizam. Não seria diferente no Brasil, país que se notabiliza pela diversidade quando não desigualdade de solo, de clima, de culturas, de riquezas, de idéias. (PITTA, 2016, p.15).

Neste sentido para a Organização Mundial de Saúde (OMS) seria o conjunto de atividades capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários (WHO, 1987). Para Ana Pitta (2016), não se trata, porém, de técnicas específicas para populações específicas, a reabilitação psicossocial é uma atitude estratégica, uma vontade política, uma modalidade compreensiva, complexa e delicada de cuidados para pessoas vulneráveis aos modos de sociabilidade habituais que necessitam cuidados igualmente complexos e delicados. Por sua vez, também, reabilitação psicossocial embora partindo de um movimento iniciado por indivíduos, tem sido integrada as políticas oficiais, não podendo ser um mero e voluntário tratado de intenções.

Segundo Benedetto Saraceno (2001) um dos motivos que tem colocado o tema da reabilitação psicossocial em evidência se reflete na complexidade epistemológica contemporânea sobre a questão da loucura e do ser louco. Estudos epidemiológicos realizados pela OMS demonstram que o discurso das psicoses está fortemente relacionado às variáveis do contexto, quer antes do episódio da doença ou durante a mesma, necessitando de estratégias de ações voltadas a essas variáveis, que constituem os fatores de risco ou proteção, na reabilitação de sujeitos. O autor afirma que a construção do direito de cidadania, como eixo prioritário, não é uma escolha somente ética, mas também técnica, somente um cidadão pleno poderá exercitar as suas trocas.

Desta maneira, Benedetto Saraceno conceitua o modelo de reabilitação psicossocial da seguinte forma:

O modelo da reabilitação não pode ser dawnista, em que só os fortes sobreviverão. Ao contrário, o modelo tem que ser o das redes múltiplas de negociação, buscando a participação de todos e não colocando a autonomia plena dos sujeitos como o ponto crucial da questão. O mito da autonomia plena é um dos principais fatores da hiper relação de pacientes para integrarem projetos de reabilitação, deixando à margem um número de pessoas sem possibilidades de devida assistência. O caminho é o da autonomia possível para cada caso (SARACENO, 2001, p.34)

Por sua vez, Roberto Kinoshita (2001) refere que a autonomia é a capacidade de o indivíduo gerar normas e ordens para sua vida, conforme as diversas situações que enfrenta. Observa também que isto não deve ser confundido com auto-suficiente ou independência, pois a interdependência é inerente aos seres humanos. Ele diz que o problema é a dependência de forma restritiva. Assim, o conceito de autonomia está intrinsecamente ligado à rede de múltiplos pertencimentos.

E como fazer reabilitação psicossocial para as pessoas com transtorno mental levando em consideração a autonomia? Benedetto Saraceno (2001) evidencia suas considerações a esse respeito, afirmando que a qualidade dos espaços de reabilitação consiste na redistribuição de poder aos seus participantes, que devem se tornar sujeitos ativos de suas histórias e dos seus desejos, sujeitos produtores de competência. Tem como lócus de construção de aumento da capacidade contratual dos sujeitos, três eixos: o morar, a rede social e o trabalho. Cenários entendidos como lugares de trocas, espaços de relacionamentos e negociações.

O morar é visto como habitar, que remete ao grau de propriedade do espaço, material e simbólico, e conseqüentemente com um elevado grau de contratualidade sobre a organização desse espaço que deve ser exercitado no cotidiano. O segundo eixo do exercício da prática contratual ressaltado é a rede social, na qual, haverá troca da identidade do sujeito atomizado para o sujeito cidadão. Esta rede social começa na família e vai para a comunidade em geral. A partir da convivência com uma diversidade de atores sociais, tem-se a possibilidade de agregar novos vínculos e de exercitar a capacidade de realizar trocas. Já o terceiro eixo é a produção de trocas de mercadorias e valores através do trabalho com valor social, possibilitando a pessoa ser reconhecida como sujeito de direito e se reconhecer como sujeito de desejo; a auto-estima melhora, passando a se perceber como capaz de produzir e realizar trocas (SARACENO, 2001, p.111-120).

Das seis entrevistadas do grupo de gestoras e profissionais que fizeram parte da

pesquisa, duas afirmaram não saber o que seria a reabilitação psicossocial e, questionada a coordenadora municipal de saúde mental, deu a seguinte resposta:

*“Eu compreendo que é algo que envolve vários segmentos, a reabilitação não envolve simplesmente a saúde. A gente quando fala de reabilitação, a gente tem que envolver educação, a gente tem que envolver assistência social. Reabilitar para mim significa algo muito mais amplo, não falo único e exclusivamente de tirar as pessoas de um lugar onde estavam isoladas, feito os hospitais e deixa-las na comunidade... porque quando a gente fala do processo de desinstitucionalização, a gente tem que monitorar para onde essas pessoas estão indo... porque a institucionalização, ela também acontece em residência terapêutica, ela também acontece em CAPS, em ambulatório e a gente precisa estar atento para que isso não se repita. [...] se a gente não trabalhar em rede e não tiver esse alinhamento, é a mesma coisa de tirar as pessoas de um manicômio e mantê-las em outro, agora só que com outro nome, então a gente tem que tomar muito cuidado pra não existir essas repetências [...] a reabilitação não deve apenas acontecer a nível de saúde não, tem outros envolvidos, a questão da rede mesmo... educação, escola, assistência, porque não adianta ter essa visão apenas na saúde [...] quando a gente fala, por exemplo, assim, o trabalho em rede, quando a gente fala de Saúde Mental, a gente fala na teia que inclui os CAPS, residência terapêutica, comunidade, PSF, centro de especialidades... e quando a gente amplia essa rede a gente vê saúde, educação, assistência social e vai se ampliando, entendeu?... De uma forma que, a gente consiga ter um alinhamento, em relação ‘o que é reabilitação’, porque para muita gente, reabilitar é manter as pessoas isoladas... é estar bem cuidadinha, estar tomando o remédio, é só isso, e não é... é preciso a gente, quando a gente fala de reabilitação, envolver essas pessoas também no trabalho, entendeu? No retorno aos estudos, e a gente só tem isso se essa rede for ampliada e for à discussão maior em relação a isso.” (Flora)*

Se percebe que Flora está relacionando a reabilitação psicossocial a uma rede intersetorial que deve acontecer, usa como exemplo, o processo de desinstitucionalização. Expressa seu anseio de liberdade para as pessoas com transtorno mental, mas ao usar a expressão: *“a gente tem que monitorar pra onde essas pessoas estão indo...”*, e ao mesmo tempo coloca sua preocupação com a institucionalização, pode revelar uma contradição, no que diz respeito à reabilitação com base na tutela, sobretudo, pensando que sua resposta não foi no foco nas pessoas com sofrimento psíquico, e sim no aparato da rede intersetorial como condição para que se possa realizar a reabilitação psicossocial.

Será que existe uma aposta de Flora para com as pessoas com transtorno mental que se propõe a cuidar? Essa é uma questão, que coloca a reabilitação como possibilidade da reinserção social para as pessoas com experiência na loucura, no qual Roberto Kinoshita evidencia:

Refiro-me à ideia que, quando discutíamos a reinserção social, sempre pusemos a questão como um problema de produção de valor, referido aos

pacientes. Partimos do pressuposto que, no universo social, as relações de trocas são realizadas a partir de um valor previamente atribuído para cada indivíduo dentro do campo social, como condição para qualquer processo de intercâmbio. Este valor pressuposto é o que lhe daria o seu poder contratual. Para isto apontávamos três dimensões que considerávamos fundamentais: trocas de bens, de mensagens e de afetos. No caso particular da pessoa que recebe o atributo de doente mental, enuncia-se simultaneamente a sua negatividade; esta enunciação invalida ou torna negativo este valor pressuposto, anula-se o seu poder de contrato: os bens dos loucos tornam-se suspeitos, as mensagens incompreensíveis, os afetos desnaturados, tornando praticamente impossível qualquer possibilidade de trocas. O doente mental passa a ter positividade apenas na sua dimensão de doente, de suporte da doença. Em suma, anula-se qualquer valor da pessoa que o assegure como sujeito social (KINOSHITA, 2016. p. 69-70).

Todavia, é importante a preocupação de Flora no tocante a realização da institucionalização manicomial em qualquer espaço, porque como afirma Roberto Kinoshita (2016), é fundamental que se inicie pela desconstrução do dispositivo que produz e mantém aquele desvalor, o dispositivo manicomial. Os manicômios têm a capacidade de transformar qualquer manifestação de poder (positivo) por parte do paciente em negatividade pura do sintoma. E por isto que é o lugar da troca zero.

Para a gerente do PGR, quando feita a mesma pergunta sobre sua compreensão do que seria a reabilitação psicossocial, responde: “*Então, a reabilitação psicossocial seria a inclusão deles na sociedade*” (Bromélia). Resposta que para uma profissional que lida diariamente com as pessoas com sofrimento psíquico do PGR, pode revelar duas coisas, ou o distanciamento para com essas pessoas que se propõe a cuidar, ou a falta de conhecimento sobre a discussão teórica de reabilitação psicossocial.

Uma vez, que a inclusão social para essas pessoas na sociedade também vai se concretizar pela via da rede intersetorial, sabe-se que, a reabilitação pode gerar a inclusão social, mas antes, precisa existir um processo, no qual explica Roberto Kinoshita:

A contratualidade do usuário, primeiramente vai estar determinada pela relação estabelecida pelos próprios profissionais que o atendem. Se estes podem usar de seu poder para aumentar o poder do usuário ou não. Depois pela capacidade de se elaborar projetos, isto é, ações práticas que modifiquem as condições concretas de vida, de modo que a subjetividade do usuário possa enriquecer-se, assim como para que as abordagens terapêuticas específicas possam contextualizar-se (KINOSHITA, 2016, p.71).

Assim, reabilitar como já vimos tem relação direta com a autonomia das pessoas com sofrimento psíquico, sendo um processo de restituição do poder contratual do(a) usuário(a), com vistas a ampliar sua autonomia. A esse respeito à cuidadora de uma Residência

Terapêutica (RT), que atua no PGR e participou da pesquisa, coloca:

*“Autonomia é junto com eles e não respondo, não posso responder, por exemplo, se eu for fazer... (pausa) ... está faltando isso, vamos comprar isso... é vamos comprar um objeto, vamos conversar com os moradores pra saber se aceita ou não, e vamos passar para TR (Técnica de Referência), para ver se concorda, então agente também não pode fazer nada por conta, o cuidador não pode fazer algo, ou se... a casa não é do cuidador, a casa é dos moradores, então a gente tem que ser tudo combinado [...] Então, até hoje eu gostei dos trabalhos anteriores, mas esse para mim é o melhor porque a gente leva eles para o passeio... Alguns tem autonomia de saírem só, participam da geração de renda e outros saem para namorar, e outros para fazerem outras coisas...” (Violeta).*

Percebe-se como Violeta compreende o nível de contratualidade que precisa ser feito com essas pessoas que se propõe a cuidar e o seu olhar para com elas, é de possibilidade para realizar trocas, além de considerar os seus desejos e, buscar realizar uma prática que esteja pautada na autonomia dos(as) usuários(as) deste serviço de saúde.

Disto isto, acredita-se na necessidade da política pública para a saúde mental, e foi realizado em 2010 a IV Conferência Nacional de Saúde Mental, onde foram propostas ações nas recomendações do relatório final e posteriormente preconizadas na Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS.

Para Sandra Lucena (2015), na política de saúde mental brasileira, algumas mudanças são propostas com a instituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) como forma de substanciar a ativação de mecanismos de proteção e inclusão aos grupos mais vulneráveis. Particularmente, as estratégias de cuidado às pessoas em sofrimento psíquico decorrente do uso do crack, álcool e outras drogas remetem à ampliação da complexa rede de atenção em saúde mental que inclui o respeito aos direitos humanos, a garantia de acesso e a qualidade dos serviços prioritariamente de base territorial, o combate aos estigmas e preconceitos, a diversificação das estratégias de cuidado com ênfase na redução de danos, a assistência em rede de atenção à saúde articulada em ações intersetoriais (com promoção da integralidade do cuidado ofertado), entre outras.

Nessa perspectiva, a Política de Saúde Mental prioriza iniciativas que visam garantir o cuidado integral centrado nos territórios, objetivando a superação do modelo asilar e a garantia dos direitos de cidadania da pessoa com transtornos psíquicos e progressiva inclusão social. Em sua proposta de organização territorializada, a RAPS é formada por sete

componentes:

I) **Atenção Básica** – caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que compreenda e proponha intervenções mais efetivas diante da situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2014).

II) **Atenção Psicossocial Especializada** – conforme a Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) foram criados com função específica de serem um substitutivo às internações psiquiátricas, com oferta de cuidados à população adulta com transtornos severos e persistentes ou com transtornos decorrentes do uso de álcool e de outras drogas e específico para a infância e adolescência. A Portaria define critérios para o atendimento populacional conforme abrangência geográfica e faixas etárias. Os CAPS cumprem a mesma função no atendimento em saúde mental, com características diferenciadas descritas no Artigo 3º dessa Portaria (Brasil, 2004).

III) **Atenção de Urgência e Emergência** – são pontos de atenção (SAMU192, sala de estabilização, UPA 24 horas, as portas hospitalares de urgência e pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde), responsáveis, em seu âmbito de atuação, pelo acolhimento, pela classificação de risco e pelo cuidado nas situações de urgência/emergência das pessoas com sofrimento psíquico ou transtorno mental decorrente do uso abusivo de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2011).

IV) **Atenção Residencial de Caráter Transitório** – constitui-se por Unidades de Acolhimento (UA), serviço que deve funcionar por 24 horas – oferecendo acompanhamento terapêutico e protetivo, garantindo direito de moradia, educação e convivência familiar/social – destinadas para adultos, crianças ou adolescentes em situação de vulnerabilidade social ou familiar, encaminhadas pela equipe dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), com a possibilidade de acolhimento prolongado (de até 6 meses) (BRASIL, 2011).

V) **Atenção Hospitalar** – oferece retaguarda em Hospital Geral para usuários com transtornos mentais e com necessidades decorrentes de crack, álcool e outras drogas, com internações de curta duração até a estabilidade clínica do usuário (BRASIL, 2011).

(VI) **Estratégias de Desinstitucionalização** – projetos que visam a garantir às pessoas com transtorno mental em situação de longa permanência o cuidado integral por meio de estratégias substitutivas, na perspectiva da garantia de direitos com a promoção de autonomia e o exercício da cidadania (BRASIL, 2011).

VII) **Reabilitação Psicossocial** – iniciativas de geração de trabalho e renda/ empreendimentos solidários/ cooperativas sociais (BRASIL, 2011).

Como processo social complexo, o que se propõe com essa estratégia em rede é envolver sujeitos implicados com a tarefa do cuidado e da escuta, atribuições que não estão adstritas às equipes profissionais, usuários e familiares, mas a tantos outros atores sociais que se evidenciam nesse processo. Há que se compreender esse novo paradigma como um campo aberto que extrapola os espaços burocratizados e repetitivos dos serviços de saúde, tidos como locais para tratar das doenças, e não das pessoas. Assim, uma multidimensionalidade de ações e de operadores de diversas categorias aponta para uma rede em que diversos recursos comunitários devem compor o território de acolhimento para as diversificadas sociabilidades existentes e as que estão por se construir (AMARANTE, 2007).

Saraceno (1999) e Fontes (2010) refletem em torno dos principais pressupostos do modelo de atenção e cuidado aos que sofrem psiquicamente – a reinserção social, a referência a um conjunto de práticas que reabilitem psicossocialmente os sujeitos através da associação dos seus vínculos sociais desenvolvidos no território em que vive, junto às instituições formais e informais da comunidade, às famílias e aos recursos potenciais que se estruturam no cotidiano da vida. No contexto da Reforma Psiquiátrica, esse entrelaçamento entre dispositivos de saúde, vida comunitária e a progressiva substituição dos hospitais psiquiátricos, estrutura-se na diversidade social, cultural e institucional dos contextos locais de cada município.

Para Nicácio e Campos (2004), essa nova modelagem de assistência disponibilizada no contexto das políticas públicas locais de saúde mental está em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e com a concepção de direitos humanos aprofundada na Constituição Federal. Elas reafirmam o que preconizava a Reforma Psiquiátrica: a construção e ampliação de redes e serviços que efetivem, em corresponsabilidade com seus diferentes atores, novas formas de cuidado aos que experimentam o sofrimento psíquico. Assim, essa rede preconizada como substitutiva ao modelo hospitalocêntrico deve confrontar o abandono e o desamparo produzidos na dinâmica hospitalocêntrica, ensejando um novo contexto relacional, pautado na liberdade e na afirmação de direitos.

Após seis anos da promulgação da Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do

SUS; a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) aprova a Resolução nº32/2017 que insere, novamente, o hospital psiquiátrico como componente da RAPS e retira a reabilitação psicossocial dos respectivos componentes da RAPS, ficando da seguinte maneira:

Considera-se como componentes da RAPS os seguintes pontos de atenção: 1.Atenção Básica; 2.Consultório na Rua; 3.Centros de Convivência; 4.Unidades de Acolhimento (Adulto e Infanto-Juvenil); 5.Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) I e II; 6.Hospital Dia; 7.Unidades de Referência Especializadas em Hospitais Gerais; 8.Centros de Atenção Psicossocial nas suas diversas modalidades; 9.Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental; 10.Hospitais Psiquiátricos Especializados (BRASIL, 2017, p.239).

Além de inserir o hospital psiquiátrico na RAPS, em seu artigo 11º, prioriza fortalecer a parceria e o apoio intersetorial entre os Ministérios da Saúde/Ministério da Justiça/Ministério da Cidadania em relação às Comunidades Terapêuticas. Essa medida representa um retrocesso para o tratamento das pessoas com transtorno mental porque volta a ter como estratégia central modelo assistencial hospitalocêntrico, a promover o isolamento e a exclusão. A reabilitação psicossocial como componente da RAPS, orientava as ações e serviços articulados com base territorial e comunitária voltada para o atendimento extra-hospitalar, com a sua retirada inviabiliza o que já era frágil, como a implantação e implementação dos Centros de Convivência, Projetos de Geração de Renda e Cooperativas Sociais.

Outro retrocesso que ocorreu com esta resolução foi em relação ao processo da desinstitucionalização no Brasil, que antes tinha uma Portaria nº 2.840/2014, que tratava do “Programa de Desinstitucionalização” e, institui incentivos financeiros de custeio mensal para as ações de saúde mental, agora, no artigo de nº 18, destaca que os leitos psiquiátricos serão fechados e os recursos financeiros correspondentes às Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) realocados para o teto orçamentário dos municípios. É importante reconhecer que, nos últimos dez anos, mais de 20 mil leitos<sup>6</sup> foram fechados nos hospitais psiquiátricos, este era o caminho que o Ministério da Saúde vinha perseguindo até o final de 2015, quando seguidas nomeações de coordenadores nacionais de saúde mental contrários à Reforma Psiquiátrica começaram a afetar o processo, demonstrando o avanço de um grupo contrário à Reforma no poder executivo. Por fim, a Resolução foi criada e aprovada sem debate com profissionais, usuários(as) e a comunidade em geral, o que demonstra a falta de respeito à história de participação social e ao processo democrático que foi a base da construção da política de

saúde mental no país.

Precisa-se adentrar como se deu a construção da Reforma Psiquiátrica no estado de Pernambuco e avanços e impasses que foram fundamentais para implantação do Projeto Geração de Renda (PGR) “*Mentes que fazem*”, como consta a seguir.

### **3.3 Reforma Psiquiátrica e a reabilitação psicossocial em Pernambuco**

O primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) surgiu na capital pernambucana, através de muita luta dos técnicos do Hospital Ulysses Pernambucano (HUP)<sup>7</sup>, mais conhecido como “Tamarineira”, esse termo passou a ter forte conotação pejorativa em Recife, expressões do tipo “lugar de doido é na Tamarineira” eram utilizados como chacota para insinuar que alguém não estaria em perfeito estado de sanidade mental. Hoje, graças à implementação ainda insuficiente da Reforma Psiquiátrica e à luta diária de técnicos(as), usuário(as) e familiares pelo reconhecimento do lugar da pessoa com transtorno mental, esses estigmas, preconceitos e atitudes vêm sendo combatidos (SOUZA, 2010, p.212). No entanto, esse Hospital Psiquiátrico continua a existir, inclusive como o único hospital psiquiátrico de urgência e emergência com 115 leitos que atende a todo o estado de Pernambuco.

O Núcleo da Luta Antimanicomial Libertando Subjetividades, que possui papel fundamental neste combate, surgiu num contexto onde a maior dificuldade enfrentada referente à Reforma Psiquiátrica no estado era a grande quantidade de leitos nos hospitais psiquiátricos. De acordo com Cybelle Souza (2010) eram 4.500 leitos distribuídos em dezessete hospitais privados e três públicos. E, para o enfrentamento desta realidade o Núcleo da Luta Antimanicomial Libertando Subjetividades se organizou da seguinte maneira:

Desde a sua formação até os dias atuais o núcleo é composto por profissionais, usuários e familiares de usuários da saúde mental. Ele vem atuando fortemente em defesa dos direitos das pessoas com transtornos mentais e pela progressiva e irreversível substituição dos hospitais fechados por uma rede antimanicomial de atenção à saúde mental, como previsto da lei da Reforma Psiquiátrica. Além de acompanhar e apurar denúncias de violação de direitos humanos, ao longo desses anos, o núcleo pernambucano tem realizado ações efetivas para cobrar dos gestores municipais e estaduais

---

<sup>6</sup> Segundo dados no Cadastro Nacional de estabelecimentos de Saúde (CNES), de novembro de 2018.

<sup>7</sup> O primeiro hospital exclusivo para o tratamento de doentes mentais em Pernambuco, atualmente chamado de HUP, foi implantado em 1883 em Recife, o já mencionado Asilo de Alienados, pertencente à Santa Casa de Misericórdia. Essa instituição já iniciou suas atividades tendo sua administração assumida por profissionais médicos, ao contrário de outras em outras partes do Brasil, que inicialmente foram administradas por religiosos (COELHO FILHO, 1983).

posicionamento e medidas imediatas para a implementação da Reforma no estado (SOUZA, 2010, p.213).

Existe atualmente em Pernambuco, segundo dados do Ministério da Saúde, cento e trinta sete CAPS cadastrados; noventa e cinco Residências Terapêuticas (concentradas em número maior em Recife com cinquenta duas e em Camaragibe com quatorze); onze Consultórios na Rua; cinco Unidade de Acolhimento – Albergues Terapêuticos; na rede hospitalar tem duzentos e sessenta sete leitos em Hospitais Gerais; e, cinco Hospitais Psiquiátricos com 475 leitos, sendo 360 leitos em quatro Hospitais Psiquiátricos com porta de entrada fechada, onde cem por cento da população internada é de longa permanência. Se em 2010, existiam 2.727 leitos psiquiátricos para pacientes de longa permanência e, hoje existem 360 leitos, evidencia o profundo processo de desinstitucionalização ou de desospitalização que o estado vivenciou ao longo dessa última década.

Gera-se essa dúvida, se Pernambuco passou por processo de desinstitucionalização ou de desospitalização devido ao escasso debate acerca da reabilitação psicossocial, bem como o pouco investimento, ou melhor, nenhum investimento, de modo especial em nível estadual, para a implantação de serviços que garantam esse componente da RAPS, como Cooperativas Sociais, Centro de Convivência ou Projetos de Geração de Renda.

Na recente publicação, da Política Estadual de Saúde Mental de Pernambuco, feita pela Secretaria Estadual de Saúde, em 2018, consta como diretriz a “promoção da reabilitação psicossocial e a reinserção das pessoas com transtorno mental e/ou com necessidades decorrentes do uso de drogas, por meio do acesso ao trabalho, geração de renda e moradia assistida” (PERNAMBUCO, 2018, p.12). Mas, em momento nenhum é colocado como será feita essa promoção, ou muito menos, os investimentos e incentivos estaduais para a implementação dessa diretriz.

Ainda, nesta publicação, no eixo “Gestão do Cuidado em Saúde Mental”, no tópico que coloca a desinstitucionalização, lugar oportuno para nortear a reabilitação psicossocial no estado, não existe nenhuma referência ao acesso ao trabalho e geração de renda, percebe-se uma preocupação em torno da moradia, através das Residências Terapêuticas e orientação para monitorar os beneficiários do “Programa de Volta pra Casa”<sup>8</sup>, bem como, a preocupação da ampliação das redes sociais, quando coloca “Fortalecer e ampliar o cuidado em liberdade

---

<sup>8</sup> O Programa De Volta Para Casa (PVC) garante o “auxílio-reabilitação psicossocial” para a atenção e o acompanhamento de pessoas em sofrimento mental, egressas de internação em hospitais psiquiátricos, inclusive em hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, cuja duração tenha sido por um período igual ou superior a dois anos. O PVC busca a restituição do direito de morar e conviver em liberdade nos territórios e também a promoção de autonomia e protagonismo dos usuários.

no território”. O que existe de mais concreto nesta publicação sobre reabilitação psicossocial e inclusão social diz respeito a sua orientação em torno da compreensão da desinstitucionalização, que aponta:

Compreender a desinstitucionalização como um processo complexo que envolve não apenas a desospitalização das pessoas dos hospitais psiquiátricos, mas fundamentalmente a construção de condições efetivas para um cuidado comunitário contínuo e qualificado para todos os que necessitem de atenção, tratamento, reabilitação e reinserção social. (PERNAMBUNCO, 2018, p. 33)

Exposto isto, explica o motivo de o PGR ser a única experiência de geração de trabalho e renda para pessoas com sofrimento psíquico, no estado de Pernambuco, lugar onde existe pouco debate sobre o tema da reabilitação psicossocial, conseqüentemente, faltam diretrizes, objetivos e incentivos financeiros para ações e serviços mais efetivos que garantam este componente da RAPS em Pernambuco.

Neste sentido, foi investido muitos esforços para o processo de desospitalização no estado e, a atuação do Núcleo da Luta Antimanicomial também se realizou através de representações nas Conferências de Direitos Humanos e na Comissão Estadual de Reforma da Política de Saúde Mental, ligada ao conselho estadual de saúde, que buscou e cobrou intervenções para um dos maiores problemas enfrentados no estado, que foi o processo de desospitalização do Hospital José Alberto Maia, situado no município de Camaragibe, que tendo obtido nota abaixo da média na avaliação do Programa Nacional de Avaliação do Serviço Hospitalar – PNASH foi descredenciado, o que significa dizer que tal instituição não poderia receber verba do SUS (SOUZA, 2010, p.214).

Para além disto, em Camaragibe, um município da região metropolitana com aproximadamente uma população de 128.702 habitantes. Segundo Vânia Casé (2002), nos anos 2000, o município tinha em seu território dois grandes manicômios, o hospital Nossa Senhora de Lourdes e o José Alberto Maia, totalizando 1.240 leitos, os quais, com o processo de municipalização, passaram a ser de responsabilidade do próprio município, conforme a realidade de tais serviços. Grande parte dos internados era de outras procedências, e apenas cerca de 10% eram munícipes de Camaragibe.

De acordo com a autora Vânia Casé (2002), ao chegarem ao município as primeiras respostas para a implantação de uma política de caráter antimanicomial, essas foram o investimento no que o município tinha de mais forte, que era a Atenção Básica, com o registro de forte queda na mortalidade infantil. Então, foi a partir dessa perspectiva de qualificação da

Atenção Básica que tudo começou investindo-se na ampliação da equipe de saúde mental e na progressiva implantação dos serviços substitutivos, iniciando-se pelo ambulatório de saúde mental, o qual dispunha de uma equipe interdisciplinar e de atuação em rede. Em 1997, foi criado o CAPS II Casa Primavera, preservando sempre a estreita relação com a Atenção Básica e o ambulatório de psiquiatria e psicologia no Centro de Especialidades Médicas, e passando a ser um espaço de articulação com os demais serviços da Região Metropolitana. O CAPSad III Campo Verde e o CAPSi Camará Mirim foram inaugurados em 2010, segundo as interlocutoras estratégicas Solange Mendonça e Norma Cassimiro. Telma Melo (2017) alerta que houve um hiato grande entre a implantação do primeiro CAPS e os demais, o que transcorre ao longo do processo de fechamento dos dois hospitais psiquiátricos existentes no município.

No entanto, Marcela Lucena (2011) coloca que estava implantada a grande contradição da cidade: a construção de práticas psicossociais convivendo com dois manicômios. Esse desafio só foi enfrentado bem mais tarde, em 2010, quando, fruto de denúncias por atentar contra os direitos humanos por causa de maus-tratos e do elevado número de óbitos, houve o indicativo de descredenciamento do Hospital Alberto Maia, como citado acima, por meio de um processo complexo e articulado entre o Ministério da Saúde, a Secretaria Estadual de Saúde e a Secretária Municipal de Saúde de Camaragibe, tendo contado ainda com o apoio dos movimentos sociais e das instituições formadoras.

Para Marcela Lucena (2011), a partir de documentos oficiais do estado, entre as propostas de desinstitucionalização previstas, estava a intervenção no Hospital Psiquiátrico José Alberto Maia, hospital fundado em 1964 cuja natureza era privada, conveniada ao SUS desde 1988 e sob gestão estadual, só passando a ser responsabilidade do município após o processo de municipalização, em 1999. A autora destaca ainda que tal hospital chegou a fazer parte dos 11 maiores manicômios do país, com mil leitos. Em 2002, teve sua porta de entrada fechada a partir do Decreto Nº500/2002, e, no momento em que isso ocorreu, o perfil de seus usuários era de longa permanência, ou seja, com mais de um ano ininterrupto de permanência.

Segundo os documentos consultados, inclusive na imprensa, o hospital prestava uma assistência de péssima qualidade, o que foi se agravando ano a ano. Com base em Camaragibe (2009), Marcela Lucena (2011) afirma que tal precariedade na prestação da assistência gerou a indicação, por parte do Ministério da Saúde, no ano 2004, para seu descredenciamento do SUS, subsidiada pelos resultados obtidos na aplicação do Programa Nacional de Avaliação da Assistência Hospitalar (PNASH). A autora expõe que, a partir da referida indicação de

descredenciamento, iniciaram-se algumas medidas governamentais, entre elas a tentativa de intervenção em 2005, que foi negada na primeira instância judicial, e as negociações para diminuição progressiva dos leitos, entre 2007 e 2008, o que parece não ter provocado os resultados almejados.

Ocorreu uma das medidas mais polêmicas atribuídas por Marcela Lucena (2011), e que jamais será esquecida por quem fez parte da história, a materialização do Convênio Nº066/2008, em 2008, entre os governos estadual e municipal de Camaragibe para o repasse de R\$ 980.000,00 com a finalidade “de executar compra de recursos materiais necessários para os pacientes internados no hospital, dispensação de alimentação — almoço e contratação de uma equipe interdisciplinar para realização de processo de desinstitucionalização de 60 pacientes”.

Os movimentos sociais e as instâncias de controle social realizaram diversas denúncias, inclusive com o acionamento do Ministério Público. Isso porque, no momento em que todos os demais municípios estavam levando à frente a missão de expandir suas redes psicossociais sem qualquer incentivo financeiro por parte do estado, este destinava um valor exorbitante para um serviço cuja responsabilidade do cuidado sabidamente vinha descumprindo, bem como ferindo os direitos humanos. Temos de visibilizar essa contradição para além do que obtivemos em registros formais e acadêmicos por sua gravidade, especialmente na relação escusa entre o público e o privado, pois o referido hospital pertencia à família Andrade Lima, nada mais, nada menos que a família da mulher do então governador estadual Eduardo Campos (NÚCLEO ESTADUAL DA LUTA ANTIMANICOMIAL LIBERTANDO SUBJETIVIDADES DA REDE INTERNÚCLEOS, 2005).

Ainda, para Marcela Lucena (2011), o que se vivenciou em seguida foi à articulação das três esferas de governo do campo da saúde para interromper o ciclo de descuido e morte dos usuários com o apoio dos movimentos sociais e do Ministério Público. Foi realizada a assinatura de um termo de compromisso tripartite de número 149/2009, o qual explicitava a “decisão política de descredenciamento da referida unidade e cooperação técnico-financeira e política entre as três instâncias governamentais do SUS, para desenvolver o processo de desinstitucionalização dos pacientes lá internados”.

Nesse cenário, as parcerias institucionais foram sendo ampliadas para a efetivação do fechamento do hospital. Entre elas, Marcela Lucena (2011) destaca a adesão da Universidade Estadual de Pernambuco (UPE) pelos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Saúde Mental e o apoio da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) por

meio do Departamento de Serviço Social. Na realidade, esse processo passou a ser tomado como uma prioridade não apenas para o município de Camaragibe. Esse processo induziu a discussão sobre a necessidade de todos os municípios repensarem suas redes, mas, sobretudo, lançou lentes para o papel até então, no mínimo omissivo, do estado como indutor/apoiador das políticas municipais. Quanto a esse processo de intervenção, identificamos em Rafaela Pacheco a seguinte afirmação:

Estudar um processo de desinstitucionalização através do fechamento de um hospital psiquiátrico é relevante nesse momento histórico, porque talvez a partir do registro do fim de um desenho de modelo de saúde mental pode-se tentar imaginar como traçar um novo início. Porque o desaparecimento de um manicômio não põe fim à loucura, tampouco ao sofrimento psíquico, que precisará de um novo lugar social e de novas dimensões a serem encaradas (PACHECO, 2012, p. 15-16).

Esse fato é reconhecido como um marco para todo o estado de Pernambuco, considerando-se que todos os municípios tiveram de revisar as ações de seus territórios e realizar uma pactuação que atendesse às necessidades da expansão de suas redes, em que a demanda imediata eram as residências terapêuticas, mas indubitavelmente foi preciso pensar de forma global o funcionamento como rede de sustentação aos novos moradores do território com suas peculiaridades, bem como de que maneira acolher os novos usuários do sistema sem a existência do manicômio. Dessa experiência, alguns nomes deixam de ser de relevância local e passam a ter um valor de capital cultural da saúde mental antimanicomial de nosso estado e merecem aqui ser citados, não apenas pela execução do processo junto aos usuários, mas porque, com seus esforços e articulações, tornaram o processo de desinstitucionalização no estado uma realidade: Marcela Lucena (coordenadora de saúde mental do estado de Pernambuco), Norma Cassimiro (coordenadora de saúde mental do município de Camaragibe), Solange Mendonça (da equipe da Coordenação Municipal), Nelma Melo (representante do Núcleo da Luta Antimanicomial Libertando Subjetividade), Gilvanice Noblat, Ana Coutinho, Rafaela Pacheco, Rita Rabelo, Rejane Torres, Maria Martins e Débora Lima (MELO, 2017, p. 109).

Segundo o relato de Telma Melo (2017) o município de Recife pouco se envolveu nesse processo que estava mobilizando todo o estado sob a justificativa de que estava dando conta de seu próprio processo de desinstitucionalização, considerando que, no mesmo período, alguns hospitais conveniados acirraram a barganha por aumento nas diárias, usando como alibi cessar a prestação dos serviços contratados para o município. Ou seja, romper

unilateralmente o contrato e produzir desassistência aos(às) usuários(as) que vinham sendo acompanhados(as) pelos hospitais. No documento de Camaragibe (2013), que apresenta a relação nominal dos(as) usuários(as), suas procedências e encaminhamentos, identificamos que, no momento do fechamento do Hospital José Alberto Maia, havia 171 usuários(as) de Recife, e que, desses, apenas 71 foram assumidos pelo município, representando 41% dos(as) municípios lá internados(as). Os(as) demais foram transferidos(as) para hospitais estaduais e de outros municípios ou para residências terapêuticas implantadas no estado, em especial em Camaragibe mesmo. Dos(as) usuários(as) que retornaram para Recife, 31% se inseriram no Programa de Volta para Casa, e 69% tiveram apenas a transferência para os hospitais psiquiátricos do município, entre eles o Hospital Psiquiátrico de Pernambuco, o Instituto de Psiquiatria do Recife (IPR) e o Sanatório Recife.

Dito isto, Telma Melo descreve como Camaragibe chegou a ser uma das primeiras cidades de Pernambuco a fechar seus manicômios e, enfatiza a relevância desse processo para o referido estado:

Segundo nossa interlocutora estratégica Solange Mendonça, com o fechamento do Alberto Maia, o próprio Hospital Nossa Senhora de Lourdes pediu seu descredenciamento, e, com a experiência acumulada pelo município e o apoio de mais dois atores, Riva Carla e Marilene Barbosa, ele foi fechado sem problemas maiores, o que garantiu ao município gritar em alto e bom-tom nas comemorações do Dia da Luta Antimanicomial, em 18 de maio de 2011, o lema: “Camaragibe: uma cidade sem manicômios”. De fato, Camaragibe teve papel fundamental na conformação das RAPS do estado de Pernambuco, e com Recife não foi diferente. Vários atores desse processo vieram, posteriormente, a compor a equipe que efetivou o processo de desinstitucionalização de Recife no encerramento dos últimos 528 leitos psiquiátricos sob a gestão municipal entre 2013 e 2016. Sobre os desdobramentos desse processo, serão necessários estudos específicos que possam mapear os percursos dos(as) referidos(as) usuários(as) e os impactos em suas vidas, o que não poderá ser objeto de detalhamento no presente estudo. Cumpre deixar o registro de que, no momento da finalização da escrita desta tese (primeiro semestre de 2017), o município de Camaragibe passa por um processo de retrocessos em relação às políticas em curso, o que tem gerado vários movimentos de grupos organizados no sentido de denunciar e de garantir minimamente o que já havia sido conquistado até então. Mais uma vez, observamos que o desenvolvimento das políticas públicas, de forma geral, e da de saúde mental, álcool e outras drogas, especificamente, vivencia avanços e recuos a depender dos macro e microprocessos políticos (MELO, 2017, p. 111).

E, neste compasso e descompasso da política pública de saúde mental em Camaragibe, que surgiu o Projeto Geração de Renda (PGR) - “Mentes que Fazem”, nasce em 2005, antes, inclusive a desinstitucionalização do Hospital José Alberto Maia, dentro do CAPS II, como oficina terapeuta, e se amplia indo para uma sede própria e fora do CAPS, bem como,

acolhendo pessoas encaminhadas das Unidade Básicas de Saúde (UBS) e familiares de pessoas com sofrimento psíquico que fazem parte deste projeto.

O título da escrita do regimento interno na sua última versão em 2013, já é bem sugestivo para identificarmos o seu objetivo, que diz: “Projeto de Geração de Renda e Trabalho – Mentem que Fazem - Estratégia de Inclusão social da RAPS” (CAMARAGIBE, 2013, p.01). Em seguida, na sua descrição contextual e justificativa do projeto encontra-se:

A reforma psiquiátrica fez surgir à possibilidade em trazer de volta ao convívio social e ao resgate da cidadania às pessoas excluída da sociedade, principalmente aquelas que passaram anos em manicômios; permitindo que houvesse mudanças na assistência à saúde mental. É nesse sentido que o Projeto geração de renda “Mentem que Fazem” trabalha. Com o objetivo de proporcionar a melhoria na qualidade de vida das pessoas com sofrimento e/ou transtornos mentais e pessoas com necessidades decorrente do uso do álcool, crack e outras drogas. Ao oferecer um espaço para confeccionar produtos artesanais, negociar e divulgá-los em feiras e eventos; mostramos a comunidade que é possível a convivência e o resgate da autonomia destas pessoas. As oficinas de Geração de Renda do Projeto “Mentem que Fazem” vem ampliando e desenvolvendo ações que fomentam a autonomia e consequente reinserção social. A iniciativa nasceu em 2005 a partir dos grupos de terapia ocupacional do CAPS Casa da Primavera, onde se identificou usuários com potencial criativo e empreendedor. O que começou com poucos usuários dentro de uma das salas de grupo no CAPS, hoje conta com a participação de aproximadamente 155 usuários e 05 profissionais em um espaço destinado especificamente a este Projeto. É mantido com as vendas de seus produtos, financiamento de projeto aprovado pelo Ministério da Saúde e doações (CAMARAGIBE, 2013, p.04).

É notório que o PGR nasce com o propósito de fazer a inclusão social e proporcionar a melhoria na qualidade de vida das pessoas com sofrimento psíquico, que logo identificaram suas habilidades e capacidades de construir sua autonomia através da promoção do trabalho e inserção na comunidade, a partir da produção e comercialização de artesanato, como descrevem as oficinas que são oferecidas:

São disponibilizadas atualmente 11 oficinas de artesanatos aos usuários do não intensivo do CAPS “Casa da Primavera”, CAPS AD “Campo Verde”, mães dos usuários do CAPSi “Camará Mirim”, usuários que receberão alta dos CAPSs, moradores das Residências Terapêuticas e aqueles que estão sendo monitorados pelas equipes do NASF. Toda demanda é encaminhada. Inicialmente passam por uma entrevista com o objetivo de identificar o tipo de oficina que têm interesse em participar, respeitando a disponibilidade de vagas. As oficinas acontecem sempre sob a supervisão da psicóloga coordenadora do projeto. Com a venda de qualquer peça, o dinheiro arrecadado é dividido em 3 partes: 1/3 para o pagamento dos custos de produção, 1/3 para investir na confecção de um novo produto e a terceira parte fica para o aluno que produziu a peça. A convivência com outras

peçoas também possibilita o desenvolvimento afetivo, a confiança e formação de novos vínculos, aumentando a autoestima e fortalecimento as relações interpessoais. Constatamos que os resultados obtidos pelos alunos no decorrer das oficinas são significativos e se observa rapidamente a extinção do mito de que a pessoa com transtorno mental é incapaz. A ressocialização é estimulada através de trabalhos em grupos, participação em feiras e eventos, sempre abordando em momentos oportunos as limitações de cada um e o respeito às diferenças (CAMARAGIBE, 2013, p.05-06).

Para além das oficinas de artesanato oferecidas, também dentro do mundo das artes são oferecidas as oficinas de teatro e música para as pessoas que gostavam de atuar, cantar e dançar. E, desta maneira, seguem as falas das entrevistadas que fazem parte do PGR, descrevem o que realizam neste projeto e como se sentem:

*“Eu vinha para o Geração de Renda **trabalhar aqui...** Fazia boneca, colagem... Eu me sinto bem aqui, que às vezes a pessoa em casa aperriando, aí pego venho para cá, fazer alguma coisa, costuro, cortando pétala, **faço um bocado de coisa...**” (Jasmim)*

*“Aqui **a gente faz artesanato**, faz florzinha de missanga, faz aquele centro de dança do ventre, faz esqueci o nome... cocar, faz muita coisa, eu só não danço e nem faço parte do teatro, mas se ela precisar, eu venho... Estou mais feliz, mais calma, porque ocupa meu tempo, quando não dar tempo de fazer as coisas aqui, eu levo para casa, para fazer as coisas em casa, aí depois do serviço de casa, aí eu pego para fazer...” (Lírio)*

*“Aqui na Geração de Renda, com Lótus e as colegas, **eu amo fazer teatro**, e também teatro, carimbó... Aqui no (projeto) geração, depois que eu vim para aqui **melhorou bastante para mim**, tem vez que está assim deprimida aí já está marcado para vir, quando vem para cá, faz as atividades, também participa das atividades que tem, né? Aí foi bom, para mim foi ótimo, gostei muito, só quando fechar, espero de nunca fechar aqui, espero mesmo, tenho fé em Deus de nunca fechar”. (Rosa)*

*“**Eu me sinto feliz, satisfeita, eu consegui um pouco mais de liberdade!**” (Girassol)*

*“As atividades que eu já realizei, eu já participei de couro, fazer carteira de couro, fazer flor de papel, colar, guirlanda... Teve um ano também que **o prefeito nos deu para a gente participar fazer o enfeite do município**, e nesse enfeite a gente fez de garrafa pet, e nós ganhamos em gratificação, a nossa festa de final de ano”. (Cravo)*

Essas descrições representam o nível de satisfação em realizar o trabalho através da arte no PGR, além do bem-estar pela possibilidade de realizar o trabalho em grupo, convivendo com as colegas que fazem parte do PGR. Isso nos leva a refletir que o fechamento de hospitais psiquiátricos e o retorno de pessoas com transtornos mentais à comunidade, em decorrência do processo de desinstitucionalização ocorridos ao longo dos anos 1960, em países ocidentais, têm sido fatores determinantes na maior atenção que a qualidade de vida

passou a receber no campo da saúde mental, na medida em que a melhoria das condições clínicas e da qualidade de vida de egressos desses hospitais representava objetivos fundamentais desse processo de reintegração. Em condições crônicas, a qualidade de vida torna-se ainda mais importante, uma vez que o tratamento não é curativo, como no caso de transtornos mentais graves e persistentes (SOUZA&COUTINHO, 2006).

São usados alguns indicadores de qualidade de vida como ponto central para a avaliação da efetividade de tratamentos na saúde mental, em vários países (CARDOSO et al, 2006). Esses estudos têm como premissa básica que a qualidade de vida de uma pessoa com transtorno mental é reflexo da assistência que ele recebe e por isto, esse tema deve ser incluído na avaliação e no planejamento da assistência. O interesse tem sido também demonstrar que a qualidade de vida da pessoa com transtorno mental é um fator importante que determina o tempo de permanência deste na comunidade após uma internação psiquiátrica, pois, quanto melhor é sua qualidade de vida na comunidade, mais tempo esse consegue permanecer em seu contexto familiar e social (GALERA & TEIXEIRA, 1997, p.69).

Questões como pobreza, segurança pessoal, isolamento social se constituem em preocupações pessoais de pessoas com sofrimento psíquico, bem como, de seus familiares, profissionais e de gestores de saúde. As pessoas com transtorno mental estão submetidas a diversas formas de preconceito e têm que enfrentar o estigma à loucura, especialmente no caso das pessoas com esquizofrenia (SOUZA & COUTINHO, 2006).

Assim, Paulo Amarante (2003) evidencia que o saber médico deixa de ser a única fonte de apoio e a cura não é mais o principal objetivo, mas a promoção da qualidade de vida do sujeito. A socióloga Eliane da Fonte (2010) coloca que embora não exista consenso quanto a melhor forma de se avaliar os resultados dos novos serviços, os modelos utilizados deverão ser capazes de refletir de forma fiel sua prática e incluir a avaliação de conceitos importantes na sua operacionalização, tais como autonomia, qualidade de vida e inserção social da pessoa com transtorno mental. As falas transcritas acima, enuncia a satisfação em relação ao bem-estar das pessoas que participam do projeto, colocando a importância para o alcance da sua autonomia e da sua inserção na comunidade.

Marta Souza e seus colaboradores (2006) colocam que reabilitar não se reduz a repor mais ou menos bem uma perda, e sim a reconstruir as possibilidades de trocas. Quer se trate de pessoas com sofrimento psíquico, com doenças crônicas, com deficiências físicas, idosos, e outros ainda – por maiores que sejam suas limitações, trata-se de considerar aí como

prevalente a dimensão da vida, e não meramente a da sobrevivência; das trocas, e não da passividade; das possibilidades, e não das faltas. Pois, estamos diante de uma concepção na qual as práticas da reabilitação se ordenam fundamentalmente no horizonte da cidadania. Da casa ao trabalho, da família aos vizinhos, dos serviços de Saúde às parcerias intersetoriais – seria preciso pensar, nestes diversos entrelaces da rede social, a questão da reabilitação como direito de cidadania, ou seja, como um habitar efetivo da cidade. Habitar a cidade não se confunde com simplesmente “estar” na cidade: implica no envolvimento ativo do usuário com as múltiplas redes de negociação e de troca às quais se refere Benedetto Saraceno. E, assim, a autora explica o seu ponto de vista sobre a produção das oficinas:

De qualquer modo, ao invés de compreender as oficinas como um “procedimento”, trata-se do desafio de invenção de complexas redes de negociação e de oportunidades, de novas formas de sociabilidade, de acesso e exercício de direitos: lugares de diálogos e de produção de valores que confrontem os preconceitos de incapacidade, de invalidação e de anulação da experiência da loucura. Em outras palavras, não devemos usar as oficinas como uma resposta pré-formada, e sim produzi-las como recurso nos processos de singularização, de produção de emancipação e de construção de cidadania na vida social das pessoas com transtorno mental (MINAS GERAIS, 2006, p.72).

Esses dispositivos, como exemplo do PGR não são simplesmente locais “para fazer oficinas”, mas locais que fazem também oficinas, dentre outras atividades – sempre com a finalidade de propiciar produções, convívios, encontros, trocas. Embora não sejam dispositivos clínicos, seus efeitos se fazem notar na clínica de cada sujeito, ao promoverem mudanças, reposicionamentos, subjetivações. As contradições e os conflitos que aparecem demonstram ser este um lugar vivo, real, onde a diversidade é riqueza. Idéias, modos de vida e jeitos de pessoas se entrecruzam. A transformação do olhar, dos espaços e das pessoas estimula o cultivo da tolerância e da solidariedade, produzindo formas inéditas de sociabilidade. Assim, agenciando espaços de transformação cultural, abrem-se caminhos para viver na cidade, viabilizando a presença social da pessoa com sofrimento psíquico (MINAS GERAIS, 2006, p.74). A esse respeito das trocas sociais e construção de vínculo, Tália faz as suas colocações:

*“Quando eu cheguei aqui na Geração de Renda sem ter nada em casa para comer, meus meninos também tudo com fome, a menina disse: vai lá para cima pelo menos tu aprende um curso e vai parando de se preocupar com trabalho, que de repente aparece. Aí quando eu subi aqui era até Mônica que estava aqui, eu não tinha nem conhecido Lótus, eu vinha aqui só de manhã, eu vinha ficava aqui, aí eu disse: - Mônica posso trazer meus meninos também? Tenho dois que estão sem comer nada.*

*Ela disse, traz, aí eu vinha e eles aprenderam também (choro, emoção)... Mas, a situação, quando eu cheguei aqui, estava tensa, não tinha nada... Trabalhava fazendo faxina para uma menina, ela disse filha o negócio está ruim, estou desempregada não posso nem te pagar, aí dizia mas o que você precisar venha buscar aqui; eu não achava justo porque ela já não tem e eu ir buscar lá... Aí tinha vez que ela vinha no final de semana trazia, eu disse fica trazendo não porque já fica fazendo falta pra tu, mas eu só encontrei gente boa, depois que eu vim do interior para cá... Depois conheci essa benção também (se referindo a Lótus), aqui se juntou ela e as meninas, fizeram uma feirinha pra mim, e as meninas aqui tudinho é um amor verdadeiro, que lá fora, quando a gente está lá fora, a gente ver as pessoas normais, eles são mal, e aqui o povo daqui não tem maldade, o povo daqui é especial em tudo, trata as pessoas bem, [...] e eu fui bem acolhida por todos, aí eu vinha pra cá, a gente lanchava aqui e ia pra casa e a noite Deus proverá. [...] aí foi tempo que eu parei de vir para cá, que estava fazendo as faxinas, quando foi depois uma colega minha chamou eu para trabalhar na escolinha com ela, ela só ensinava aos meninos pequenininhos... Mas, aqui é onde estão os verdadeiros, porque você sabe o que eles pensam e o que eles falam é a verdade, e muitos lá fora são mentiroso, estão de gravata e paletó, mas tudo mentiroso, não se preocupa com o bem-estar de ninguém, para eles o importante são eles mesmo, não amam mais ninguém, só eles mesmo e o dinheiro que é mais importante... Mas, a gente sabe que eles estão aqui, cada um dando força, a gente não conta com os outros grandões, a gente conta com os pequenininhos, quando encontro eles na rua é cada abraço, isso é uma alegria na alma, lembra da gente, abraça a gente, aí sim, não tem dinheiro que pague, só tenho o que dizer isso...” (Tália)*

Tália traz na sua fala elementos importantes que tocam nos temas referentes as trocas sociais e vulnerabilidade socioeconômico e, mesmo sem resolver o seu problema efetivamente, o fato de participar do PGR, algo lhe faz acreditar na potência desse espaço e no encontro com as pessoas que o frequenta, o que poderíamos atrelar ao valor da sociabilidade vivenciada no PGR.

Entretanto, Artur Perrusi (2017) coloca que se o sofrimento psíquico, atualmente, tem relação próxima com a vulnerabilidade psicossocial, tal proximidade seria sinal de novas relações entre desorganização da personalidade e desigualdade social. São novas articulações, entre a questão social e a existência pessoal, que envolvem as pessoas. Por isso, o sofrimento psíquico, via vulnerabilidade e precarização, torna-se questão ou sinal de injustiça social. O desafio, assim, da reabilitação seria, justamente, em dismantelar e rearticular tais configurações psicossociais. O autor reconhece que é um imenso desafio, mas faz a seguinte afirmação:

A precarização da vida faz com que a pessoa tenha dificuldades cognitivas e imensa incapacidade de se adaptar ao mundo. O que adianta, afinal, reinsserir o usuário novamente no seu trabalho precário, fundamento da fragilização da sua vida? O efeito é o mesmo de se retirar a medicação, isto é, os sintomas retornam com toda a força. Talvez, estejamos diante do grande limite da Reforma, a contradição entre o ideal de autonomia e a realidade

socioeconômica. As normas da reabilitação e da inserção social são incompatíveis com sua efetivação. Até porque a maioria dos usuários da assistência pública são também trabalhadores, cujos problemas são típicos da precarização da vida (emprego, moradia, salário, sociabilidade) (PERRUSI, 2017, p.46-47).

Dessa forma, segundo Ehrenberg (2010), a reabilitação, encontra seu abismo. Diante do impasse, a reabilitação pode abdicar da reinserção cidadã, podendo se reduzir a uma inserção precária, cuja remissão dos sintomas do usuário(a) é o mote para largá-lo sozinho(a) na cidade, agora numa espécie de asilo sem muros. Por isso, Artur Perrusi (2017) continua a enfatizar que dada a precariedade dos serviços psiquiátricos, o realismo da reabilitação é a realidade da reinserção precária.

Para muitos as colocações de Artur Perrusi podem parecer, apenas, pessimismo teórico, no entanto, para as participantes do PGR que vivencia uma experiência potente que vem sendo realizado ao longo desses 14 anos não é bem assim, porque todas as pessoas entrevistadas colocaram o receio do fechamento desse espaço, a necessidade de maior valorização por parte dos seus respectivos gestores públicos, pela falta de consolidação dessa política pública, ou mesmo pelas evidências teóricas que resultam nesta prática. O fato é que os/as participantes vivem no PGR em meio a forte precarização do serviço e com frequência expressam o medo por perder esse espaço e usufruir desse direito enquanto cidadãos(ãs), como expressa Cravo ao responder a pergunta se gosta de estar no PGR, bem como, Lótus ao dizer como se sente no PGR, enquanto profissional:

*“Não só eu gosto, mas os colegas que eu encontro e perguntam: - qual é o dia que vai começar, que vai ter? E, já encontrei colega meu surtado, por causa dele não ter... ele se inspirou em quê? Em fazer uma pintura, uma guirlanda, que para mim e para eles é um trabalho, é um lazer para desenvolver a mente naquele serviço, mas, a prefeitura acha que isso aqui, a Geração de Renda, é uma coisa que não serve porque a gente passa pelo médico, toma o nosso remédio, que é de nossa obrigação tomar nosso remédio para melhorar, não ficar bom, para melhorar para continuar o nosso tratamento, e a prefeitura não reconhece isso, que a Geração de Renda é um caminho para melhorar o nosso tratamento”. (Cravo)*

*“Sinto bem-estar quando está tudo ok e, mal-estar sempre quando a gente precisa das coisas e não tem, aí eu me sinto desmotivada, tipo o som é ruim porque força a minha voz, aí eu fico rouca, e outras coisas mais, agora eu tive que descer um botijão de água, porque não tinha água e tive que pedir, como que eu tivesse pedindo favores e não é bem assim a história, teria que ter... Aí assim, quando estou fazendo atividades aqui, dependendo da atividade me dar prazer, e outras atividades eu fico entristecida porque não era pra mim está fazendo, porque na realidade a minha função era para estar compartilhando junto com as meninas, num projeto de uma bolsa, desmancha, vamos fazer de novo... eu achei que seria isso, mas quando eu cheguei a história foi*

*diferente, a realidade é outra e muito é outra... o serviço é mais pesado, só na Geração, porque nos CAPS não, é totalmente diferente, a gente consegue fazer só o nosso trabalho, ensinando artesanato...” (Lótus)*

Em todo caso, seguem abaixo as outras falas sobre a precarização do PGR e vários sentimentos das participantes, seja medo, indignação ou esperança, mas todas, em algum momento, usaram a expressão “o PGR não pode fechar”:

*“Por causa de tanto roubo que teve, levaram tudo [...] cada vez está pior ainda aqui a Geração e se não for por Lótus mesmo... Aqui não vai para a frente sem Lótus... E uma vez Lótus se afastou quando foi para outro canto, trabalhar em outro canto, aqui a gente nem vinha, porque não tinha quem ficasse, aí ia fechar mesmo; porque Lótus de férias e ainda vem para cá, muita boa vontade dela, ela gosta muito de trabalhar com a gente, ela trabalha por amor mesmo...” (Rosa)*

*“Com relação a transporte a Geração de Renda falta muita coisa, falta cuidador, falta o som, agradeço muito a você ter trazido o seu som para nós continuar ensaiando a peça, dança... agradeço, obrigada! Aí assim, a Geração de Renda não tem um carro disponível para quando nós precisa fazer compra, quando nós precisa pegar água, pra quando nós precisa para alguma apresentação de teatro e dança... Sempre quando a gente foi para alguma apresentação de teatro e dança, a gente sempre foi de carro... É uma coisa muito importante pra mim a Geração, tanto pra mim quanto para os meus colegas, a Geração não pode fechar de jeito nenhum, tem que ser corrigido várias coisas, né? Tem que ser mantido a nossa arte educadora [...] eles tem que ter consideração e reconhecer o trabalho dela, que é ela que faz tudo aqui dentro, ela que faz tudo pela a gente, tem que ser reconhecida também pelo trabalho dela, e assim, ela tem que ser reconhecida por tudo que ela faz também, aqui só é assim por causa dela, ela não deixa a peteca cair... Logo quando começou essa confusão toda, eu fiquei sabendo que se ela sair o Geração ia fechar [...] mas acho que ela tem que ser considerada, porque ela é a peça fundamental aqui dentro, mas também no momento só é ela que faz, tem que ter um arte educador sim. Esqueci de falar essa parte, esse foi o pior ano que a Geração já teve, nunca foi assim não... por falta de um (profissional) arte educador. Ela tem direito as férias, está na lei, ela tem direito, ela dar o sangue dela aqui dentro, era para ela estar de férias, mas, ela está vindo trabalhar porque vai ter apresentação né, tem que ter outra pessoa aqui dentro para ajudar, entendeu? ” (Girassol)*

*“Quando vim para o Projeto Geração de Renda, já era nesse espaço e, era maior, tinha mais recursos, tinha mais doações, tinha mais parceiros, e no decorrer do tempo foi afogando, não sei como foi isso no caminho, passei um ano fora aqui do Projeto e quando eu voltei já estava assim, depois só foi piorando, depois dos assaltos...” (Lótus)*

*“Mas, uma coisa eu digo: “Nós precisamos da Geração!” Albani, desculpa também dizer, não sei se é viável ou não, mas já tem pessoas começando a sentir os efeitos do fechamento do Geração de Renda, Albani não está muito bem, ela chegou aqui ontem chorando, triste, aí quando a gente foi conversar com todo mundo e Lótus também, não estava comendo, não estava tomando banho, aí ela já está começando a sentir os*

*efeitos, todo mundo precisa disso aqui, porque assim, vai fechando as pessoas vai começando a sentir falta...” (Girassol)*

*“Hoje as atividades que estamos fazendo... está tudo parado, sem fazer nada, por qual motivo não sei... ainda vai se saber o que está faltando, o que precisa, porque atividade para os que estão precisando não tem nada, porque eu ando por aí encontro os colegas e eles perguntam quando é que vai começar, qual é o dia, quando é que a gente vai voltar a atividade? Eu encontro colega meu e já surtaram já... E, a Geração de Renda, algumas pessoas da prefeitura acham que é só pra vim para cá para desenhar, para fazer florzinha, mas não é para a gente despertar a mente, é para a gente esquecer algumas coisas que a nossa mente nos põe a pensar em fazer o mal ou voltar o passado... o passado quer dizer o que aconteceu com a gente... E, a Geração de Renda nos bota pra gente esquecer aquilo que passou, a gente vai fazer uma guirlanda, faz uma pintura, faz uma flor, faz um colar, e essa participação, agente desenvolve a nossa mente e esquece o que está se passando dentro da gente, um pensamento negativo e daí pra frente...” (Cravo)*

*“O Projeto de Geração de Renda na Saúde Mental é muito importante, isso aqui não pode fechar de jeito nenhum, esse foi o pior ano da Geração de Renda, depois de dois assalto, o primeiro no dia 15 de fevereiro de 2016 e o outro no dia 05 de abril, foi o segundo assalto, dois assaltos seguidos, até hoje a Geração não conseguiu levantar, e minha professora dando o sangue dela, quando a Geração estava quase levantada que a minha professora conseguiu, nós conseguimos todo mundo junto, estava quase conseguindo, aí vem o segundo assalto que foi dia 25 de abril, aí é que foi roubado tudo, uma boa quantidade de dinheiro que a gente ia receber pelo trabalho da gente, nós íamos receber do trabalho da gente e ia comprar material tudo, mas o ladrão levou tudo, deixou a gente na mão, o que é um absurdo, é fogo...” (Girassol)*

Verifica-se a precarização do PGR, mas também, a sociabilidade, ou o círculo social que o este serviço proporciona. Breno Fontes (2010) afirma que diversos estudos tem ressaltado a importância da (re)construção das redes de sociabilidade das pessoas com transtorno mental enquanto instrumento terapêutico. Fato decorrente da natureza da doença mental, a perda de importantes laços de sociabilidade provoca em estigma e exclusão social. Círculos sociais normalmente presentes em sociabilidades cotidianas – como vizinhança, colegas de trabalho, inserções em clubes e associações voluntárias – são visivelmente enfraquecidos quando do adoecimento. O retraimento da vida social talvez seja a consequência da vida mais visível – e provavelmente uma das seqüelas mais importantes dos que enfrentam o sofrimento psíquico. Seja por causa de questões ligadas diretamente a doença (estados de desânimo ou melancolia, surtos psicóticos, perdas cognitivas), seja por conta do estigma inscrito na condição do louco, aquele que é perigoso, inconveniente, que não consegue estabelecer padrões de condutas aceitáveis e normais. Talvez o efeito mais perverso do sofrimento psíquico seja o que Goffman (1996) chamou de “morte social”: o isolamento, exclusão e o estigma agindo num modelo perverso, retroalimentando constantemente um

sistema devastador que implica num cotidiano pobre e cada vez mais desprovido de possibilidades de mudança.

Desta maneira, a vida cotidiana se estrutura em sociabilidades, onde os indivíduos localizam-se numa geografia social que organiza o viver em campos bastantes demarcados, localizados institucionalmente e especializados segundo o que se objetiva, segundo o que se busca satisfação de interesses (FONTES, 2010, p. 357). Os chamados círculos sociais, na expressão de Simmel (1999), cunham individualidades, na medida em que as experiências cotidianas são únicas, de conteúdos relativamente idiossincráticos, mas com formas adequadas a um campo histórico cada vez mais escolhem suas trajetórias biográficas, elas mesmas estruturadas em sociabilidades e em inserções sociais.

Assim, questionadas as gestoras e profissionais do PGR sobre a possibilidade de realizar a inserção social através do PGR, responderam:

*“[...] e inicialmente eles acostumados em hospital tinha que se adaptar com a comunidade na residência e tinha aquela rejeição, preconceito... Mas assim, hoje eles são incluídos na sociedade, hoje eles fazem passeio, leva à médico, fazem sua atividade, cada um tem sua atividade na casa, participação de todos, interage junto aos cuidadores...”* (Violeta)

*“A gente faz, dando autonomia a eles, é com a colaboração de todos os funcionários, junto com eles, nós fazemos a inclusão deles aos pouquinhos... a gente promove passeio pra eles, a gente mostra a realidade, não deixar eles só confinados como eles viviam antigamente. A gente mostra a eles que tem um mundo para ele ‘galgar’ e aos pouquinhos vamos conseguindo... é um trabalho de formiguinha, todo dia um pouquinho. É bom, está?! Eles, cada dia que passa, a gente tá fazendo mais a inclusão... é muito gratificante você poder ‘pegar’ um usuário e você dizer ‘vá ali comprar um pão’... vamos fazer a inclusão, ele ir, vai, compra, ele fica feliz, a gente também fica... eu acho que as pessoas deveriam olhar mais a parte da Saúde Mental, mas olhar com o olhar diferenciado, não é o olhar rotulando eles, porque qualquer um de nós pode ter problema com a saúde mental, na vida que a gente vive hoje em dia, de tanta pressão, de tanto estresse, de tanto você, né?”* (Bromélia)

*“O que eu aprendi, a respeito que eu fiquei sabendo até agora de Saúde Mental é que é uma inclusão social, deles da Saúde Mental, que, assim, motiva eles, pra sociedade, entendeu? Para essas coisas, para eles fazerem arte, pra motivar pra sociedade, essas coisas, o que eu sei...”* (Orquídea)

*“Eu acho que inclusão social é isso mesmo que eu disse agora, um exemplo eles vão comigo vender os artesanatos deles mesmo é uma inclusão social, eu acho que é isso... para eles ficar na sociedade...”* (Tulipa)

Nota-se que a gestora e profissionais deixam evidente que atualmente o que vem sendo realizado não seria uma inserção social, mas uma inserção comunitária. Pois, de acordo

com Jordi Marti (2006) redes vulneráveis implicam em capacidade reduzida de mobilizar recursos. Neste caso, existe uma vulnerabilidade da escassez de construir uma rede social de acesso, mas conseguindo manter uma rede de apoio que pode caracterizar, uma inserção comunitária entre seus pares, as participantes do PGR e a vizinhança. Com efeito:

Redes sociais e redes de apoio não são a mesma coisa. O acesso a apoio ou a um recurso em uma rede depende de vários fatores, tanto ao lado das características das pessoas que fazem parte da rede como de recursos disponíveis, do contexto particular e das regras de acesso. Desta forma, a presença de uma rede social não pode nunca ser considerada como a garantia que um indivíduo terá acesso a recursos dos membros que fazem parte dela. A disponibilidade de recursos mobilizáveis exige certamente do indivíduo que tenha constituído e mantido previamente uma rede. Entretanto, existem também regras que enquadram o processo de mobilização de recursos, entre outras, construção de uma história comum, de confiança, de reciprocidade, de oferta e de demanda, de liberdade e de obrigação, de negociação e de reconhecimento, de responsabilidade e de interdependência, sem contar com a avaliação da natureza mesma da necessidade (CHARBONNEAU, 2002).

Assim sendo, apoio social provém essencialmente das interações sociais, dos campos de sociabilidades inscritos na estrutura das redes de atores (FONTES, 2010). Por isso, torna-se fundamental construção de uma rede social, mais imersa na perspectiva da inserção social pela construção, por exemplo da intersectorialidade, articulando outros serviços e recursos para fazer parte do pertencimento desde círculo social da loucura, como Rosa e Flora já apontam:

*“Meus divertimento também, pastoril que eu também faço parte da boa idade, razão de viver do SESI, faço lá também, danço pastoril, faço peça também, quando tem peça pra fazer, agente apresenta; apresento também pastoril e também na coordenadoria da mulher, aqui por trás da prefeitura, lá tem umas trezentas mulheres, o nome dela é ... esqueci... (risos) Mas, é aqui na coordenadoria da mulher, pelo carnaval agente vai fazer um bloco, e é muito divertido a gente vai para todo lugar, agente vai comemorar em vários lugar, agora mesmo no dia 21 vai ter a festinha, lá na coordenadoria mesmo, e no dia 28 vai ser no Balneário a festinha de confraternização da gente tudinho, e eu amo o que faço, enquanto Deus não me levar eu estou aproveitando...” (Rosa)*

*“A inclusão social, pelo menos aqui no meu entendimento em relação ao projeto desde a sua criação, era um dos nortes que a Saúde Mental teria como contribuir.. Ela faz a inclusão quando ela aposta na potencialidade daquele usuário que vai para o serviço... Ela aposta quando traz essas pessoas, não só pra desenvolver, por exemplo, o potencial de fazer uma arte mas como lidar com isso, lidar que eu falo é no sentido de conhecer mercado, de aprimorar, de tá aprendendo como empreender, como vender, relacionar com as pessoas, né? Quando por exemplo, eu fiquei triste quando eu soube que o PGR perdeu o espaço na FENEARTE, porque ali era o momento onde a pessoa que produz ia lidar com o comprador, não somente comprador conhecido, mas aqueles que*

*vem de fora, e a forma de lidar com isso. Eu lembro que teve uma época que a gente inclusive fez com que, os usuários eles foram qualificados e capacitados pelo SEBRAE, teve uma época que o SEBRAE abriu o espaço para essa proposta, ou seja, de trabalhar a questão do empreendedorismo e também não é só ficar no projeto, mas que eles tivessem a autonomia de montar isso depois, fora, com o grupo, tipo formar uma cooperativa e a gente só ficasse somente com o monitoramento”. (Flora)*

Sabe-se que existe uma importante relação entre a satisfação com a saúde e a sociabilidade, segundo Breno Fontes (2010), pessoas com redes maiores e com maiores índices de satisfação com sociabilidades também se sentem mais satisfeitas com seu estado de saúde, assim como pessoas que se sentem menos estigmatizadas também estão mais satisfeitas. O que nos leva a concluir que estruturas de sociabilidade são fundamentais para a construção de uma vida saudável, que, para o caso de pessoas com transtorno mental, os efeitos do empobrecimento dos laços sociais sobre a saúde são devastadores.

Como identificado, o PGR não encontra-se nos seus melhores momentos de funcionamento, enquanto serviço, mas, como bem colocou Flora, “*Ele não acabou...*”, de certa forma continua a resistir, juntamente com aquelas pessoas que continuam a acreditar, em especial os(as) usuários(as). Neste sentido, segue abaixo as falas das gestoras e profissionais referentes as expectativas do PGR para a caminhada dos próximos passos:

*“Eu estou chegando no município, me apresentando, e o pouco que eu sei de como está o projeto hoje, [...], pela conversa que eu tive com a pessoa que está à frente coordenando, por exemplo, eles não estão fazendo customização de roupas, eles estão fazendo um bazar... Mas, eu entendo que é pra se manter e hoje, caiu bastante o PGR, eu acho que a gente tem que chegar mais junto. Ele não acabou..., mas, é que a gente precisa estar mais junto, para poder estar revendo profissionais, revendo propostas, como tá essa proposta, se ela está realmente ajudando, se ela está institucionalizando [risos], que essa é a minha preocupação... hoje o pouco que eu sei é que está funcionando, mas muito aquém do que a gente em tempos atrás estava num movimento muito maior. E a perspectiva é de retomar, ver pessoas qualificadas para estar nas oficinas, eu penso muito em dar uma investida na parte teatral, corporal, mas enfim, eu preciso primeiro, hoje, ter um diagnóstico mais preciso de como está, para ver a médio prazo em que a gente pode estar potencializando, melhorando”. (Flora)*

*“As minhas perspectivas sempre é melhorar. A gente está funcionando de segunda a quinta, na sexta-feira a gente funciona interno, porque os arte-educadores sentam para poder planejar as oficinas da próxima semana. A gente está trabalhando com as flores, que é o carro-chefe da gente, está fazendo chaveiro de feltro e tapete, no momento a gente está trabalhando assim [...] É, a gente conseguiu máquina de costura, aí a gente está tentando fazer, conversar, dialogar para ver se consegue alguém para ensinar para eles... estou vendo também pintura, porque eles sempre relatam que eles gostam de pintar, aí trazer pra pintar, pintura em tecido, só que aí no*

*caso a gente tem que conseguir sem pagar ao profissional, ele vir como voluntário, pra poder ensinar, aí a gente tá vendo isso. Sim, a gente tem oficina também de tiaras. Aí pelo São João teve as tiaras, do festivo junino, no carnaval também, teve muitos cocais. Aí a gente trabalha assim. Aí com o que a gente vende, a gente compra mais materiais para eles produzir. E pra semana vai começar a oficina de ‘peso de porta’ de feltro com o tema de animais. [...] O que precisaria era mais um banheiro, porque a gente só tem um banheiro para os funcionários e para os usuários, aí quando tem um ocupado se precisar de uma urgência, a gente não tem e consertar a infraestrutura na área externa, ou seja, o muro, porque o restante a gente conseguiu dar um paliativo”. (Brómélia)*

*“Assim, está indo, né... porque assim, apesar de tanta coisa que está acontecendo, entendeu? A respeito da gestão, essas coisas, aí está indo... o que está faltando é doação de materiais, essas coisas. Mas assim, a gente está prosseguindo, fazendo trabalho de oficinas com eles, essas coisas”. (Orquídea)*

*“Esse projeto, eu acho que merecia mais doações pra gente seguir mais adiante porque esse projeto é muito bonito, as pessoas de idade que são depressivas, doente mentais, elas vão para lá para fazer terapia, a gente acolhe eles, mas a gente precisa mais de doações... lá a gente acolhe eles, eu sinto que eles se sentem muito acolhidos pela gente, tem vezes que eles chegam lá tristes, aí a gente conversa, eu mesmo converso muito com eles, já me identifiquei muito com muitos lá, assim tem que ter paciência, carinho... entendeu?” (Tulipa)*

### **3.4 O encontro da Saúde Mental e da Economia Solidária**

O processo da Reforma Psiquiátrica brasileira tem promovido ações inovadoras na atenção às pessoas com transtorno mental, tendo como referencial a reabilitação psicossocial, em especial, com a contribuição de Benedetto Saraceno (2001) quando coloca que o aumento da contratualidade possibilita o modelo das redes múltiplas de negociações, em que é central a participação. Assim, a lógica é modificar as “regras do jogo” de forma que todos possam participar em trocas permanentes de competências e interesses. Para ele, os eixos sobre os quais se apoiam o aumento da capacidade contratual das pessoas com transtorno mental são o *habitat*, que se ocupa da casa e da apropriação da habitação do espaço vital, a *rede social* em que se dão de fato as trocas sociais vivas; e o trabalho, entendido como processo de articulação do campo dos interesses, das necessidades e dos desejos, meio de sustento e auto-realização, onde se produzem e trocam mercadorias e valores, provocando a construção de novas redes e novas relações entre sujeitos sociais. Nesta perspectiva, o trabalho para as pessoas com transtorno mental é concebido como direito e não como recurso terapêutico.

Segundo Paul Singer e Valmor Schiochet (2014), foi com a luta antimanicomial que

surgiu o cooperativismo social no Brasil, pela garantia de direito ao trabalho de pessoas com transtorno mental e pessoas com transtorno decorrente do uso de álcool e outras drogas. Sendo esta a base do cooperativismo social, que teve como inspiração o modelo italiano.

As cooperativas sociais na Itália, são organizações, inclusive, com um estatuto jurídico próprio desde 1991, diferentemente da maioria dos países da Europa<sup>9</sup>. Também conhecidas como “cooperativas de solidariedade social”, elas se multiplicaram bastante, sobretudo nos últimos anos. Se o desenvolvimento dessas organizações se efetua, sobretudo, numa ótica econômica, é porque elas tentam escapar à lógica de uma economia caritativa, procurando ainda privilegiar a criação de empregos reais, ao invés de ocupações precárias. Esta forma de organização é definida como:

Uma cooperativa que constituída livremente por um grupo de cidadãos, sensibilizados por necessidades sociais particulares, busca fornecer os serviços necessários para responder a estas necessidades, e isto graças a organização de recursos humanos, recorrendo-se ao trabalho voluntário e ao trabalho remunerado; e matéria, com a montagem de financiamento tanto privado quanto público (CLEMENT; GARDIN, 1999, p.20-21).

No Brasil, também foi a partir da década de 1990 que de acordo com Iolanda Barbeiro (2014), que começou a pautar o tema das cooperativas sociais para pessoas com transtorno mental. Algumas das experiências de cooperativas sociais começaram a surgir neste período, porém, foi a partir do encontro entre saúde mental e a economia solidária que as iniciativas de inserção no trabalho nos moldes cooperativos e autogestionários ganharam força.

Em 1994, foi apresentado o projeto de lei nº 4.688 que propunha a criação das cooperativas sociais como objetivo de inserir as pessoas em desvantagem no mercado de trabalho e de regulamentar as atividades desenvolvidas. O projeto de lei considerava pessoas em situação de desvantagem aquelas com deficiências físicas, sensoriais e mentais, com transtornos mentais, com dependência de substâncias psicoativas, os egressos do sistema prisional e as pessoas cumprindo penas alternativas, os idosos com redes de suporte e social restritas, e os adolescentes, em idade adequada ao trabalho, em situação familiar, social, e econômica vulnerável, indicando que essas deveriam compor, no mínimo, cinquenta por cento dos sócios de cada cooperativa (BRASIL, 1994). O projeto tramitou no Congresso Nacional, foram realizadas alterações e a Lei nº 9.867, promulgada em 1999, apresenta várias modificações em relação à proposta inicial (BRASIL, 2004).

Para Paul Singer e Valmor Schiochet (2014), a inclusão social de usuários de serviços

---

<sup>9</sup> O reconhecimento, em termos legislativos, da noção de empresa social iniciou-se na Europa nos anos de 1990, contemplando apenas alguns países, a exemplo dos casos italiano, belga e francês (FRANÇA; LAVILLE, 2004).

de saúde mental, por meio do trabalho, tem sido discutida amplamente pelos movimentos de reforma psiquiátrica e, desde 2004, ocorreu uma aproximação com o movimento da Economia Solidária. Esta parceria com a saúde mental foi inaugurada em 2004, com a realização da Oficina de Experiências de Geração de Renda e Trabalho de Usuários de Serviços de Saúde Mental. Neste evento foram mobilizadas setenta e oito iniciativas de inserção no trabalho, de diferentes regiões do Brasil, formadas por pessoas com transtorno mental. Como resultado deste encontro foi criado o Grupo de trabalho Interministerial Saúde Mental e Economia Solidária, instituído pela Portaria nº 383/2005, que permitiu a elaboração de um plano de ações para a articulação entre as políticas de saúde mental e economia solidária.

Sendo assim, a parceria entre a área técnica de saúde mental do Ministério da Saúde e a Secretaria Nacional de Economia Solidária do Ministério do Trabalho e Emprego possibilitou a elaboração da Política Nacional de Saúde Mental e Economia Solidária, que aqueceu novamente a discussão sobre o cooperativismo social e algumas iniciativas foram realizadas no sentido de se criar condições políticas e jurídicas no contexto nacional de efetivação das cooperativas sociais. Em dezembro de 2013, a Presidente da República Dilma Rousseff assinou o decreto sobre o Programa Nacional de Apoio ao Cooperativismo Social (PRONACOOOP SOCIAL), o qual tem por finalidade planejar, orientar, coordenar, executar e monitorar a implantação de ações voltadas às cooperativas sociais e aos empreendimentos econômicos solidários formados por pessoas em situação de desvantagem, conforme definidas pelo artigo 3º da lei nº 9867, de 10 de novembro de 1999 (BRASIL, 2013).

No entanto, Paul Singer e Valmor Schiochet (2014), apesar de admitirem um grande avanço representado pelo Decreto, acima citado, como por exemplo, criar a perspectiva de articulação da saúde mental com outros segmentos sociais próprios do cooperativismo social, situação que poderá fortalecer ainda mais esta experiência histórica de busca da dignidade humana. Os autores colocam que muitos desafios permanecem para a consolidação das cooperativas sociais no Brasil. O principal deles diz respeito à legislação. O cooperativismo social não dispõe de uma lei nacional adequada ao seu reconhecimento e desenvolvimento. A atual lei de nº 9.867, de 1999, não oferta uma base legal para a formalização dos empreendimentos solidários sociais e mantém quase a totalidade das experiências organizativas na informalidade ou precariedade institucional. Os autores admitem avanços e acreditam na possibilidade de poder colher os resultados de um longo processo de aprendizagem mútua entre saúde mental e economia solidária.

As propostas da Reforma Psiquiátrica e da Economia Solidária possuem pressupostos

comuns, apesar de suas referências teóricas serem de origens diversas, mas o determinante ético está direcionado para a produção da autonomia e a inclusão social de pessoas em desvantagem social. O componente da antiga reabilitação pelo trabalho no marco asilar vai sendo, aos poucos, integralmente substituído pelas exigências de compreensão das dificuldades impostas pelo mercado capitalista e com a sociedade excludente (BARBERIO et al, 2014, p.213).

A Economia Solidária com sua proposta associativista e cooperativista apresenta-se como alternativa à competitiva economia de mercado e, por meio das cooperativas sociais, uma possibilidade de inserção social pelo eixo do trabalho. As cooperativas, na sua estrutura coletiva e autogestionária, podem romper com a negação dos direitos das pessoas em desvantagem social, e aumentar suas possibilidades de participar dos intercâmbios sociais.

Foi questionado as gerentes e profissionais do PGR acerca do que compreendiam da Economia Solidária e qual a relação e/ou a articulação do PGR com a Economia Solidária, das seis entrevistadas, quatro alegaram não ter conhecimento e duas explicaram como entendiam, seguem as respostas:

*“Eu não sei muito dessa economia solidária, mas eu acho que é bazares que a gente faz é uma economia solidária, eu não sei bem, acredito que seja...”* (Tulipa)

*“A economia solidária aqui do município? Eu não conheço. A economia solidária deles (pessoas da zona rural), eles faziam através do que eles plantavam e ia pra rua vender e vendia em RT que tinha lá e fazia esse tipo, o que eu presenciei em determinado município que trabalhei, mas aqui eu não conheço... Porque faz pouco tempo, poucos meses que eu estou aqui, então a gente não tem, porque a gente tá ajeitando muita coisa que a gente tem pra produzir melhoria, um exemplo, esse ano a gente não foi pra FENEARTE, que todo ano a gente iria, mas, infelizmente, esse ano a gente não foi, aí já é uma queda muito grande pra eles. Aí agora a gente está produzindo umas peças junto com eles, o arte-educador e eles, para poder ir pra FENEARTE”.* (Bromélia)

*“Veja só, a economia solidária, o que eu conheço sobre, é justamente sobre a proposta que veio, se eu não me engano, do Governo Federal em relação a esse tipo de projeto só que com o viés muito maior, com proposta de financiamento, que a gente nunca teve, tivemos pontuais de comprar material, mas não um financiamento para bancar, custear o projeto a longo ou médio prazo, então o pouco que eu conheço da economia solidária é uma proposta bem parecida com essa do projeto, acho que tá dentro, só que não é só pra pessoas que tenha algum tipo de transtorno, ele amplia, é um leque maior, para pessoas menos desfavorecidas, que precisam de uma chance, que precisam que os projetos apostem no potencial delas, o leque é bem amplo em relação o projeto de economia solidária”.* (Flora)

É notório a falta de articulação de ações e compreensão acerca da Economia Solidária

para as gerentes e profissionais do PGR, o que pode implicar nas dificuldades de fazer inclusão social pela via do trabalho, nos moldes da garantia de direitos para as pessoas com transtorno mental, principalmente, com alinhamento de concepções das quais Paul Singer e Valmor Schiochet, colocam:

Cumpre notar que as vítimas de deficiência e da conseqüente exclusão social passam a ser suspeitos de serem os principais, se não os únicos causadores dos seus fracassos, o que leva ao seu abandono por familiares, “amigos”. A prova de sua inocência se dá quando sofredores psíquicos são levados a encontrar seus iguais e deste encontro resulta o pronto restabelecimento da normalidade constituída pela inclusão social. Os pretensos deficientes se organizam em cooperativas ditas sociais, através das quais eles não só constroem sua subsistência por meio do trabalho coletivo e da autogestão de suas empresas cooperativas. É o trabalho socialmente organizado de forma democrática que hoje milhões de pessoas aparentemente condenadas não só se reabilitam, como mostram capacidade e aptidão de não só viver em convívio, mas também criam condições sociais, políticas e econômicas para que a exclusão por meio do desemprego sem fim tenha o seu fim (SINGER; SCHIOCHET, 2014, p. 26).

Por isso, é possível verificar que a usuária, Rosa, mesmo sem classificar fez uma colocação que evidencia elementos, como a produção e comercialização, que estão constituídos na concepção e na prática da Economia Solidária, bem como, relaciona a vivencia na dinâmica do PGR e revela a forma de organização que estão inseridos:

*“Porque aqui no Geração é que a gente melhora um pouco de situação de vida e como é que se diz... financeiro, porque a gente trabalha, de primeiro tinha um banco lá na Rua Eliza, que a gente fazia aqui e botava lá, depois não colocou mais... a gente fazia feirinha tudinho e depois nada disso ficou mais... Aí ficou pior por causa disso, porque a gente fazia o trabalho aqui e também agente levava o que a gente fazia em casa, aí agora não tem...”* (Rosa)

Rosa atrela melhora da situação de vida ao trabalho, ou seja, possibilidade de produzir mercadoria para realizar as trocas financeiras, através das feirinhas e alcançar o retorno financeiro para o PGR e para os(as) usuários(as). A partir do momento que o projeto aprofunda sua precariedade, inviabiliza a produção e a comercialização dos produtos de trocas sociais.

Desta maneira, torna-se importante compreender o movimento da Economia Solidária no Brasil, e especialmente em Pernambuco para ser pensado quais as relações e articulações que poderiam ser feitas para o aprimoramento e fortalecimento das ações no PGR. Assim, pode-se dizer que no Brasil teve duas grandes fases históricas da organização do cooperativismo no país. A primeira grande fase vai da segunda metade do século XIX até

início da década de 1960, e a segunda fase do início dos anos 1980 aos dias atuais. Já entre as décadas de 1960 e 1980 houve um certo esfriamento do cooperativismo no Brasil.

Para Marcos Levay (2018), o início da segunda fase do desenvolvimento cooperativista brasileiro, provavelmente, está ligado à crise econômica da década de 1980 caracterizada pela estagnação com inflação recorrente e ao remodelamento de organizações sociais que começaram a apoiar de maneira mais significativa as organizações produtivas populares. Esta segunda fase também está associada ao contexto político brasileiro da época que, dentre outras questões, passava por um processo que combinava redemocratização política com garantias às liberdades de associação.

Por isso, que para Paul Singer a explicação do ressurgimento da hoje chamada economia solidária nos anos 1980 está na conjuntura econômica adversa iniciada nos primeiros anos da década, como segue:

Com a crise social das décadas perdida de 1980 e 1990, em que o país se desindustrializou, milhões de postos de trabalho foram perdidos, acarretando desemprego em massa e acentuada exclusão social, a economia solidária reviveu no Brasil. Ela em geral assumiu a forma de cooperativas e associações produtivas, sob diferentes modalidades (SINGER, 2002, p.122).

Ao mesmo tempo houve um redirecionamento das ações das organizações e movimentos sociais e dos governos que começaram a refletir sobre as práticas das iniciativas produtivas populares e iniciaram processo de apoio a estas. Arroyo e Schuch (2006) definem este novo contexto e trazem alguns exemplos como segue:

Nesse contexto econômico se inicia uma nova onda de institucionalização das diversas e complexas expressões da economia solidária no Brasil. Surgem entidades de movimentos sociais, entre elas a Agência de Desenvolvimento Social (ADS), por iniciativa da CUT, como resposta ao desafio de que o formato sindical já não dá mais conta do conjunto de relações de trabalho em desenvolvimento, nem da condição da maioria dos trabalhadores do país que não exercem suas atividades com carteira assinada, condição prévia para a vida sindical. Surge a ANTEAG, que, a partir de experiências de recuperação de indústrias falidas que foram assumidas pelos trabalhadores promove projetos alternativos coletivos e/ou comunitários, que são capitalizados por fundos rotativos e ganham competitividade por meio da solidariedade. As tradicionais Cáritas (entidade católica) e a Fase incluíram em seus trabalhos nas comunidades o desafio da construção da economia solidária, por meio de programas específicos (ARROYO; SCHUCH, 2006, p.35)

Ainda, neste campo das diversas experiências das organizações sociais no meio da economia solidária, Marcos Levay (2018) aponta que em meados dos anos 1990, o início, em

várias Universidades do país, de projetos de Incubadoras Tecnológicas de Cooperativas Populares (ITCPs), visando apoiar grupos comunitários a desenvolver coletivamente atividades econômicas, se originado destas experiências ao Programa Multidisciplinar de Estudos e Pesquisas sobre o Trabalho (UNITRABALHO) e diversos grupos de pesquisa científica sobre a chamada economia solidária. Estas incubadoras surgem com o apoio do Programa Nacional de Incubadoras de Cooperativas Populares (PRONINC) do governo federal que financia estas atividades. Além do PRONINC, o Governo Federal, na gestão do Presidente Lula, institucionalizou a Secretaria Nacional de Economia Solidária (SENAES) ligada ao Ministério do Trabalho e Emprego (MTE). Esta iniciativa do governo nasce a partir da pressão feita pelos movimentos sociais durante o primeiro fórum social mundial, em Porto Alegre, em 2001 e pode significar um avanço na estratégia de um modelo de desenvolvimento, desde que seja feita de forma integrada com as demais ações governamentais e, que seja encarada de maneira prioritária e tendo a participação efetiva da sociedade civil com a criação de espaços de controle social através de conselhos paritários e deliberativos.

Ainda nos anos 1990, é importante considerar a atuação do MST (Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra) como uma organização que vem disseminando novas dinâmicas sociais e políticas, trazendo experiências de produção e comercialização que estão sendo praticadas nos acampamentos e assentamentos com cooperativas de pequenos produtores e empresas coletivas. Paul Singer defende que o MST vem contribuindo para o ressurgimento da economia solidária no Brasil nos anos 1990 quando afirma que a agricultura realizada pelos assentados e acampados tem um embasamento organizacional autogestionário:

O MST conseguiu assentar centenas de milhares de famílias em terras desapropriadas de latifúndios improdutivos. O movimento decidiu que promoveria a agricultura sob a forma de cooperativas autogestionárias, dando lugar a outra modalidade de economia solidária. Para realizar isso, criou em 1989 e 1990 o Sistema Cooperativista dos Assentados (SCA). Passados dez anos da sua organização, o SCA conta com oitenta e seis cooperativas distribuídas em diversos estados brasileiros divididas em três formas principais em primeiro nível: cooperativas de produção agrícola, cooperativas de prestação de serviços e cooperativas de crédito (SINGER, 2000, p.123).

As ações populares de cooperação atravessam a organização econômica brasileira apresentando uma outra inteligibilidade da dimensão econômica, não podendo ser reduzida as respostas mobilizadas por contextos de exclusão social (LAVILLE; FRANÇA, 2004). Para

Ana Dubeux e Hugo Dubeux (2018) as experiências de trabalho na economia solidária, como as observadas no Nordeste, apontam que “o trabalho e sua gestão tem raízes nas relações de vizinhança, comunitária e de parentesco”.

Estas características das experiências nordestinas de economia solidária dialogam com a definição da economia solidária apresentada por José Luís Coraggio (2009), na qual a economia solidária apresenta-se como uma forma econômica de ‘reprodução ampliada da vida’, que envolve as ações de resistência e reconstrução do econômico em diversas frentes, incluindo as atividades de trabalho desenvolvidas no âmbito da casa, da comunidade, e as iniciativas econômicas formais ou informais; as organizações de trocas e de comercialização; as redes de organização popular, e os movimentos reivindicatórios. Seriam ações que buscam garantir uma melhor qualidade de vida para mulheres e homens e construir uma alternativa ao capitalismo.

Sendo assim, a economia solidária tem sido caracterizada no Brasil como um conjunto de iniciativas formais ou informais de organização popular, orientadas por princípios como a solidariedade, a autogestão, a associação ou a cooperação e a democracia (SINGER, 2002; FRANÇA; LAVILLE, 2004). Uma definição da economia solidária construída junto às educadoras e aos educadores populares do Nordeste aponta-a como uma ação política de resistência ao modelo neoliberal, responsável por questionar as relações desiguais e patriarcais que se produzem e reproduzem nas relações sociais e culturais entre as pessoas, devendo recuperar as ligações entre a economia e a política artificialmente apagadas pelo pensamento liberal. A economia solidária reuniria práticas associativas e cooperativas, de povos tradicionais, no campo e na cidade, que deslocam sua centralidade do mercado para restabelecer relações de proximidade e reciprocidade entre mulheres e homens envolvidos nos processos de trabalho e troca (DUBEUX; MEDEIROS; VILAÇA; SANTOS, 2012).

No Brasil vê-se uma expressiva participação de mulheres que trabalham em organizações e grupos na economia solidária. Segundo os dados do último mapeamento nacional da economia solidária, realizado no período de 2009 a 2013, responsável por mapear 21.853 empreendimentos econômicos solidários, contabilizou-se um total de 1.423.63 participantes. Deste universo, as mulheres representam cerca de 44% das trabalhadoras neste espaço (GAIGER, 2014). A presença das mulheres dá-se principalmente em atividades ligadas à produção de alimentos, à costura, ao artesanato, à agricultura familiar, à saúde e aos cuidados, o que lhes permite dialogar com sua experiência construída na casa e na comunidade, tornando o trabalho na economia solidária uma experiência “intermediária entre

o privado/doméstico e a vida pública, entre o monetário e o não monetário” (GUÉRIN, 2003, p. 17). Esta experiência de trabalho na economia solidária tem conferido novos significados para os trabalhos realizados pelas mulheres, mas enfrenta diversos limites concretos.

Um destes limites refere-se às desigualdades, a que estão submetidas no espaço privado ao realizarem um permanente conjunto de trabalhos essenciais à reprodução da vida e, invisíveis na vida econômica que tem sido definida, como expressão da desigual divisão sexual do trabalho a que estão submetidas às mulheres. Esta forma de divisão do trabalho social, adaptada historicamente em cada sociedade tem assumido como características a hierarquização e diferenciação de mulheres e homens nas relações de sexo, além da destinação de homens à esfera produtiva e as mulheres à esfera reprodutiva, e desta forma, atribuído aos homens na esfera pública funções sociais com maior valor social, como a participação política, religiosa, militar, científica, dentre outras (KERGOAT, 2009, p. 67). A autora, Monica Vilaça, também coloca outro limite das mulheres que fazem parte da economia solidária:

A dificuldade de ampliar os sentidos das estratégias que as mulheres têm construído na economia solidária com o reconhecimento das atividades desenvolvidas no espaço doméstico e familiar. Problematizar o trabalho doméstico e de cuidados como trabalhos necessários para a reprodução da vida, questionando a ideia de serem estes trabalhos naturalmente das mulheres, exige ampliar o que se compreende por trabalho, e o que se estabelece como economia, inclusive no âmbito da economia solidária (VILAÇA, 2019, p.17).

Dito isto, existem quatro aspectos importantes que fundamentam as práticas da economia solidária, que segundo Genalto França (2006) são: as finanças solidárias, o comércio justo, as empresas sociais (Empreendimento Econômico Solidário - EES) e o comércio sem dinheiro, onde acontecem as trocas.

Com relação às finanças solidárias, existe um número em expansão de iniciativas de que praticam esta modalidade, muitas vezes conhecidos como bancos populares. Estas expressões da economia solidária, na maioria dos casos, são cooperativas de crédito que tem o objetivo de financiar as organizações coletivas populares com uma lógica diferenciada dos bancos tradicionais e geralmente são iniciativas da própria sociedade civil, através da ação de alguma ONG ou até mesmo do poder público, como é o caso do empreendedor João Pessoa, na Paraíba, que recolhe do comprador 1% de toda compra feita pela prefeitura e destina o recurso para um fundo de crédito para os EES. O maior e mais inovador tipo de finanças solidárias são os fundos rotativos solidários que são geridos por redes de EES, sendo os créditos

repassados exclusivamente para outros EES com o objetivo de fortalecê-los incentivando cada vez mais práticas de trocas de produtos e serviços. Em Recife, podemos verificar as experiências do Banco do Povo e do Fundo Recife Sol (LEVAY, 2018, p.23).

Genalto França Filho (2001), ressalta a utilidade social desse tipo de investimento, “trata-se assim, com estas experiências, de afirmação de uma finalidade de aplicação ética do dinheiro naqueles projetos articulando, por exemplo, um trabalho de luta contra a exclusão, de preservação ambiental, de ação cultural e de desenvolvimento local.” Já o comércio justo, segundo Moacir Gadotti (2009) é uma modalidade de comércio que busca o estabelecimento de preços justos bem como de padrões sociais e ambientais nas cadeias produtivas dos produtos. Este tipo de comércio procura também eliminar os intermediários que agem como distribuidores de produtos, conhecidos como atravessadores. Para que isso aconteça, é feita uma parceria informal entre produtores e consumidores, na tentativa de diminuir as dificuldades de distribuição enfrentadas pelos produtores e, para aumentar o acesso dos consumidores ao mercado de bens.

As empresas sociais são as próprias cooperativas de consumo, de crédito, de habitação, de produção, de prestação de serviços que contribuem para o desenvolvimento e ampliação da economia solidária através de ações que favorecem a permanência dos três aspectos anteriores. Segundo Laville (2000), o fenômeno das empresas sociais (EES) é o último estágio do desenvolvimento na evolução da economia solidária que começou no século XIX, incorporando cooperativas e sociedades de apoio mútuo.

Outro exemplo fundamental de aspecto da economia solidária é a economia sem dinheiro, mais conhecidos pela expressão “clubes de trocas”. França Filho (2006), defende que a existência de um clube de trocas vai além da busca pelo saciamento material e lança a ideia de reestabelecimento dos laços sociais, como segue:

Esses clubes de trocas consistem numa associação de pessoas (ao mesmo tempo produtores e consumidores individuais) cuja finalidade é intercambiar bens e serviços sem recurso a uma lógica mercantilista e adotando-se, na maioria dos casos, moedas sociais como instrumento de regulação das relações de troca. Porém, nem todos os clubes de trocas adotam moeda fictícia. Em todo caso, seja de uma forma ou de outra, tais práticas alimentam a proliferação de um circuito de trocas não monetárias cujo fundamento é uma lógica de dádiva, ou seja, o objetivo da troca é, para além da satisfação utilitária dos bens ou serviços, fortalecer ou criar vínculos sociais entre as pessoas envolvidas (FRANÇA FILHO, 2006, p. 59).

Contudo, Marcos Levay (2018) ressalta que, mesmo privilegiando valores humanos e sociais e recriando vínculos, as trocas solidárias devem ter a finalidade de complementação

das necessidades materiais de uma família e funcionar como um mecanismo de capitalização através da permuta de bens e serviços que existe na economia. Em relação às experiências que constituem o campo da economia solidária, faz-se necessário distinguir pelo menos três segmentos principais: os chamados Empreendimentos Econômicos Solidários (EES), as Entidades de Apoio e Fomento (EAF) e, os gestores da economia solidária, devida a expansão da política pública. E, a forma de organização do movimento de economia solidária acontece através das redes e fóruns de economia solidária.

Os EESs são as iniciativas que operam a economia solidária na ponta, são organizações pautadas por práticas como as de comércio justo, finanças solidárias, economia sem dinheiro (clubes de trocas) e empresas sociais. De acordo com o Atlas da Economia Solidária no Brasil (2016), existem 19.708 (dezenove mil setecentos e oito) EES em 2.713 (dois mil setecentos e treze) municípios do Brasil. No tocante à área de atuação nos municípios, mais da metade atua predominantemente em áreas rurais, 54,8% contra 34,8% que atuam em áreas urbanas. Considerando-se a distribuição territorial, há uma maior concentração dos EES na região Nordeste, com 40,8%. Quanto à forma de organização, os EESs estão distribuídos em: cooperativas, associações, grupos informais e outros (Sociedades Mercantis, etc.). No Brasil, a maior parte do EESs está organizada sob a forma de associação (60%), seguida dos grupos informais (30,5%), cooperativas (8,8%) e outras formas de organização (0,6%). A maioria dos EES teve seu início durante a década de 2000: 65,1% dos EESs brasileiros foram criados entre 2000 e 2013. É razoável supor que este substancial aumento das iniciativas de economia solidária a partir dos anos 2000 está também diretamente vinculada ao caráter indutor das políticas públicas de economia solidária no Brasil.

O mapeamento do campo da economia solidária no Brasil considera também experiências que vêm desempenhando um papel muito importante na estruturação dos EES, são as chamadas Entidades de Apoio e Fomento (EAF). Foram identificadas 1.120 (um mil cento e vinte) EAF no Brasil. Foi verificado que a participação relativa das entidades nas regiões é semelhante a participação relativa dos EES, ou seja, há uma maior concentração na região Nordeste (51%). Quanto à forma de organização das EAF, 46% são Organizações Não Governamentais com natureza jurídica de associação (ONGs), seguida das Fundações (13%) e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) com 12% do total. Entre os tipos de atividades desenvolvidas pelas EAF predominam as de formação (39,5%) e de articulação/mobilização (34,7%) (LEVAY, 2018, p. 30)

As redes são outra maneira de organização da economia solidária que segundo Genalto

França Filho (2006), estas redes consistem num associacionismo mais amplo que reúne um razoável número de experiências concretas. Um exemplo, é a “Rede de Saúde Mental e Economia Solidária no Estado de São Paulo”, que fomenta espaços de tomada de decisões e articulações, é composta por serviços de saúde mental, profissionais de saúde, usuários(as) de serviços de saúde mental e empreendimentos de economia solidária. Se organiza através de reuniões mensais em formato de assembléia onde recebe representantes dos EES de várias regiões do estado de São Paulo.

Outro expressivo caso desse tipo de articulação é o da Rede de Gestores Públicos de Economia Solidária que reúne gestores de Prefeituras, de Governos Estaduais e do Governo Federal, cuja missão é promover o intercâmbio, a interlocução, a interação, a sistematização e a proposição de políticas públicas governamentais realizando projetos comuns para o fomento e desenvolvimento da economia solidária no Brasil. Os fóruns, por sua vez, são também espaços de articulação da economia solidária, entretanto, num sentido mais ampliado, além das organizações da sociedade civil (EES e EAF), contam também com a participação de instituições públicas de Estado. O curioso é que ao mesmo tempo em que há uma reivindicação sobre a autonomia desses ambientes de interlocução enquanto espaços da sociedade civil, os fóruns abrem-se para uma relação de interdependência em relação aos poderes públicos. Ao que parece, aos fóruns cabe a tarefa de intervir com mais força na construção das políticas públicas através dos encaminhamentos de proposições sobre determinado tema que envolve a economia solidária (LEVAY, 2018, p.31).

O Fórum Brasileiro de Economia Solidária (FBES) foi fundado durante o Fórum Social Mundial, realizado em 2003, na cidade de Porto Alegre. Consistem na articulação entre os EES's, as EAF's e gestores públicos. Sua principal instancia de decisão é coordenação nacional que consiste nos representantes das entidades e redes nacionais de fomento, além de três representantes por estado, indicados pelos Fóruns Estaduais de Economia Solidária (DIAS, 2016, p.34).

Também, em 2003, pelas entidades de assessorias, gestores públicos e empreendimentos solidários, foi criado o Fórum de Economia Popular Solidária de Pernambuco. Com reuniões periódicas, O Fórum Estadual discute e analisa diversas políticas públicas de economia solidária executadas no âmbito estadual e nacional, criando um ambiente de monitoramento e avaliação das iniciativas desenvolvidas em Pernambuco, além de realizar atividades em conjunto, no sentido de dar legitimidade e propagar as iniciativas exitosas sobre a economia solidária (DIAS, 2016, 34).

Através da pesquisa realizada por Gilmar Dias (2016) sobre o desenvolvimento da economia solidária em Pernambuco, o autor inferiu que:

Ao tabular e analisar os dados do Sistema de Informação em Economia Solidária referente aos aspectos dos empreendimentos econômicos solidários, nas últimas décadas, que os mesmos são em sua maioria grupos informais, principalmente devido às exigências legais para a formação de cooperativas (dificuldades de obtenção de crédito, comercialização e produção). Ressalta-se que os mesmos representam um potencial na geração de trabalho e renda e na melhora das condições de vida de inúmeras pessoas, desempregados ou que trabalham em condições desumanas. Embora a pesquisa realizada não seja um censo dos empreendimentos econômicos solidários de Pernambuco, pode-se afirmar que é o principal levantamento de informação realizado nos últimos anos, oferecendo um conjunto de entendimento sobre a realidade da economia solidária no estado de Pernambuco (DIAS, 2016, p.63-64).

Desta maneira, o referido autor conclui que a Economia Solidária é algo real em Pernambuco, onde os principais protagonistas são os pequenos produtores rurais e artesões, encontram no associativismo, cooperativismo e na autogestão os princípios para superar os problemas históricos da produção e comercialização, bem como o enfrentamento da concorrência desleal que suas atividades enfrentam para desbancar as barreiras comerciais existentes no mercado interno (DIAS, 2016, p.77).

Já em Camaragibe, foi criado em 2017 o Fórum Municipal de Economia Solidária, mas, além disso, é uma cidade histórica dos artesãos de tapeçaria, onde existem associações e grupos de artesãos organizados. No entanto, verifica-se que o PGR existe sem fazer articulações com outros grupos e sem estar inserido nos Fóruns da Economia Solidária, seja no Municipal ou no da região metropolitana, podendo-se supor um provável isolamento deste serviço na comunidade, o qual pode aprofundar ainda mais suas fragilidade e dificuldades do seu funcionamento. No entanto, a auxiliar administrativa Tulipa explica como ela realiza o trabalho no PGR e como no momento eles se organizam e fazem as articulações:

*“Na geração de renda faço parte, eu vendo os artesanatos que são feitos com os arte educadores junto com eles, aí eu vendo os artesanatos na prefeitura, na residência terapêutica e vou atrás de ofício pra conseguir materiais para a gente comprar pra eles mesmo... Cada dia eu levo um deles, vou de segunda a quinta, na sexta estou na geração, eu levo cada dia vai um comigo, para eles irem lá representando um deles na geração, aí eles vão comigo para me ajudar e falar um pouco sobre o projeto” (Tulipa).*

Identifica-se o esforço de manter o serviço mesmo fora de redes de produção ou de

consumo organizadas, mas, criando outras formas para conseguir matéria prima e continuar produzindo e comercializando, verifica-se que se trata de características de uma economia popular, de acordo com França e Lavelle:

Economia popular tem como característica fundamental o registro da solidariedade sobre a qual erguem-se as atividades econômicas. Estas iniciativas representam, de um certo modo, um prolongamento das solidariedades ordinárias, isto é, aquelas que se praticam no cotidiano mesmo da vida no interior dos grupos primários. Parece residir, precisamente neste aspecto, o traço característico maior dessa economia popular. Ou seja, ela encontra no tecido social local ou comunitário, nas práticas de reciprocidade, os meios necessários para a criação de atividades. Dito de outro modo, com o conceito de economia popular, trata-se, segundo nosso entendimento, da produção e desenvolvimento de atividades econômicas sob uma base comunitária, o que implica uma articulação específica entre necessidades (demandas) e saberes (competências) no plano local – mas que muitas vezes pode até articular-se com o plano institucional, ou seja, nos casos em que o poder público reconhece o saber popular e tenta apoiá-lo sob a forma de assessoria técnica, que, na prática, frequentemente acaba funcionando como modo de instrumentalização das experiências populares (FRANÇA; LAVILLE, 2004, p.162-163).

Desta maneira, identifica-se o exercício de uma economia popular solidária no seio do PGR, mesmo não sendo nomeada pelos seus dois grupos de participantes, usuários(as) e profissionais, mas existem os princípios e um fazer no cotidiano das suas ações. Neste sentido, faz-se necessário considerar a distinção entre economia popular e economia informal, uma vez que segundo França e Lavelle (2004), a economia popular tem como referência o tecido social local e suas práticas de reciprocidade como meio de elaboração de atividades econômicas é o que marca ou define a própria idéia de economia popular. Já a economia informal assume, na maioria dos casos a forma de microprojetos individuais, conformando uma espécie de simulacro precário das práticas mercantis oficiais, não apresentando desse modo uma articulação com base social local precisa ou com um saber ancestral.

Assim, o PGR funciona com características de uma economia popular, onde compreende um leque de iniciativas sócio-econômicas, mais ou menos autocentradas ou heterocentradas (voltadas para fora delas próprias enquanto organização), isto é, oscilando de simples formas de sobrevivência das pessoas com transtorno mental necessitadas (marcadas por alto grau de precariedade institucional) até a idéia de modos de organização democráticos. Logo, o PGR como um projeto de uma economia popular apresenta uma dimensão comunitária que influencia a dinâmica deste projeto. Sabe-se que, enquanto experiência de economia popular, orientadas para produzir trabalho e renda suficiente para a satisfação do

consumo básico e da sobrevivência, garantem apenas a reprodução imediata das condições materiais da vida das pessoas, não conseguindo evitar a subordinação em que se encontram em relação à lógica do capital.

Segundo José Luís Coraggio (2002), as experiências de economia popular funcionam no plano de uma “reprodução simples” da vida, representando apenas uma pequena extensão da unidade familiar; limitam-se, em sua maioria e esse circuito popular da economia, onde pessoas pobres vendem produtos ou prestam serviços pra outros atores. Possuem um nível precário de estruturação interna das atividades e demonstram pouco grau de articulação externa, seja em termos de construção de redes com outros autores associados com características semelhantes, seja em termos de apoio e/ou reconhecimento sob a forma de parcerias institucionais com os poderes públicos.

Portanto, a capacidade que possui esta economia popular a agir no espaço público, ou seja, a atacar problemáticas sociais mais gerais através da sua ação, parece muito pequena restringindo-se a uma dimensão comunitária. Mas, França e Laville (2004) consideram que está sendo desenhado novas iniciativas como um projeto de economia popular solidária, que não se limitam a esfera da chamada “reprodução simples” e se orientam mais para a “reprodução ampliada” das condições de vida em sociedade. Ou seja, sua ação abrange tanto plano do nível de renda quanto aquele das condições de vida mais gerais, o que significa inscrever uma tal iniciativa também no âmbito de uma reivindicação por direitos, implicando, desse modo, uma abertura da sua ação sobre um espaço público.

Neste sentido, ainda, não é o caso do PGR. E, sabendo que a Economia Popular Solidária se fundamenta no trabalho com autonomia e equidade de gêneros, democracia, cooperação e solidariedade. Acredita-se ser importante construir junto as pessoas com experiências na loucura o que elas acreditam ser o trabalho, para que a construção das iniciativas de geração de trabalho e renda sejam organizadas a partir das experiências delas e que o trabalho seja percebido como uma possibilidade criativa e que gere novas sociabilidades, como verificaremos no capítulo seguinte.

## **4 O TRABALHO COLETIVO NA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL**

Neste capítulo serão discutidas as trajetórias de trabalho das usuárias do PGR que participaram da pesquisa, possibilitando conhecer as motivações que levaram essas pessoas ao mundo do trabalho, bem como ao seu afastamento e, neste caso, uma reaproximação a exercer o direito ao trabalho.

Deste modo, será analisado como se dá a reabilitação psicossocial no PGR a partir das categorias de análise: diálogo, autonomia e trocas sociais. Se poderá verificar quais os caminhos de cuidados o PGR escolheu para as pessoas com sofrimento psíquico que freqüentam o projeto.

Assim, serão pensados o mundo do trabalho para as pessoas com transtorno mental e os tipos de trabalho que fazem parte da vida das/os usuárias/os do PGR, com a descrição e análise das entrevistas discutindo as dificuldades de inserção social pela via do trabalho, tendo como principal característica o desemprego. Também, de acordo com o que as entrevistadas colocam será analisado o papel do trabalho doméstico, do trabalho terapêutico e do trabalho protegido e coletivo para as pessoas com experiência na loucura.

Por fim, será feita uma reflexão sobre o que o trabalho promove na experiência do PGR, onde se sabe que as/os usuárias/os, gestoras e profissionais colocam que para a vida de uma pessoa com sofrimento psíquico o trabalho pode provocar adoecimento e/ou vulnerabilidades, mas também promove a aprendizagem coletiva de novos ofícios, a construção do vínculo e o reconhecimento social.

### **4.1 Trajetórias do trabalho das usuárias do PGR**

As pessoas que são usuárias do PGR e participaram da pesquisa começaram a trabalhar na infância ou na adolescência, isso demonstra o marco em suas trajetórias que é atribuído ao trabalho, através do fator determinante a necessidade de trabalhar, assim, é identificado de que todas(os) pertencem a classe trabalhadora. Desta maneira, nosso ponto de partida para as análises sobre a percepção dessas pessoas entrevistadas do trabalho partiu das suas trajetórias, onde foi classificado abaixo relatos de quando a iniciação ao trabalho se deu e depois a sua respectiva trajetória:

**Quadro 4 – Inserção e trajetória profissional das/os usuárias/os do PGR**

NOME	QUANDO COMEÇOU A TRABALHAR?	TRAJETÓRIA
<b>Jasmim</b>	<p>“Eu tinha 13 anos ou era 14, eu disse vou arrumar emprego porque eu não vou depender de família não porque as vezes a pessoa queria as coisas e ninguém dava, sabe... Eu disse vou trabalhar, eu sei que eu tirei os documentos, identidade, CPF, tudinho eu tirei; aí ela disse você não vai trabalhar não, eu disse vou trabalhar, eu chamava ela de mãe... Sair para trabalhar aí no Timbi, fui na polícia, no lugar que tira carteira de trabalho... Cheguei na fábrica tinha uma vaga de costureira, aí eu disse tá certo, eu fiz o curso, fiz o teste para poder entrar, estudei tudinho, aí passei no teste, aí ela disse você passou no teste, você vem amanhã trabalhar, traga seus documentos, eu disse tá certo... Aí levei os documentos e fiquei na fábrica Patalo, parece que eu era a grandona de lá, sabe...”</p>	<p>“Ah, depois passei uns tempos em casa e arrumei outro trabalho, na INTERPO... Aí foi assim: Estava sem trabalhar, sem fazer nadinha, aí disse vou procurar emprego, eu e minha colega, peguei minha carteira e fui andando mais ela, aí quando a gente chegou lá na rua do Camarão, aí avistei uma fábrica assim, aí disse pra ela, isso aqui é uma firma, vamos entrar, aí bate palma, tinha um vigia assim, aí perguntei aqui é uma confecção? Ele disse é sim. Tem emprego para costureira? Só você perguntando lá dentro, aí agente entrou, eu e ela, quando cheguei lá dentro ela doida pra trabalhar também, eu tinha carteira de costureira e ela não tinha... Quando chegou falei com o rapaz, ele pegou minha carteira colocou lá dentro, aí ele disse você tem curso de costureira, ela disse tenho não, aí eu comecei a trabalhar, eu era mosqueadeira lá...”</p>
<b>Lírio</b>	<p>“Desde criança, não lembro a idade, ficava de castigo, apanhava quando não fazia, aos doze acho já começava a lavar roupa, cozinhar não, porque mamãe não deixava, agora, lavar roupa, prato e arrumar casa desde de criança...”</p>	<p>“Eu só trabalho em casa, fazer serviço de casa... Agora com arte, comecei esse ano com Lótus, eu era do CAPS ad, recebi alta, aí pedi pra vim pra cá, eu sou de São Lourenço, não sou de Camaragibe, e lá não tem Geração de Renda...”</p>
<b>Rosa</b>	<p>“Que eu sou artesã... Aí eu comecei tinha dezessete anos, fazendo trabalho manual, fazendo tapeçaria”</p>	<p>“Trabalhei vinte anos fazendo tapete na mão, aí depois que eu casei ainda continuei trabalhando em fazer tapetes e depois fui trabalhar em fábrica, mas fiquei sempre fazendo meus artesanatos. Trabalhei seis anos na fábrica, trabalhei dois anos em outra, e também trabalhei em confecção, mas sempre fiz meus artesanatos, e até hoje sempre faço meus artesanatos, faço crochê, tapeçaria, e também faço os teatros, né...”</p>
<b>Girassol</b>	<p>“Olha, eu não lembro a data exatamente quando entrei na geração, não vou dizer que lembro porque não lembro...”</p>	<p>“Nunca, não conhecia o geração, nem imaginava que existia... Eu passei seis meses no CAPS, eu nem imaginava que existia o Geração de Renda, aí quando eu tive alta me encaminharam para o Geração de Renda, não sabia nem o que era... Aí assim entrei no Geração, aprendi a fazer caixinha MDF, lixar, pintar, é uma das coisas que eu sinto muita falta, lixar, pintar... depois aprendi a fazer reciclagem, cortina, aprendi a fazer umas</p>

		<i>coisas, ainda fiz sabonete uma vez, vela, tem algumas coisas que nem lembro porque faz tanto tempo já, que nem lembro...</i>
<b>Cravo</b>	<i>“Eu comecei a trabalhar na infância, porque os jovens de hoje só podem trabalhar acima de 18 anos, né? E eu comecei a trabalhar com carteira assinada aos 14 anos, saía de casa às quatro da manhã e, às vezes chorava dentro no ônibus, porque não sabia o que estava fazendo, saía de casa para trabalhar na fábrica às quatro da manhã, quando largava de duas ia para escola, quando chegava em casa às oito da noite, tomava banho, tomava um prato de sopa e me deitava e quando pensava que estava dormindo, já estava me acordando para ir trabalhar de novo...”</i>	<i>“Ao passar dos tempos fui para o exército, ao sair do exército voltei a trabalhar na fábrica; quando sair da fábrica, fui trabalhar no carro forte, trabalhei quinze anos numa empresa, sair dessa empresa porque fechou a BANORTE. E, fui pra PRESERVE”</i>
<b>Tália</b>	<i>“Tinha uns 10 anos, aí a gente ficava lá todo mundo trabalhando, até meus filhos, depois quando eu os tive...”</i>	<i>“Antes ficava ajudando minha mãe na roça, ajudando meu pai, aí depois que eu me formei... no magistério, ficava lá no interior ensinando aos meninos lá mesmo, ensinando o magistério, fiquei ensinando o povo... Eu passei mais de dez anos ensinando no Projeto Paulo Freire, a gente era só um contrato sem direito a nada, [...] aí passei oito meses sem receber, no começo era bom demais passava o cartão e recebia, mas depois ficou ruim demais, é difícil porque nessa época meu marido já tinha ido embora com outra, já estava separada, e ficou tudo difícil mesmo para mim, aí eu tive que vir para cá...”</i>

Fonte: Texto das entrevistas (2019). Elaboração própria

Como mostra o quadro acima, Jasmim iniciou na adolescência a trabalhar porque decidiu ter independência econômica, por isso, foi sozinha tirar seus documentos e procurar trabalho, o qual encontrou, se profissionalizou como costureira e mosqueadeira<sup>10</sup>. Passou seis anos com um vínculo empregatício, e quando conseguiu o seu último trabalho foi demitida por não conseguir se adaptar as regras de contratação, como ela explica abaixo:

*“Eu passei poucas semanas, porque eu sair de lá, não foi porque me colocaram pra*

<sup>10</sup> *“Mosqueadeira, é uma coisa de pegar botão assim sabe, tem um botão e vai com a máquina, vou mostrar a você, aí pega a roupa, de uma e uma, vê que sacrifício, bota o coisa dentro de uma e uma, aí bota a máquina dentro, aí vem e aperta para baixo, aí segura, aí roda, roda até parar, a máquina é elétrica, aí a máquina quando termina de costurar uma, aí tira corta e já está pronta, aí pega outra e faz tudo de novo... Eu trabalhava bem viu, todo mundo gostava, a máquina às vezes emperrava, aí pegava bem devagarzinho, apertava e fazia tudo de novo; fazia camisola, fazia vestido, fazia bata de médico, fazia um bocado de coisa, era isso daqui (mostra na minha roupa) as casas de botão, mas o nome disso aí é mosqueadeira”.*(Jasmim)

*fora não, sabe? Eu sair de lá porque disseram, se você vai trabalhar aqui pediram exames, e eu me esqueci de fazer e fui trabalhar, aí ela disse: Jasmim, você trouxe o exame? Aí disse trouxe não, esqueci, poxa, aí me botou para fora, aí me pagaram e pronto, sai de lá... [risos]. Fui fazer o quê? Ajudar minha mãe dentro de casa, lavar prato, fazer alguma coisa para ela, fazer almoço. ” (Jasmim)*

Depois de ficar um período em casa, Jasmim começou a apresentar os primeiros sintomas do seu adoecimento mental, até ser levada para o hospital psiquiátrico e receber o seu diagnóstico de esquizofrenia e passar os vinte e sete anos de internamento. Quando chegou o momento do processo da desinstitucionalização do Hospital Alberto Maia, Jasmim, escolheu ir para uma Residência Terapêutica, ao invés de voltar para sua família e, desde então, passou a frequentar o PGR, o lugar que vai para trabalhar.

*“Não, não quis ir para a casa da minha mãe, porque o pessoal não ia cuidar como o pessoal da Residência, não ia dar o remédio a mim, aí eu disse, meu Deus... Eu estive em duas residências, ali perto da maternidade, aí passei um bocado de tempo numa e agora estou aqui... Ai faço um bocado de coisa, varro casa, lavo prato, as vezes faço mandado, um bocado de coisa [...] Agora faço mais coisa com Lótus, porque Lótus sabe tratar, [...] Lótus sabe falar e faz muita coisa aqui... Aqui em cima tinha um refeitório, aí almoçava, aí quando era 5h da tarde ia embora...”(Jasmim)*

Com Lírio, a iniciação ao trabalho doméstico deu-se na infância e, passou a realizar outro tipo de trabalho no PGR. Lírio apresenta a dificuldade da inserção do mercado de trabalho porque conseguiu concluir o ensino médio, fez várias tentativas para conseguir um emprego e sempre foi negado. Esse fato afetou suas expectativas de vida e planejamento para o futuro, além de ser um provável fator dificultador do seu processo de dependência química:

*“Estudei até o segundo grau, também fiz o curso de eletrônica, conserto televisão, rádio; fiz curso de desenho, mas nunca consegui aprender não; fiz magistério, fiz estágio no ESPAN, era bom, a turma era boa... Já entreguei muito currículo, final do ano passado entreguei muito currículo, mas não chamaram não, vou fazer outro pra entregar no ‘Todo Dia’ que eles estão pegando [...] Não sei... (pensativa) às vezes dá vontade de voltar a estudar para fazer faculdade porque queria fazer veterinária, mas não entra na cabeça, principalmente matemática, eu tava assistindo aquele negócio a hora do ENEM, lá é tão fácil, mas na prática é muito difícil... Mas, eu queria trabalhar em qualquer coisa, em mercado, loja, eu já entreguei currículo, tiro xérox do meu VEM, anexo no currículo... Mas, eu acho que não consigo porque minha mãe está com um processo na justiça para me aposentar, eu acho que é por isso que não consigo, que ela disse que eu recebi seis meses e cortaram, aí teve que ir lá na juíza falar com ela...” (Lírio)*

Essa suposição que Lírio tem a respeito de não conseguir trabalho porque está tentando conseguir o benefício social é um dilema que as pessoas com transtorno mental passam, quando estão nesta condição de beneficiários e desejam fazer parte de uma

cooperativa social ou um empreendimento econômico solidário, porque a legislação brasileira não favorece e as pessoas ficam na possibilidade de perder o Benefício de Prestação Continuada (BPC). Mas, este não é o caso de Lírio, mesmo assim, já gera receio e impõe limites de escolhas.

Com Rosa foi diferente, começou a trabalhar na adolescência, considera-se artesã e sempre dedicou sua vida ao artesanato até os dias atuais, bem como se identifica no mundo das artes, demonstra muita satisfação em realizar esse trabalho, e no período do seu adoecimento com depressão, reencontrou animo e novos sentidos no PGR e no encontro com as colegas que fazem parte do projeto.

Já Girassol teve o seu adoecimento antes de iniciar os trabalhos com o artesanato e, talvez por isso, tenha uma resistência de se considerar artesã, como sofreu de depressão na adolescência sua família sempre a considerou inapta a exercer sua autonomia, por isso, sempre foi interdita. O primeiro lugar que passou a frequentar sozinha com a autorização da família foi o PGR, onde começou a fazer as atividades de artesanato com muita dedicação, a arte educadora costumava dizer que ela era seu braço direito na linha de produção dos materiais.

Cravo iniciou no mundo do trabalho na infância, teve a carteira assinada já na adolescência, e na sua trajetória de vida passou pelo o exército e quando saiu foi ser segurança de carro forte, onde no seu último emprego sofreu acidente de trabalho em dois assaltos e foi sequelado fisicamente e mentalmente, segundo ele, nunca mais teve saúde:

*“Fui para PRESERVE, trabalhei três anos e seis meses, foi quando aconteceu um acidente comigo, levei quatro tiros. O médico disse que estava tudo bem comigo e que ia ter uma vida de príncipe, e essa vida de príncipe eu espero até hoje que já estou com 59 anos esperando essa vida de príncipe aqui na terra porque os homens aqui da terra só sabem mentir e contar balela, porque o que é certo eles não dizem e a verdade principalmente... Então, eu levei esses quatro tiros, o INSS foi me liberou, voltei para empresa, não passei pela junta médica da empresa, mandaram eu ir trabalhar tomando remédio controlado, e voltei a trabalhar porque não poderia negar ao serviço do qual eu sobrevivia... Ao passar dos três meses no Bompreço da Caxangá às 12:15h de uma quinta feira novo assalto, tinha mais ladrão do que cliente, foi rendido todo mundo, me levaram, me botaram dentro carro, cabeça baixa, não sabia para onde ia, quando chego na ponte de Dois Irmão mandaram eu descer que tem um declínio, quando eu pisei cai dentro da vala, foi passando um carro e perguntou o que tinha acontecido, eu contei a história e me levaram para a empresa... Quando cheguei na empresa, tomei um banho, tomei café e disse ao chefe que vinha embora numa quinta-feira, passou quinta, passou sexta, passou sábado, passou domingo só tomando café e água sem dormir... Na segunda feira me apresentei ao CAPS, a doutora mandou me dar um pouco de café, me passou uns remédio, me mandou aplicar uma injeção,*

*que foi na segunda feira, era umas 9h e essa injeção eu vim para casa e me acordei na quarta-feira às 21:30h com fome e até melhor.. Quando foi na quinta-feira me apresentei a ela, e ela disse agora você vai tomar os remédios e vai continuar o seu tratamento, e hoje me sinto uma pessoa que não posso pegar em peso, não posso fazer esforço por causa dos estilhaço que tenho espalhado dentro do meu corpo, que os tiros que levei é daquele que quando bate dentro do corpo, ele espalha estilhaço, então do meu pescoço até a bacia são 32 estilhaço que eu não sabia, após fazer o exame de ressonância, foi que foi acusado esses 32 estilhaço espalhado no meu corpo, que tem na bacia, tem na coluna, tem no braço direito, tem no braço esquerdo, tem no punho direito, tem no punho esquerdo, uma vez ou outra aparece no couro cabeludo da cabeça, e isso aí me tira de vez do sério, e eu tenho que levar isso aí no dia a dia, até o dia em que Jesus permitir...”(Cravo)*

Assim como Cravo, Tália também iniciou na infância trabalhando na roça com a família, tornou-se professora na zona rural e atualmente, vive uma situação de vulnerabilidade social e econômica desde que precisou se separar do marido alcoolista e violento, onde teve que migrar junto com os seus filhos para a cidade de Camaragibe em busca de recomeçar e preservar as suas vidas, no entanto, as oportunidades que encontrou, inclusive encontrar o PGR e participar do projeto, ainda não foram suficientes para ter uma vida digna almejada e de direito de toda cidadã, situação que também causa sofrimento psíquico, como ela coloca:

*“Eu tenho dois filhos, três com o casado, porque um é de criação, que eu crio é do meu irmão, aí esse quando estava lá era tudo pequeno, quando vim para cá ou outro já estava grandinho, tinha 14 anos e foi trabalhar na padaria e ficou me ajudando, e aqui depois que eu vim para cá não consegui um emprego no ensino, porque magistério antigamente era muita coisa, mas agora não está valendo nada, aí eu fiz científico, fiz magistério, fiz o curso de recepcionista de hospital e consegui uns estágiozinho, mas, depois que eu vim para cá ficou muito difícil, eu pensando que aqui ficava melhor. Porque lá eu não estava ganhando mais dinheiro no projeto Paulo Freire, depois que vim para cá e fiz uma carta para Brasília foi que o dinheiro veio, foi que depositaram meu dinheiro [...]. Passei mais de três anos morando de favor, aí umas vezes umas pessoas me chamavam para ficar com paciente, eu ia no hospital e ficava e arranjava um trocado, mas emprego mesmo [...] vai fazer uns seis meses que eu fiquei ensinando numa escola, aí quando foi agora o vereador me pediu pra eu ficar ensinando pra ele em casa, ia passar minhas coisas pra dentro e ia ficar ensinando pra ele na minha casa e ele ficou pagando o aluguel da minha casa, e as mães pagando R\$30,00 a eu, mas só que depois que ele ganhou a eleição, aí ele não apareceu mais... Aí voltei a ficar com problema de novo, aí estou numa situação que estou com quatro alugueis para pagar, porque quem pagava era ele e devolveu os papéis e disse que não ia pagar mais... Aí eu agora só Jesus na minha vida, agora eu não sei nem o que vou fazer, voltei a ficar desempregada, está a casa cheia de aluno, mas dinheiro... porque as mães disseram e que não vão pagar mais, e ele disse que não vai pagar nem a casa, nem no lugar da mãe dos alunos, aí estou numa situação que não sei o que fazer [...]. Eu sempre trabalhei, quando eu cheguei aqui passei trabalhando na casa das meninas, passei um ano, dois anos, mas só que está essa crise, aí tem gente que está sem condições mesmo de pagar, mas eu pra mim emprego*

*é qualquer emprego; pra mim não importa ser o melhor não, pra mim o importante é trabalhar... A gente às vezes diz assim, eu mesmo quero fazer minha faculdade de pedagogia, mas a situação financeira não está deixando, quando eu vou me inscrever no ENEM aí também fica difícil, porque pra sair tudo tem passagem. Aí dou para o meu menino, eu prefiro que ele faça tudo, aí fica difícil, agora um já está com 14 anos, o outro que eu peguei para criar está com 10 anos, e o outro está com 20 e casou, mas a situação cada dia mais está difícil [...]. Já fui para o meio da rua vender flores que eu fazia em casa e saía vendendo, mas eu não tenho o dinheiro para comprar o material; quando eu pego um dinheirinho é para quê? Para alimento. Trabalhar de carteira assinada, não trabalhei, só contrato, porque lá no interior se minha mãe empreitava uns matos, era aquele dinheiro e ali era dela, não era para dividir com gente porque ali era para comprar coisa para a gente mesmo, e assim foi minha vida... E meus filhos, eu disse assim, para eles vai ser diferente porque eles estudam, o outro vai terminar; o segundo grau com 16 anos, mas está difícil, a situação está difícil...” (Tália)*

Essa narrativa aponta que as pessoas em processo de vulnerabilidade social para garantirem a sua subsistência, não se sentem em condição de escolherem suas atividades de trabalho, se submetem as funções com alto grau de desgaste emocional e físico e, nesses casos, experimentam o trabalho como fator desencadeante do próprio processo de adoecimento.

Dito isto, identifica-se os desafios na construção do lugar de trabalhador que é usuária(o) da saúde mental, onde torna-se necessário a discussão sobre o desafio da transformação das(os) usuárias(os) da saúde mental em trabalhadoras(es), de fato. O imaginário social ainda é permeado pela figura do “louco”, pela exclusão das pessoas com questões de saúde mental nas relações de trabalho, trazidas pela lógica manicomial. Mas, Ana Luisa Aranha evidencia uma forma de superar os desafios postos e alcançar essa transformação:

A complexa passagem do lugar de usuário-trabalhador para o lugar de trabalhador que é usuário de serviços de saúde mental no campo da Economia Solidária compreende a superação de uma série de obstáculos legislativos, trabalhistas, de direitos individuais e previdenciários (ARANHA, 2012, p.106).

A autora acredita que ainda que nem todos os empreendimentos ligados às redes de saúde mental sejam formalizados juridicamente como cooperativas, as oficinas de geração de trabalho e renda se inspiram e seguem os princípios do cooperativismo e da economia solidária. E apresentam formas de organizações solidárias que, além das cooperativas, podem ser associações, empresas de autogestão, grupos solidários; redes solidárias e clubes de trocas que podem ajudar a equacionar alguns obstáculos de ordem conceitual e operacional dos

empreendimentos (ARANHA, 2012).

Como no caso do PGR não se trata de um empreendimento solidário, não se pode perder de vista que essa perspectiva do eixo trabalho na reabilitação psicossocial na política de saúde mental no contexto brasileiro deu-se com essa possibilidade de aproximação com as experiências e princípios da economia solidária. Por isso, existem artigos e publicações relacionados ao tema da inclusão social pelo trabalho na literatura brasileira, as oficinas de geração de trabalho e renda para Adriana Patrícia Alvarez (2009) podem contribuir para o processo de emancipação da(o) usuária(o); favorecer a participação de pessoas da comunidade; incentivar a autogestão e a participação democrática; buscar o aprimoramento das habilidades profissionais e das técnicas de gestão, produção e/ou comercialização; participar da articulação de arranjos produtivos solidários – redes – e na implementação de estratégias para o desenvolvimento local; buscar parcerias, tanto de apoio técnico e tecnológico, como de participação na vida social e comunitária.

Apesar da grande potência dos projetos e oficinas de geração de trabalho e renda, na produção da autonomia, protagonismo das(os) usuárias(os) e construção de laços afetivos, faz-se necessário ficar atento aos riscos, que segundo Neli Almeida et al (2017), esses espaços podem se tornarem lugares de pouca reflexão, assistencialista, evidenciando o exercício da tutela e, das relações reduzirem-se apenas à questão do capital em detrimento do enfraquecimento das relações e interações sociais.

Desse modo, precisa-se verificar como se dão no PGR a produção da autonomia e protagonismo das(os) usuárias(os), através das escolhas do caminho de cuidado, ou seja, como está sendo efetivada a reabilitação psicossocial no PGR.

#### **4.2 A reabilitação psicossocial no PGR**

O trabalho pode ser entendido dentro das estratégias da reabilitação psicossocial como importante fator de ampliação do protagonismo e do empoderamento dos usuários e das usuárias de saúde mental. Por meio do desenvolvimento do senso funcional, da ampliação da autoestima e da autoconfiança, contribui inclusive para a redução do estigma difundido na sociedade a despeito de seus diagnósticos psiquiátricos.

No entanto, Ana Pitta et al (2015) chama atenção para a dificuldade de garantir a concretização dos direitos sociais e a inclusão social daqueles com questões de saúde mental em um país de grande iniquidade, com baixa magnitude de gastos sociais e de saúde e que

passa por um movimento de minimização da atuação do Estado em relação aos compromissos sociais em favor de um plano neoliberal. Acentuadas as desigualdades, são prejudicadas a cidadania e a qualidade de vida da população.

Uma questão central da reforma psiquiátrica, que se junta no bojo a política e a ação terapêutica, é a reabilitação psicossocial, ou seja, a reinserção social da(o) usuária(o). Artur Perruci (2017) coloca que é na reabilitação que o(a) usuário(a) em tese, livra-se da tutela democrática e se volta ao exercício de sua cidadania. Significa também o sucesso visível do tratamento. A reinserção social rompe com o círculo vicioso da cronicidade e reafirma os valores democráticos da reforma. Se o asilo era exclusão, a reforma é inclusão social. Portanto, a pretensão é mais do que terapêutica. E, está em sintonia com um valor fundamental de nossa sociedade que é autonomia, como sinônimo de independência individual. Sendo a autonomia, no mundo moderno, estreitamente vincula-se à inserção no mercado de trabalho, a reabilitação do/a usuário/a passa, fundamentalmente, por habilitá-lo/a e capacitá-lo/a ao trabalho.

Assim, o PGR tem esse objetivo de realizar a reabilitação psicossocial e de certa maneira, promover a autonomia para as pessoas com transtorno mental que participam, segue a narrativa de Girassol, a usuária que chegou no PGR sem nenhuma autonomia e descreve como foi o seu processo depois que passou a participar do PGR, bem como Flora também coloca a sua perspectiva enquanto gestora:

*“Assim sou uma pessoa que não me considero com muita autonomia, não me considero independente, e sim, algumas coisas eu pego bem rapidamente outras não... Na geração de renda sempre tive dificuldades porque quando errava alguma coisa, aquilo ali já me deixava aperreada, agoniada, eu não queria fazer mais... Ufa... é difícil... era bem difícil, aí assim eu ficava agoniadíssima... Eu sempre fui aquela pessoa perfeccionista demais, justamente por ser aquela pessoa perfeitinha demais que não me permitia errar, e assim era uma dificuldade danada. Teve uma época que a doutora Ilsa quase me colocava de volta para o CAPS, eu que cai na real e pedi para não ir... eu queria acertar a todo custo, ficava triste ficava deprimida, era uma coisa séria... e aí era isso, eu falava muito também, não prestava atenção nas coisas que estava fazendo, eu me empolgava muito nas coisas que estava fazendo, mas ao mesmo tempo saía errado, aí eu saía do eixo, ficava deprimida, ficava triste...”* (Girassol)

*“A gente tem que também ter uma visão de não fazer essas pessoas ficarem na dependência do projeto, eles terem essa autonomia de aprender, se qualificar e com isso voar com suas próprias asas.”* (Flora)

É notória a dificuldade colocada por Girassol no seu processo de construção da

autonomia, entretanto, quando se entende autonomia como a capacidade de uma pessoa poder criar as suas próprias normas, construir suas próprias ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente, percebe-se o quanto Girassol se movimentou, lançando-se a desafio até então não enfrentados em busca de permanecer no PGR, lugar onde estava realizando seu ofício e possibilitando refletir sobre a importância do erro no fazer das suas atividades. Ainda sobre o conceito de autonomia nesse contexto do trabalho para as pessoas com transtorno mental, Roberto Kinoshita afirma:

Não se trata de confundir autonomia com autossuficiência, nem com independência. Dependentes somos todos; a questão dos usuários é antes uma questão quantitativa: dependem excessivamente de apenas poucas relações/coisas. Esta situação de dependência restrita/restritiva é que diminui a sua autonomia. 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 (KINOSHITA, 2016, p.71).

Para Saraceno (2001), existem duas possibilidades para a pessoa com transtorno mental alcançar a autonomia, ou se torna “forte” e participa do mercado dos “fortes”, ou continua “fraco”, mas o mercado dos fortes é de tal forma articulado que deixa de ser mercado dos muitos ou, mais frequentemente, mistificação da cultura da reabilitação é a referência à “autonomia” dos sujeitos desabilitados como objetivo primário da reabilitação. Para o autor o mito da autonomia é o maior responsável pela hiperseleção dos pacientes nos programas de reabilitação e do complementar abandono dos pacientes não selecionados.

De fato, e uma vez mais a psiquiatria é um microcosmo onde se auto-reproduz a cultura dominante: “os mais dotados conseguem, e então se selecionam aqueles que provavelmente são os mais bem-dotados a fim de que consigam”; por outro lado, “os menos dotados não conseguem, então é anti-econômico selecioná-los”. A questão de fundo tem a ver com o modelo social que se persegue, o modelo darwiniano, onde é perseguida a capacidade do singular de participar de forma vitoriosa (autonomia) na batalha da sobrevivência; a reabilitação seria o melhoramento dos atributos danificados (desabilidade), a fim de que a pessoa consiga estar a par com os outros. Ao contrário, o modelo das redes múltiplas de negociação põe no centro das questões não a autonomia, mas participação, de modo que o objetivo não seja aquele de fazer com que os fracos deixem de serem fracos para poder estarem em jogo com os fortes e sim que sejam modificadas as regras do jogo, de maneira que desse participem fracos e fortes, em trocas permanentes de competência e de interesses (SARACENO, 2001, p.113).

Assim, Girassol continua a explicar como acontece esse jogo colocado por Benedetto Saraceno no PGR, e como se dar essa relação com os profissionais que atuaram por um período neste espaço:

*“Na época a coordenadora era Solange, [...] não tinha autonomia, era aquela coisa, ela coordenava bem, de uma certa forma, mas ela só dava valor a quem não tinha problema, só ia para FENEARTE quem produzia mais, e assim na época de Rose, Marcos e Ângela, era muito estranho... Marcos me constrangeu aqui na sala, eu não lembro o porquê, mas ele já me chamou atenção aqui na sala, chamou atenção de outras pessoas, por isso que foram parar na prefeitura, entendeu?” (Girassol)*

*“Lótus batalhando com a gente, se você estivesse aqui, você ia presenciar ela pegando um balde de água, ela foi lá em cima pegar um botijão de água mineral, não é a função dela, ela é arte educadora, não é a função dela está pegando água lá em cima, tinha que ter uma pessoa para pegar, assim a gente também precisa de um serviço gerais... Sobre outra coisa também, fala-se sobre manipulação, que Lótus manipula os alunos, NÃO! ERRADO! Como é que se pode uma pessoa que é sozinha para tudo, que faz a parte dela, faz lanche para gente, faz uma coisa, faz outra, como é que ela manipula a gente? Não, a gente faz nossas apresentações porque quer, a gente dança porque quer, a gente faz artesanato porque quer... e assim, até ela mesmo quando quer entrar em contato com as meninas da residência para uma apresentação de dança, tem que passar por Violeta, tem que falar com Régia, tem que falar com Flora e muitas das vezes não se consegue, nem ela aqui dentro tem autonomia, que era pra ela ter, que ela é quem batalha aqui dentro, pronto falei, desculpe falar, é desabafo mesmo; ela tem direito de ter autonomia aqui dentro, porque assim, ela dar o sangue dela aqui dentro, é carregando água, é fazendo lanche, vai para teatro com a gente, tem que fazer compra, não tem carro para fazer compra, não tem carro para a gente ir para apresentação, não tem carro para pegar água, não tem carro para nada, a gente precisa de fazer capinação aqui dentro, aí eu pergunto a você uma pessoa dessa que batalha tanto aqui dentro, faz tudo por gente, aonde é que uma pessoa dessa manipula? Ela faz tudo aqui pela Geração, e não é assim por causa de dinheiro não, é porque ela gosta da gente mesmo, apesar que o salário também está injusto, tanto para ela quanto para todos os profissionais da rede de saúde que é injusto, injustíssimo para todos os setores, nossa prefeitura poderia olhar mais e fazer mais a parte dela...” (Girassol)*

Verifica-se que no campo da saúde mental, mesmo com a reforma psiquiátrica existem novas reconfigurações nas relações de poder, neste relato de Girassol, entre os profissionais e as(os) usuárias(os) do PGR. Neste sentido, a reforma da assistência psiquiátrica brasileira herdou mazelas do sistema antigo, mas surgiram também novos arranjos institucionais que constituem práticas de sujeição (dominação) e de empoderamento (GOHN, 2004).

A nova assistência psiquiátrica, apesar de seus inegáveis avanços, assenta-se em práticas sociais concretas que não eliminam desigualdades e assimetrias de poder. Não existe instituição que não se constitua por práticas sociais neutras ou imunes ao jogo entre sujeição e

empoderamento. A doutrinação existe sempre como possibilidade no âmago mesmo de qualquer processo de emancipação. Por isso, as terapias, sob a égide da reforma, impõem tutela e controle diferentes daquelas que caracterizam a lógica asilar. Estamos diante, de uma tutela democrática, sendo assim, não é uma tutela sobre o paciente, e sim sobre a(o) usuária(o), via a reconstituição de sua autonomia e, que tem como meta terapêutica, além da cura e da eliminação dos sintomas do sofrimento, a reabilitação e a inserção social (PERRUCCI, 2017).

Ainda, segundo Perruci (2017) as duas situações de cronicidade [doença mental] e precarização social [vulnerabilidade social] podem transformar a proteção da tutela em profunda dependência e até em sujeição vexatória. Podem tornar a obediência racional e consentida, do controle terapêutico em subordinação ou mesmo submissão às diretrizes profissionais e institucionais da rede de assistência. Desse ponto de vista, estaríamos diante de situações que criam as condições de possibilidade (dependência, sujeição ou subalternidade, submissão, resignação e conformidade) da captura de práticas terapêuticas e institucionais pela lógica asilar que passa a ser resiliente à reforma psiquiátrica. Assim, o autor desconfia que a terapêutica da reforma pode ser considerada um “tratamento moral”, independente do uso do psicofármaco; bem diferente do “tratamento moral” de Pinel, principalmente em relação à forma do enquadramento institucional do paciente (asilo), mas semelhante no seguinte aspecto:

A crença de que a prática de determinados valores (a moralidade disciplinar ali; a autonomia aqui) recupera a sanidade ou elimina o sofrimento psíquico (valores, no fundo, relacionados ao que seja o Bem e a Boa Vida, dentro do contexto de cada época, evidentemente), mas a psiquiatria, toda a psiquiatria, mesmo a biológica, escapa do “tratamento moral”? [...] a loucura é excesso. Eis seu supremo constrangimento para qualquer forma de normalidade. A cidadania, mesmo ela, ainda que democrática, participativa e inclusiva, é normalização do excesso. Nesse sentido, uma vitória impossível (PERRUCCI, 2017, p. 48-49)

Girassol fala sobre a sua liberdade, sua autonomia, mesmo diante de toda problemática acerca desta liberdade e a experiência de prisão vivenciada ao longo da vida:

*“Eu consegui um pouco mais liberdade, um pouquinho só, eu considero uma liberdade condicional porque qualquer coisa que acontece em casa aí, já é motivo para prisão, minha irmã que responde por mim, aí qualquer coisa é motivo para prisão... eu não vim semana passada justamente por conta de umas coisa que aconteceu, mas isso não vem ao caso, minha vida pessoal, eu não vou falar, deixa pra lá, esquece... Aí assim, hoje em dia eu tenho um pouco de autonomia, de poder vim, de poder estar com as meninas, de poder fazer as coisas, eu me sinto de uma certa forma preenchida, como*

*posso dizer, me sinto satisfeita... estar no meio dos meus colegas, poder estar com a minha professora ajudando, poder ajudar minhas colegas, é satisfatório...”* (Girassol)

Dias depois de fazer a entrevista com Girassol, fui informada pela arte educadora que Girassol estava proibida de continuar freqüentando o PGR e foi acionada a rede de saúde para ajudá-la nesse período que estava privada de liberdade (a família não deixava ela sair de dentro de casa). Também, nesse tempo ocorreram várias mudanças na gestão municipal, mudando as profissionais e gestoras do PGR. E, a última notícia de Girassol foi que ela conseguiu fugir da casa da família e foi acolhida na residência de Tália, e as duas estão procurando formas para garantirem a sobrevivência, e criando suas próprias normas, suas próprias regras, para não só exercerem a cidadania, mas sobretudo, viverem sua liberdade. Agora, de fato a vulnerabilidade social é um enclausuramento que engessam as pessoas de suas liberdades e condições da dignidade humana, levando-as a caminhos sombrios e de poucas perspectivas.

Por isso, Onocko-Campos et al (2015), defende que não existe uma autonomia pronta para todos, mas que se constrói nas relações, que é preciso buscar também em graus maiores de autonomia aos profissionais do cuidado, que devem pautar suas intervenções quanto ao desenvolvimento da autonomia possível, no reconhecimento da categoria sujeito e não dissociando as ações coletivas e as individuais. A autonomia possível da(o) usuária(o), nesse sentido, é necessária a construção de novos espaços, para além dos limites dos serviços substitutivos, onde são estimuladas a sua participação. O trabalho, desse modo, é atividade fundamental diante do estímulo ao protagonismo e ao empoderamento.

A constituição do PGR composto pelas pessoas com sofrimento psíquico, que estejam dispostas a enfrentar as situações de existência-sofrimento coletivamente, e ainda, superar os estigmas postos pela sociedade gerando impasses nos desenvolvimentos comunitários/humanos, são estratégias de socialização de questões e respostas construídas pelas experiências e culturas vividas no cotidiano. Desta maneira, se verifica os limites dos processos de construção da autonomia dos participantes do PGR, no entanto, percebe-se a potencia que existe entre as(os) usuárias(os) de construir uma sociabilidade interna que serve como rede de apoio, de suporte para outras dimensões da vida das pessoas envolvidas no PGR. Tornando-se possível a realização das trocas sociais, como seguem os relatos abaixo:

*“É melhor vir para o geração do que ficar em casa, porque ficar em casa, fico doente, eu gosto de serviço assim, não sou de ficar parada num canto não...”* (Jasmim)

*“Eu gosto mais dos dois, porque lá (em casa) eu fico escutando música, as músicas que eu gosto, né... gosto mais de um rock pesado assim... Aqui (no PGR) o pessoal canta mais brega, né... mas, é divertido, conta uma piada, outro conta história... e, lá (em casa) eu passo o tempo do dia sozinha, minha mãe trabalha, meu irmão também, aí eu fico a maior parte do dia sozinha...” ( Lírio)*

*“Aí de lá no CAPS mesmo, já quando eu estava me medicando, depois que tinha a palestra com o médico psiquiatra, a gente ia para sala desenvolver um pouco e distrair a mente, fazer negócio sobre o projeto, desenho, arte, pintura, para a gente esquecer o que estava se passando e o que poderia acontecer alguma coisa mais pra frente, mandava a gente levar alguns projetos para casa pra a gente continuar fazendo esses trabalhos, e quando chegava em casa, a gente se entretia fazendo aqueles trabalhos, aquele projeto ali para quando fosse no dia, eles incentivava a gente para quem trouxesse o trabalho mais bonito ai ganhava um brinde, aí isso aí incentivava a gente, e a gente fazia de todo jeito para fazer esse trabalho bonito, que cada um que apresentasse aí tinha a votação, o que fosse mais bonito ganhava era o primeiro, o segundo e o terceiro lugar, então esse três lugares aí eles davam um brinde para a gente ficar mais otimista, mais com emoção de participar mais da geração de renda...” (Cravo)*

Constata-se uma existência de relações com base na confiança e no cuidado, entre as pessoas com sofrimento psíquico que participa do PGR, que através dessa iniciativa de geração de trabalho e renda, as pessoas se encontram e se reconhecem. Nesse espaço existe um verdadeiro laboratório de novas sociabilidades, de novos modos de produzir conexões e valores, buscando superar a autocondescendência para elevar os níveis de exigência nos seus produtos, mas também nos processos de produzir: exigência de colaboração, cooperação, coordenação das ações e dos afetos. Fundamentos para a geração de nova linguagem.

Os estudos mostram a necessidade de oferecer espaços, que possibilitem a participação das pessoas com transtorno mental criarem novas sociabilidades, que na maioria das vezes, perderam com o processo do adoecimento e, que são tão importantes para o retorno a uma vida ativa. Breno Fontes (2010, p.385), evidencia “que estes espaços estivessem inscritos na comunidade, se possível fosse construído com a participação de grupos da comunidade”. Neste sentido, mostra a sua importância e tem como fragilidade pouca abertura a participação da comunidade neste espaço, deixando sempre no circuito das(os) usuárias(os) da saúde mental, bem como dos profissionais e gestores da política de saúde mental. Não abrindo para outros grupos ou pessoas fazerem parte do PGR.

Para Saraceno (2001) a reabilitação é um processo que implica a abertura de espaços de negociação para a pessoa com transtorno mental, para sua família, para a comunidade circundante e para os serviços que se ocupam do paciente: a dinâmica da negociação é contínua e não pode ser codificada de uma vez por todas, já que os atores (e os poderes) em

jogo são muitos e reciprocamente multiplicantes.

Desta forma, a participação das trocas sociais ou da invenção dos lugares nos quais a troca seja possível é a rede social. E, no caso do PGR, existe a possibilidade de fortalecer as redes sociais, com os familiares, com a comunidade, e com as outras redes que fazem parte do movimento da economia solidária na região metropolitana de Recife.

O PGR como lugar de produzir e trocar mercadorias e valores para as pessoas com transtorno mental, tem pautado uma forma de fazer, pensar e socializar a geração do trabalho e renda, no qual será descrito e analisado a seguir.

### **4.3 Os tipos de trabalho no PGR**

O trabalho para as pessoas com transtorno mental desabilitadas, se entendido como simples desenvolver de determinadas tarefas, pode ser na realidade uma forma de normatizar e de contenção para essas pessoas. Por isso, Saraceno (2001) afirma que o trabalho deve ser entendido como “inserção laborativa”, pode ao invés disso, promover um processo de articulação do campo dos interesses, das necessidades, dos desejos. A questão é o quanto o trabalho seja um meio de sustento e o quanto seja um meio de auto-realização. E isso está relacionado com o sentido e com o valor que uma sociedade atribui ao trabalho. E de quanto o trabalho seja componente de um projeto para um indivíduo. No caso, das pessoas com experiência na loucura, desde sempre e onde quer que estivessem, foram “postos a trabalhar”, para passar o tempo, para ganhar o direito a um cigarro a mais ou a meio copo de vinho, para substituir o trabalho dos funcionários do manicômio, para dar prazer à irmã, para reencontrar uma disciplina perdida, para produzir objetos artísticos. Assim, o autor coloca que o trabalho em manicômio, traduz-se em norma moral, desfrutar, entretenimento. Até mesmo, com o consentido mecanismo de racionalização da psiquiatria, tornar-se terapia.

Para Moffatt (1981) dentro da concepção de uma Psiquiatria Popular o papel do trabalho remunerado é peça-chave para a reintegração social e para a recuperação do sentimento de dignidade e identidade pessoal. Segundo o autor, não se trata do trabalho alienado e embrutecedor ou de exploração da mão de obra dentro dos manicômios. Ele explica:

Trata-se de uma tarefa grupal que possa ser, ademais, a mais criativa possível dentro do sistema externo de produção. Com relação ao dinheiro podemos dizer que, às vezes, uns trocados no bolso permitem dar “o salto” para a sociedade externa depois da alta médica, pois esta de nada serve se não se pode sobreviver fora até se conseguir trabalho [...] De qualquer modo, ao

lado da atividade sexual (a reinserção conjugal), o trabalho remunerado (a reinserção profissional) é o mais difícil de solucionar [...] Tínhamos articulado planos para resolver mais a fundo estas duas questões, embora devêssemos aceitar que no atual sistema social ambas – poder casar-se e arrumar trabalho – não estão resolvidas, tampouco, fora do hospital, onde grassa a violência, a frustração sexual e o desemprego (MOFFATT, 1981, p.220-221).

Neste sentido, o trabalho aparece valorizado como importante indicador do funcionamento social e visto como função recíproca complexa entre o indivíduo e os lugares econômicos e sociais. Mas, ainda se sobrepõe como faculdade intrapsíquica de adaptação. É perceptível essas concepções sobre o trabalho no PGR através do relato de Girassol e de Lírio:

*“O Geração de Renda não tem que gerar só renda porque assim, é terapia? É! Porque ocupa a mente da gente, a gente vem fica mais alegre, conversa com os colegas, encontra com os colegas... E com relação a só gerar renda não pode, acho que não pode porque assim cada um tem sua limitação, vai que chega o dia em que cada um tem sua quantidade de trabalho e aquela pessoa não está muito bem, como é que fica? Tem que se respeitar o limite dele, entendeu? [...] portanto não pode ser só para gerar renda, tem que ter dança, tem que ter teatro, que é onde a gente desenvolve muito, é todo mundo muito alegre, é onde pode ser mais divulgado bastante a Geração de Renda, é uma oportunidade maior de ser divulgado o Geração de Renda, portanto não poder ser só voltado para gerar renda de jeito nenhum...”* (Girassol)

*“É porque lá (em casa) eu uso a força do corpo e aqui (no PGR) eu uso a da mente, né... É diferente!”* (Lírio)

Após os processos de desospitalização e coincidindo com a afirmação dos modelos de assistência extra-hospitalar, se vem articulando a cultura reabilitadora “através” do trabalho, com ênfase diferenciada ora sob o aspecto de terapia ocupacional, ora sobre o de formação profissional, ora sob de reinserção no trabalho. A evolução da cultura asilar em direção aos modelos psicodinâmicos faz com que o problema do trabalho tenha a tendência a ser lido e resolvido em termos individuais e psicológicos, isso pode explicar essas percepções e preocupações das usuárias do PGR, onde existe um certo temor que o PGR se transforme por exemplo num empreendimento econômico solidário, ou numa oficina de trabalho com metas estabelecidas de produção e comercialização, como acontece no NOT em Campinas/SP.

Entretanto, Saraceno (2001) faz a crítica mais uma vez ao modelo psiquiátrico que ignora a complexidade dentro da qual se realiza o “sentido” do trabalho, ou seja, a função de produção de sentido econômico, social e psicológico; ainda uma vez se instaura uma relação individual entre desabilitação e habilidade, entre pessoa com transtorno mental e “curador”. Sabe-se que as dificuldades de interação social constituem os maiores obstáculos ao sucesso

desejado pelas intervenções do *vocational rehabilitation*<sup>11</sup> e a esse se opõe com técnicas do tipo cognitivo-comportamentais (incentivos morais, técnicas de concentração). De qualquer modo, além dos obstáculos individuais psicológicos existem nos programas *vocational rehabilitation* dificuldades objetivas, como: a generalização das oportunidades (frequentemente aquilo que se faz passar por reabilitação laborativa é mero entretenimento); o estigma ligado à doença mental, o ambiente não é preparado para acolher pessoas desabilitadas e reabilitadas, falta uma sustentação a longo prazo e muito frequentemente falta uma saída real à reabilitação pelo trabalho.

Por isso, na realidade são grandes as dificuldades de passagem da situação protegida ao mercado livre do trabalho, uma solução seria a proposta por *Transitional Employment Program* (TEP), da Fountain House, onde a lógica é a de postos de trabalho confiados ao serviço de reabilitação que se empenha para que o posto de serviço funcione e o trabalho seja executado “não importa como”, por uma ou mais pessoas que trabalhem em tempo parcial. O processo de reabilitação ao trabalho realizado nessa estrutura é definido como “itinerário readaptativo”, em contraposição às questões de cronificação das pessoas com transtorno mental, definidas como “peregrinação institucional”. Não são de fato claras as relações entre entretenimento, adestramento, reinserção e sobretudo não é claro “o sentido” que é atribuído ao trabalho no processo de reabilitação. Além da definição, o que resulta claro é que esse modelo parece ser fortemente funcional ao modelo biopsicomédico que o sustentam, pelo qual se identifica o trabalho como um “instrumento” de reabilitação, subordinado à “cura” e, sucessivamente, como indicador de êxito da cura em si mesma, um indicador, portanto, de retorno à normalidade (SARACENO, 2001, p.128-130).

Nessa perspectiva do trabalho terapêutico encontra-se ancoradas algumas atividades no PGR, seja na percepção das usuárias como das profissionais e, apesar das afirmações a princípio sobre a importância do trabalho na vida das pessoas com transtorno mental e sobre a necessidade de intervenção reabilitativa nessa direção, o lugar real do trabalho, na organização de assistência à doença mental, é bastante precário. No PGR foi analisado características em relação às profissionais e as(os) usuárias(os), as atitudes e as expectativas da família e comunidade, quatro obstáculos à integração das estratégias de reabilitação

---

<sup>11</sup> Modelo anglo-saxão da *vocational rehabilitation*, ou seja, “reabilitação” e “terapia”, disputam o campo numa confusão ambígua entre fusão/ficção da atividade de trabalho, se caracteriza por uma acentuada ênfase nas técnicas de reabilitação ao trabalho centradas no indivíduo, se origina da intervenção sobre a desabilitação física. Sua finalidade é a reinserção no mundo do trabalho, segundo uma lógica fortemente pragmática, conforme princípios da graduação, da continuidade (duração) e equilibrando corretamente as expectativas, “que não devem ser nem altas demais, nem demais baixas” (SARACENO, 2001).

laborativa no que poderia ser chamado sistema da saúde mental: rigidez dos procedimentos, no ato das atividades; isolamento da comunidade e das famílias; desperdício de energia na tentativa de corrigir os defeitos supracitados; sistema de relatos auto-referentes dos profissionais que atuam no projeto.

Para Cohen (1990) a visão prevalente do papel do trabalho sobre a saúde mental e sobre a doença mental é supersimplificado e idealizado; supersimplificado, porque essa visão não considera o amplo contexto pessoal, social e econômico do trabalho; idealizado, porque ignora os limites e contradições geradas por esse contexto. Este autor identifica variáveis determinantes das quais há necessidade de considerar para projetar, do modo que é preciso, um programa de reabilitação centrado no trabalho, como: a exploração, o mercado de trabalho, a inflexibilidade da organização de trabalho, enquanto resguarda o contexto econômico; o estigma, a intolerância, o grau de socialização, as relações interpessoais e as expectativas, no que diz respeito ao contexto social; o grau de auto-estima e o trabalho como realização pessoal, no que se refere ao contexto pessoal.

Saraceno (2001) aponta que, para superar esses obstáculos, não é suficiente encontrar novos e mais refinadas “técnicas” de adestramento ao trabalho, mas enfrentar o problema da relação entre trabalho e doença mental, a partir de um ponto de vista totalmente alternativo que permita uma reviravolta da lógica, uma radical recomposição do campo.

No que se refere a uma recomposição do campo do trabalho para as pessoas com sofrimento psíquico, talvez uma provável pista pode ser pensar através de uma perspectiva da sociologia econômica associada a uma reflexão filosófica, que é diferente da sociologia francófona que se preocupa com a análise das relações complexas entre economia e sociedade e, da nova sociologia econômica norte-americana que está completamente centrada na construção social dos mercados. No entanto, a questão crucial dos vínculos entre pluralidade econômica e política é negligenciada.

A sociologia econômica, associada a uma reflexão filosófica, busca investigar as relações entre economia e sociedade sob o ângulo da preservação e do aprofundamento da democracia, a partir do suporte essencial da obra de Karl Polanyi, que trata dos laços entre pluralidade econômica e política. Para além da pluralidade das formas de racionalidade e dos modos de coordenação, Polanyi (2011, p.37-54) identifica o sofisma economicista, isto é, a redução da economia ao mercado, como um problema maior de nossa época, sugerindo indiretamente que a reabilitação de uma pluralidade de princípios de integração econômica poderia lhe fornecer uma solução. Ele concede um grande espaço à demonstração da

existência dessa pluralidade de princípios “de integração econômica”, além do mercado a reciprocidade, a redistribuição e a administração doméstica constituem, segundo o autor, “princípios de comportamento” pelos quais “a ordem é garantida na produção e na distribuição”. Desse modo, Polanyi alerta para uma sociologia econômica, de alcance limitado, inteiramente construída a partir do conceito de troca e que só é universal numa sociedade de mercado. Ele defende uma ampliação do ponto de vista da análise a fim de cobrir “estas zonas em que se encontram as fronteiras da economia de mercado e da economia sem mercado”.

No plano epistemológico, o argumento de Polanyi condiz com o de Boaventura de Souza Santos (2011, p.34-38) em favor de uma “sociologia das ausências e das emergências”. Com efeito, segundo a sociologia das ausências, importa mostrar “que o que não existe é, na verdade, produzido como não existente” e, segundo a sociologia das emergências, “substituir o tempo linear por possibilidades plurais e concretas, que são simultaneamente utópicas e realistas”. O desafio é combinar abordagens críticas e possibilistas para não se limitar a descrições microssociais fragmentadas, nem a interpretações macrossociais deterministas.

A separação fictícia entre a economia e a política se revela então como uma manobra que permite colocar a sociedade de mercado ao abrigo das reivindicações democráticas, alegando a superioridade do princípio de propriedade, a universalidade do motivo da “cupidez” e a inelutabilidade das “leis” do mercado. Essas ofensivas dos defensores do mercado requeriam, de acordo com a tese defendida em *A Grande Transformação*, contramovimentos de proteção da sociedade. As sociedades de mercado, do século XIX até a Segunda Guerra Mundial, caracterizam-se assim, segundo Polanyi, pelo equilíbrio precário de um “duplo movimento” de liberalização, conduzido pelas classes comerciantes, e de proteção social, sustentado, principalmente e por motivos diferentes, pelos proprietários de terras e pelas classes operárias (HILLENKAMP; LAVILLE, 2016, p.16-17).

Polanyi não se contenta com análise em macroescala dos determinantes dos processos de mercantilização e de proteção. Ele pretende aprofundar a análise e as propostas, determinando, por meio de observações em microescala, as práticas econômicas plurais que podem contribuir para sociedades mais democráticas. Esse eixo se subdivide em dois outros: a análise de experiências “alternativas” ao capitalismo e a sociedade de mercado; e a elaboração de conceitos para abordar a economia plural da qual fazem parte essas experiências. O primeiro deles levanta a questão de um posicionamento epistemológico tornando visível a pluralidade econômica contida nessas experiências. Segundo José Coraggio (2016), é

importante se afastar do pensamento dominante que nega a existência de formas de trabalho e de criação de riqueza não capitalistas, para revelar sua inserção em sistemas capitalistas de exploração e, ao mesmo tempo, seu potencial de emancipação.

O conceito de espaço público, extraído de Habermas (1992), permite principalmente estender a análise política da democracia à da democratização da economia, por meio da deliberação em espaços locais de entidades com vocação produtiva, comercial ou financeira. Com efeito, para Isabelle Hillenkamp e Jean Laville a reflexão sobre o pluralismo econômico se dar da seguinte maneira:

O pluralismo econômico se associa então com aquela sobre o pluralismo político que se expressa no espaço público. Essa convergência abre caminho para uma renovação da socialdemocracia, ao oferecer possibilidades de superar os limites do modelo keynesiano, fundado apenas no par Estado-mercado, e conjugar o perigo de fragmentação das sociedades nacionais por um reconhecimento do pluralismo econômico como expressão do pluralismo político e social [...] esses dois eixos de renovação do pensamento polanyiano recoloca a sociologia econômica no horizonte democrático. Afirmando a dupla necessidade epistemológica de basear a reflexão nas experiências existentes e de assumir como horizonte a justiça e o bem comum (HILLENKAMP; LAVILLE, 2016, p.26-27).

Assim como Karl Marx, Polanyi insistia na luta social. Entretanto, mais do que o conflito entre trabalho e capital, ele enfatizava a oposição entre as forças favoráveis à mercantilização e os movimentos, em diferentes classes sociais, a favor da proteção social. Também como Marx, Polanyi buscava influir no curso da história, mas sua posição em relação aos mercados era mais complexa. Redigida com o objetivo de moldar a ordem do pós-guerra, sua obra apresenta argumentos para a instauração de um novo regime democrático de regulação que tornaria os mercados inofensivos, sem suprimi-los totalmente (FRASER, 2016, p.41).

Os conceitos centrais de Polanyi têm como, via de regra, a distinção entre mercados encastrados e desencastrados, se aplica inclusive a sociedade, à crise e ao duplo movimento. Os mercados encastrados são associados à proteção social, considerada como um refúgio contra a força dos elementos. Os desencastrados associam-se à exposição. Por conseguinte, a noção de mercado encastrado oferece a perspectiva de uma alternativa progressiva tanto ao desencastramento injustificado, preconizado pelos neoliberais, quanto à supressão sistemática dos mercados, defendida tradicionalmente pelos socialistas. Em relação ao duplo movimento, diz respeito à emancipação e a proteção social, que Nancy Fraser explica:

Para compreender o porquê disso, consideremos que a emancipação difere muito da principal categoria positiva de Polanyi, ou seja, a proteção social. Enquanto esta se opõe à exposição, a emancipação se opõe a dominação. Enquanto a proteção visa a resguardar a sociedade dos efeitos desintegradores dos mercados não regulados, a emancipação visa a expor a dominação, quer venha da sociedade ou da economia. Se a idéia chave da proteção é submeter as trocas mercantis e as normas não mercantis a um exame crítico. Por fim, os valores supremos da proteção são a segurança, a estabilidade e a solidariedade social, ao passo que a prioridade da emancipação é o combate à dominação (FRASER, 2016, p.48).

Porém, a inclusão da vida pública civil complexifica igualmente a posição do Estado. A regulação do Estado pode agora se definir em função da relação mantida com a sociedade civil. Em um caso, as proteções sociais são administradas do ápice para a base conforme um modelo estatista, consideradas como o domínio dos especialistas e apartadas dos processos comunicativos da sociedade civil. Do outro, são administradas de maneira participativo-democrática, permeável à sociedade civil e em diálogo permanente com ela. Mais uma vez, essa esfera oferece a possibilidade de interrogar o modo como a proteção social é enquadrada. Em um caso, as proteções sociais são “mal-enquadradas”, concebidas para excluir uma parte da população que os mercados expõem ao risco e/ou sobre o trabalho da qual repousa a sociedade. No outro, a proteção é “bem-enquadrada”, incluindo em sua área todos aqueles que contribuem com seu trabalho ou são exposto ao risco (FRASER, 2016, p.52).

Deste modo, por vezes, entende-se a emancipação como a transformação da hierarquia, a substituição de um conteúdo ético que justifique a hierarquia por outro que favoreça a igualdade de status e a paridade de participação. Em outras situações, Nancy Fraser (2016) coloca que esse termo designa a transformação do espaço político-econômico de modo a suprimir a divisão entre centro e periferia, garantindo a todos o acesso aos recursos necessários a uma participação perfeitamente igualitária. Em outras, ainda, ela pode significar a transformação da concepção do espaço público, desinstitucionalizando as normas que privilegiam as majorias para permitir a participação das minorias. Por fim, em alguns casos, o termo evoca a transformação do modo de exercício do poder público com vistas a estimular uma participação equânime e obstar a dominação. Na prática, a emancipação frequentemente designa vários dos elementos acima enumerados, ou até mesmo todos. Mas o objetivo sempre é fazer passar a ideia que é o princípio da paridade participativa.

Esta autora fala da emancipação das proteções hierárquica, onde mostra que, por exemplo, as reivindicações do movimento feminista que dissipa o duplo movimento de Polanyi, revelando outra modalidade, segundo a qual as proteções sociais podem ser

opressivas. Condenando as proteções sociais fundadas no “salário familiar”, elas/eles miravam nas estruturas sociais tradicionais que *encastravam* os mercados; em outros momentos, visavam as forças que os *desencastravam*, em outros ainda, combatiam principalmente aquelas que os *reencastravam*. Desta maneira, a autora explica como se dá o triplo movimento que define a crise do capitalismo:

O conflito trilateral entre a mercantilização, a proteção social e a emancipação. Hoje em dia, cada uma dessas orientações tem fervorosos defensores. Os neoliberais são os paladinos da mercantilização. A proteção social goza de apoios variados, mais ou menos recomendáveis – que vão dos socialdemocratas a sindicalistas nacionalistas aos movimentos populistas opostos à imigração, dos movimentos religiosos neotradicionais aos militantes antiglobalização, dos ecologistas aos povos autóctones. A emancipação é o cavalo de batalha de diversos sucessores, dos novos movimentos sociais, dentre os quais, o multiculturalismo, o feminismo internacional, os defensores da comunidade gay, os democratas cosmopolitas, os militantes dos direitos humanos e os defensores de uma justiça mundial. São as relações complexas entre os três tipos de projetos que imprimem a marca do triplo movimento na crise atual da sociedade capitalista (FRASER, 2016, p.60)

No entanto, verifica-se que a emancipação, que leva uma liberação, mas também provoca rupturas no tecido das solidariedades existentes, tampouco é desprovida de ambivalência: mesmo quando vence a dominação, a emancipação pode contribuir para dissolver a base ética solidária da proteção social, encorajando assim a mercantilização. Com efeito, Nancy Fraser coloca que no século XXI, essa guerra é mais intensa do que nunca. Mas o triplo movimento a esclarece melhor, na medida em que ela é permeada por duas outras lutas maiores de importância histórica. Uma é a batalha pela alma da proteção social. Os dispositivos que reencastam os mercados na época pós-neoliberal serão hierárquicos ou igualitários, mal ou bem-enquadrados, hostis ou tolerantes às diferenças, burocráticos ou participativos? A outra batalha histórica transversal é pela alma da emancipação. As lutas emancipatórias do século XXI servirão para fazer progredir o desencastamento e a desregulação dos mercados? Ou para democratizar as proteções sociais e torná-las mais justas? Assim sendo, a autora sugere para quem valoriza a emancipação:

Precisamos romper as ligações perigosas que travamos com a mercantilização e forjar uma nova aliança, fundada em princípios, com a proteção social. Realinhando assim os pólos do triplo movimento, poderíamos incluir nosso interesse de longa data na não-dominação nas preocupações legítimas de solidariedade e de seguridade social, sem negligenciar a importância da liberdade negativa. Adotando uma compreensão mais ampla da justiça social, esse projeto serviria tanto para

homenagear o pensamento de Polanyi quanto para preencher as lacunas (FRASER, 2016, p.63).

Dito isto, faz-se necessário pensar a importância da contribuição da sociologia econômica e política de Polanyi e, toda essa discussão de Nancy Fraser sobre a democratização da proteção social, para o contexto da reabilitação psicossocial pela via do trabalho, em especial, quando se trata do mercado de trabalho para as pessoas com transtorno mental versus o trabalho protegido. A experiência do PGR, por exemplo, identifica-se a dificuldade das pessoas com sofrimento psíquico acessarem o mercado de trabalho, àquelas que são qualificadas e desejam, apesar de fazerem as tentativas não encontram oportunidades, mesmo sabendo que em muitos casos existem as vagas.

Com certeza, a tradicional inserção no mundo do trabalho se demonstra falida. Há necessidade de criar alternativas, criar forma autônoma de postos de trabalho; repensar a organização produtiva e os percursos de adaptação. Promover situações de formação e de trabalho referidos a sujeitos em desvantagem, em grau de confronto positivo com o mercado (MARTURINI, 1990).

Neste sentido, o PGR passa a ser um espaço público que oferece às pessoas com transtorno mental a situação de proteção do mercado, onde torna o trabalho protegido mais “verdadeiro” ou dotado de mais sentido para quem o executa, com conseqüências positivas, principalmente para os níveis de autoestima, ainda que sejam muito conhecidos os riscos de assistencialismo derivados da inércia dos cenários de mercados protegidos. Assim, seguem as falas das entrevistadas referentes ao tipo de trabalho que executam no PGR:

*“Não em firma trabalhei assim em tecido, fábrica de tecido em Camaragibe, trabalhei seis anos, e era cortando os fios, os fiozinhos do tecido, era catando, era inspetora... e trabalhei também na fábrica Dalton em Camaragibe, também assim, inspetora, aí depois confecção, mas sempre trabalhando também com artesanato, fazendo a feirinha, e até hoje trabalho fazendo feira, e trabalho na Rua Eliza, né? Fazem uns vinte anos que eu trabalho na Rua Eliza, vendendo toda semana que são três turnos, meus dias são segunda e terça, mas a prefeitura agora pediu para revezar, então uma semana é segunda e terça, outra é quarta e quinta, outra sexta e sábado; agente ficava a semana todinha nos dias só, não sei com a outra gestão se vai ficar assim ou não, levo as coisas que produzimos no geração para vender...” (Rosa)*

*“Eu sei fazer florzinha de fuxico, consigo fazer se eu for fazer hoje MDF lixado para fazer caixa, essas coisa... e também bijuteria, aquela bijuteria meio chinfrim, mas faço pulseira, colar, anel... essas coisas consigo fazer, se for fazer essas cortinas consigo fazer, dependendo do tamanho, consigo cortar tecido para fazer flor essas coisas, corto o tecido até sem fazer marcação, vou pelo molde, vou cortando e pronto... e é por aí, sabonete eu sei que derrete a glicerina lá, passa um produto lá na bandeja*

*para ela não ficar grudada né, e tem também a glicerina, acho que é a glicerina mesmo que passa na bandeja, sei que é a essência do produto e o cheirinho para dar o perfume do sabonete, e é por aí que eu sei, sabonete é isso, agora se eu for fazer, não sei se estou muito bem lembrada ou não, eu sei que do que tenho de lembrança é só isso... E vela, é só derreter ela, acho que vem o corante a essência, acho que vem essas coisas, não estou muito bem lembrada, apesar que sabonete parece que tem o corante também, não estou muito bem lembrada, tem umas coisa bem embaralhada ainda, porque faz tanto tempo... Agora na medida do possível algumas coisas, mas eu não me considero uma profissional, não me considero artesã não, sinceramente... as, artesã acho uma palavra bem bacana para os alunos da Geração, que destaca mais, e assim a Geração tem que estar viva” (Girassol)*

*“Eu acho que artesanato pra mim ele representa tudo, porque quando eu comecei a fazer artesanato foi quando eu tive minha filha, e não tive a sorte de arrumar uma pessoa que cuidasse dela, eu botei várias pessoas e não deu certo, e de repente lembro disso como se fosse hoje, estava assistindo televisão, e minha filha hoje vai fazer 22 anos, e ela falou para mim... Eu pedi pra sair e estava sem trabalho nenhum, aí foi quando vi passando na televisão, ensinando fazer uma boneca, e quando pedi as contas para sair eu só tive direito a uns quatro cruzeiro, juntei mais um pouquinho e fiz uma boneca, só dava para uma passagem e essa quantidade de lã que só dava para uma boneca, quando cheguei em casa, eu quebrei a cabeça, fui fiz de novo, fui e fiz de novo, há 22 anos atrás, aí quando consegui montar, eu ouvi que alguém queria um presente diferente, aí disse olha estou fazendo, foi quando do dinheiro dessa boneca eu consegui fazer duas vezes, aí voltei a fazer e passei bons anos até a data de hoje fazendo artesanato... mas assim, logo a princípio era pela necessidade, depois foi gerando, foi despertando prazer junto com a necessidade do dinheiro...” (Lótus)*

O tipo de trabalho carro chefe do PGR é o artesanato, feito por mulheres na sua maioria, uma vez que número de usuárias é maior do que dos usuários, onde algumas delas trazem na sua bagagem de experiências o artesanato, além de saber que o PGR é fruto de uma experiência iniciada no CAPS, numa oficina de geração de renda, onde se produziam artes. São fatores que influenciam a preponderância desta atividade no PGR, e que vem resistindo ao longo do tempo. Os usuários se envolvem tanto quanto as mulheres, mas na maioria das vezes, precisam aprender o ofício do trabalho, e ficam encarregados na compra de matérias ou na venda dos produtos, a linha de produção é conduzida pelas usuárias de um modo geral. Neste caso, o sentido do trabalho para as(os) usuárias(os) passa pela produção de valores que criam a partir do encontro para a produção dos produtos, ou a organização das vendas, ou seja, uma produção de valores subjetivos e de trocas sociais que perpassa pelo prestígio de fazer o produto e ter perceber sua potência do grupo em ter como resultado as peças prontas para a venda.

O PGR privilegia a dimensão da unidade produtiva, o que favorece o envolvimento de dinâmicas de individuação e, ao mesmo tempo, de socialização. As atividades de artesanato

costuma ser diversificadas para permitir às (aos) usuárias(os) a oportunidade de trabalho diferenciados.

Outro tipo de trabalho, que foi apresentado pelas usuárias foi o trabalho doméstico, que inicialmente houve resistência de fazer o reconhecimento das atividades domésticas que vivenciaram ao longo da vida e permanecem realizando no espaço privado de suas casas, mas não denominavam como trabalho. Foi feita uma discussão dentro do PGR sobre a importância e o valor do trabalho doméstico para a produção e reprodução da vida, até que identificaram e reconheceram que trabalhavam muito no espaço privado das suas casas, seguem alguns relatos:

*“Só ficava em casa ajudando minha mãe... Aí noutro dia, era carnaval, aí ela disse: Jasmim vai comprar um negócio para mim? Parece que foi, eu ia, não sei para onde, parece que ia para Torre para casa da minha família, aí nesse tempo era dia de carnaval, ia passando o pessoal tomando banho, passou uns homens na minha frente, um homem tão feio, tão feio... Correu atrás de mim, eu disse, “olha, não caía não...” ainda fiquei com medo, aí fiquei assim, me deu esse negócio todinho... Aí pronto me internaram, né... Me abrigaram no IUME, primeiro internamento, lugar ruim, viu! Lugar que dava cheia no hospital e tudo...” (Jasmim)*

*“Continuo, eu só faço se não tiver serviço de casa, porque não pode deixar suja a casa, né? Deixar roupa para lavar, prato para lavar, a casa tem que ficar limpa, né? De vez em quando eu não gosto não, porque me bate uma preguiça, ou então quando estou com cólica, quando estou com cólica, ela (mãe) diz mesmo, se tiver doendo não faça nada, deixe que eu faço, às vezes me dá pena porque ela velhinha fraquinha, aí eu vou tento fazer, busco força de onde não tenho, porque minha cólica pelo menos é terrível, doe muito...” (Lírio)*

*“Nunca trabalhei, nunca fiz uma atividade fora, minha vida só era em casa, lavar roupa, prato, varrer casa, limpar as coisas, lavar banheiro, cuidar de uma irmã doente que eu tinha, nunca fiz nada fora de casa, nunca estudei [...]. Eu dava banho nela, comida, lavava a roupa de casa, lavava prato, e quando minha mãe saía passava pano na casa, limpava as coisas, aí minha rotina era sempre em casa mesmo, saía só quando minha mãe saía comigo...” (Girassol)*

Verifica-se que o trabalho doméstico é exercido de maneira central na vida das usuárias, diferente para os usuários que na condição de homem não vivenciam a obrigatoriedade na socialização primária do cuidado pela casa, mas para as mulheres é colocado enquanto papel social na distribuição das tarefas de gênero. Sabe-se que o trabalho doméstico no cotidiano é invisibilizado, onde na maioria das vezes, se quer considerado como trabalho, mas naturalizado como atribuição das mulheres que fazem parte do grupo fechado, a família. Deste modo, falta o reconhecimento da produção e reprodução da vida que implica o exercício do trabalho doméstico no cotidiano das famílias.

Com efeito, Polanyi define o princípio de *householding* pela produção para uso próprio, por oposição à produção para o lucro, retomando a distinção feita por Aristóteles, em que a economia grega era marcada pelo crescimento da “arte de ganhar dinheiro” ou “crematística”, do grego *kremata*, riquezas móveis (POLANYI, 1980, p.59-69). A elaboração do conceito de *householding* se baseia principalmente em uma discussão que hoje seria qualificada como economia política, Polanyi, seguindo Aristóteles, desenvolve a diferença entre a produção para uso próprio e a crematística que, separada das relações sociais, torna-se “sem fronteiras e sem limites”. A construção do princípio de *householding* a partir de uma discussão mais abstrata e mais geral de economia política não contém nenhuma especificação de estrutura institucional. Polanyi afirma que o *householding* se baseia no modelo do “grupo fechado” e dá como exemplo vários tipos de “unidades autárquicas”, como a família, os povoados ou a casa senhorial. Mas, por outro lado, ele chama a atenção para o fato de que “a natureza do núcleo institucional é indiferente”, como exemplo, o sexo, o local e poder político, e de que “a organização interna do grupo não importa”, podendo ser tanto democrática quanto despótica.

Para Isabelle Hillenkamp, nos seus estudos compreende que embora a lógica de compartilhamento caracterize, então, o princípio polanyiano de *householding*, a autarquia, em contrapartida, não parece indispensável à instituição do grupo no qual ele opera. Um grupo pode se basear em regras de produção e compartilhamento das riquezas para uso de seus membros, enquanto participa, por outro lado, de trocas, incluindo as mercantis, a lógica de compartilhamento pode dominar de tal maneira que os recursos procedentes das trocas com o exterior são submetidos ao princípio de satisfação das necessidades dos membros do grupo. A autora explica a relação do compartilhamento doméstico versus a solidariedade democrática, abaixo:

Essa caracterização do princípio de conhecimento doméstico não superestima, por outro lado, o tipo de interdependência entre os membros do grupo. O compartilhamento não supõe a equidade, assim como o doméstico não designa um mundo de amor ou de harmonia no qual não existiriam relações de dominação e práticas de exclusão. A etimologia do termo, aliás, dá conta dessas ambigüidades. Etimologicamente, *domus* designa o que diz respeito à casa, ao mesmo tempo que domesticar significa “domar” e “levar a uma submissão total, colocar em dependência”. Embora preencham uma função de proteção, as interdependências próprias ao princípio de compartilhamento doméstico não podem ser assimiladas a solidariedades democráticas. De modo geral, Nancy Fraser diferencia a proteção da emancipação. Ela mostra que o conceito de movimento duplo proposto por Polanyi em *A Grande Transformação* para dar conta da dinâmica conjunta do desencastamento do mercado e da proteção da sociedade deve ser ampliado para um triplo movimento que considere as relações complexas

entre mercantilização, proteção e emancipação. Nem todas as formas de injustiça decorrem do mercado, assim como certas formas de proteção podem ser opressivas ou excludentes. No caso do grupo doméstico, a proteção é indissociável da hierarquização das necessidades dos membros reconhecidas pelo grupo, em função principalmente da idade e do sexo. Polanyi admitiu parcialmente essa tenção quando destacou, a partir do exemplo da família romana, a possibilidade de formas despóticas de *householding*. Entretanto, ele pouco aprofundou essa questão, possibilitando até mesmo uma visão naturalizante dos papéis femininos e masculinos (HILLENKAMP, 2016, p.186-187).

No entanto, os indicadores internacionais, levam a considerar seriamente a possibilidade de distribuições desiguais dos recursos dentro das famílias e de proteções que ratificam as hierarquias em função do sexo e da idade. Segundo indicadores do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), as rendas estimadas do trabalho dos homens e das mulheres variam em uma proporção de um para dois na quase totalidade dos países com baixo desenvolvimento humano. Sem ser a única causa disso a economia popular aparece como o local potencial de um compartilhamento doméstico particularmente desigual (HILLENKAMP, 2016, p.187).

Dito isto, é possível analisar que as usuárias do PGR iniciam o *householding* ainda na infância e o compartilhamento doméstico ocorre de forma variada, a depender do contexto familiar de cada usuária, no entanto, o que se percebe é que ao longo do tempo, em especial após o adoecimento mental, este compartilhamento doméstico existe numa relação de dominação e práticas de exclusão, uma vez que associado a inabilidade de realizar outras atividades externas e o reconhecimento de satisfazer as necessidades dos membros da família. Entretanto, não existe o reconhecimento do compartilhamento doméstico enquanto categoria trabalho, no sentido de elevar o grau de auto-estima como realização pessoal, mas é tido como dever a ser exercido por pertencer ao grupo familiar e existir as necessidades, em especial de alguns membros deste grupo.

#### **4.4 O trabalho coletivo na reabilitação psicossocial**

O PGR, enquanto projeto de uma política pública que oferece uma forma alternativa de produzir trabalho e renda para as pessoas com sofrimento psíquico, as(os) usuárias(os) do SUS, que estão inseridos da atenção básica de Camaragibe, atua com objetivo a inclusão social dessas pessoas em situação de desvantagem social, seja pela condição do adoecimento mental ou da vulnerabilidade social. Identifica-se a realização do trabalho protegido, no

âmbito da proteção social, como forma de atender as necessidades e estabelecer num espaço público de produção de sentidos e valores subjetivos e de troca.

Neste sentido, já foi verificado que as usuárias têm a percepção do trabalho protegido que o PGR realiza e afirmam a importância desse tipo de trabalho para as pessoas com transtorno mental, devido às problemáticas que envolvem a inserção no mercado de trabalho, no entanto, Girassol, usuária entrevistada que explicou anteriormente a importância do trabalho terapêutico no PGR, também afirma o contrário disso na mesma entrevista:

*“Aqui na Geração **não é só terapia**, que para a gente realmente produzir, vender, tem que ser para a produção e vendas e não pode ser só terapia realmente, tem que ter dança, teatro, tem que ter muita coisa... e, assim tem que ter respeito aos limites também, aos nossos limites, aos nossos problemas, porque a gente vem para se distrair, a gente brinca, a gente rir com os colegas, isso aqui é muito bom para nós, é muito bom mesmo, é isso que eu quero viver...”* (Girassol)

A ambigüidade presente nas diversas discussões delineadas até aqui, sobre a concepção atribuída ao trabalho protegido no campo da saúde mental, revela que a confusão não é centrada apenas no *modus operandi* dos serviços, mas se estende se reatualiza nas relações com as(os) próprias(os) usuárias(os), já que ora é entendido como instrumento terapêutico e ora como uma possibilidade de conquistar a autonomia e inserção no mundo do trabalho. Por essa via, é fundamental também reiterar que a noção de terapêutico que pretendo-se enfatizar diz respeito ao embaraço com o eixo do tratamento, o qual termina por reduzir o sujeito a condição de paciente aniquilando as chances de transformar as relações entre pessoas e contexto, ou seja, alterar o lugar social até então ocupado.

Para Thaiz Souza (2017), embora a inserção no mercado de trabalho não seja a única alternativa proposta pela perspectiva da reabilitação psicossocial, tais dados evidenciam o perigo de cronificação por meio de uma dependência institucional concreta e subjetiva, embora as pessoas com transtorno mental também afirmem suas potências, habilidades e competências, construídas a partir da inscrição na vida produtiva por meio do trabalho protegido. De que modo, dentro dos pressupostos da reabilitação psicossocial, fosse possível fomentar mais ações de suporte para as transições do trabalho protegido ao autônomo e para a ruptura de estigmas enraizados no tecido comunitário que obstaculizam a circulação dos sujeitos pelas diversas possibilidades de trabalho?

Um caminho possível para essa questão pode ser visto a partir da composição dos serviços pela construção de lugares transicionais, podendo, com efeito, ser uma alternativa diante do abismo que se instala entre o estar “fora” e o estar “dentro” do circuito da saúde

mental. Ainda, sobre esses lugares transicionais, as pessoas com sofrimento psíquico apontam como possibilidade a participação mais ativa na comercialização e venda de suas produções, apesar de compreenderem também a necessidade de formação contínua para qualificar a sua prática e, dessa forma, vislumbrar efetivamente porosidades no mercado de trocas sociais e simbólicas a partir do trabalho.

Assim, percebe-se que na política de saúde mental se torna fundamental a existência de programas e projetos de geração de trabalho e renda, para possibilitar o trabalho protegido e “conceder crédito” às pessoas com transtorno mental a fim de que sua autonomia e sua capacidade possam encontrar uma ocasião de expressão e de crescimento, na convicção que o verdadeiro problema é a falta do reconhecimento social para realizar as trocas sociais e viverem a sua sociabilidade, bem como construir suas próprias normas para a condução das suas vidas.

Por isso, que para além das pessoas com transtorno mental, também existem as pessoas que vivenciam situação de vulnerabilidade social de alta complexidade, como Tália, que precisam de espaços como o PGR para que através do trabalho protegido possam construir projetos de vida com o devido apoio da proteção social e evitar, inclusive, o adoecimento psíquico. Em especial, quando essas pessoas têm o trabalho como parte central das suas vidas, como é o caso de Tália:

*“Porque eu sempre trabalhei, não importa em quê, sempre, eu ia para feira lá no interior, fazia flor de papel crepom e pegava aqueles galhos de mato, aqueles galhos que parece uma árvore de natal enrolava ele todinho de algodão, tirava do pé algodão e saía enrolando nele todinho e vendia, botava as flores de papel crepom e vendia, quer dizer de um jeito ou de outro, Deus vai dando inteligência a gente, vai trabalhando, não importa em quê, o importante é trabalhar, e ser honesto e digno, que as outras coisas Deus faz na nossa vida” (Tália).*

Além da centralidade do lugar do trabalho em sua vida, Tália expressa sua crença e espiritualidade durante todo o tempo de seu discurso, presença de uma esperança mesmo diante de todas as dificuldades postas, como também, nas suas atitudes, porque ao sofrer as conseqüências da vulnerabilidade social e econômica não se limita a receber Girassol em sua casa, que a princípio também está vivenciando situação de vulnerabilidade social, uma vez que fugiu de casa e a família não aprova essa atitude, por isso não apóia. Esse fato, comprova a sociabilidade e os vínculos de confiança e cuidado entre as usuárias do PGR, que através da proteção social torna-se possível pensar e fazer outros caminhos possíveis.

Deste modo, torna-se relevante o que Paul Singer e Valmor Schiochet apontam, a

importância do trabalho coletivo para as pessoas com transtorno mental, a princípio pela via das cooperativas sociais, como colocam abaixo:

Os pretensos deficientes se organizam em cooperativas ditas sociais, através das quais eles não só constroem sua subsistência por meio do trabalho coletivo e da autogestão de suas empresas cooperativas. É o trabalho socialmente organizado de forma democrática que hoje milhões de pessoas aparentemente condenadas não só se reabilitam, como mostram capacidade e aptidão de não só viver em convívio, mas também criam condições sociais, políticas e econômicas para que a exclusão por meio do desemprego sem fim tenha o seu fim (SINGER & SCHIOCHET, 2014, p.26).

Quando os autores constroem esse termo, “trabalho coletivo”, estavam inspirados nas cooperativas sociais italianas, experiência bem diferente do caso brasileiro, já citado neste trabalho. Porém, quando se analisa as práticas que fazem parte de um contexto micro, como do PGR, identifica-se elementos, como por exemplo, as trocas sociais, produção coletiva realizada nas oficinas, construção do vínculo, aprendizagem coletiva; passa a fazer todo sentido, associar o trabalho protegido exercido pela via do trabalho coletivo, ou seja, trabalho organizado socialmente de forma democrática e que crie condição social, política e econômica, visando à inclusão social. Assim, com o trabalho coletivo será possível pensar ações e a organização dos respectivos projetos de geração de trabalho e renda, pautadas na emancipação pela via da paridade participativa, em busca da democratização na proteção social.

Foi identificado o elemento da aprendizagem coletiva no PGR, para a produção do artesanato nas oficinas, onde algumas usuárias, juntamente com as profissionais do serviço, compartilham saberes e trocam experiências que vivenciaram antes de chegarem no PGR, como observamos abaixo:

*“Quem me ensinou a fazer... eu fui aprender lá na Iputinga, eu sabia fazer crochê, mas ela disse que era diferente que ficava um ponto diferente embaixo; aí eu comecei, aprendi lá na Iputinga, mas meus artesanatos mesmo todo foi irmã Edna que ensinou, ela mora ali no Bairro Novo, ali na entrada da Câmara, ela me ensinou muito artesanato, principalmente o crochê que eu ainda trabalho até hoje no crochê, faço outros, mas eu fiquei mais no crochê e tapeçaria...” (Rosa)*

*“Hoje eu até comentei isso com as meninas assim, quando a gente... eu sinto prazer em ver, quando a gente pode compartilhar um pouco do que a gente sabe, porque eu sempre digo, aquele que sabe tudo, não sabe nada, então a gente está todo dia aprendendo, então assim, eu sinto um prazer em compartilhar e aprender, é isso que sinto...” (Lótus)*

Esse elemento da aprendizagem coletiva, representada nas falas de Rosa e Lótus, pode estar relacionada ao princípio da reciprocidade que se baseia na ideia de interdependência, não automática como nos casos do confronto mercantil da oferta e da procura sujeitas aos jogos dos interesses privados, ou administrada, no caso dos recolhimentos-redistribuições, mas como uma complementaridade instituída de maneira voluntária de elementos socialmente construídos para se distinguirem sem se opor. A divisão é (re)produzida para tornar necessária a associação e, diferentemente de uma organização submetida ao princípio de mercado, ninguém se pensa como indivíduo, mas age como elemento de um Todo. Assim, para funcionar como um Todo, a sociedade é fragmentada em partes que são complementares porque não idênticas. Mas a instituição dessa divisão não visa a exploração e dominação de uma parte pela outra, que pode existir, por outro lado, nessa mesma sociedade. É por isso que se afirma que o princípio de reciprocidade é baseado na ideia de simetria e que se diferencia muito do princípio de recolhimento-redistribuição, baseado na centralidade. Essa divisão pode ser pensada como uma divisão social, que se traduz como relação de aliança, mas também como vínculo entre as gerações que se encadeiam umas nas outras, o que implica principalmente transferências por filiação (WARNIER, 2011).

Com efeito, Jean Servet (2016) coloca que o princípio da reciprocidade institui então uma passagem do coletivo ao individual e do individual ao coletivo. De fato, é necessário compreender efetivamente esse movimento duplo caso não se queira reduzir essa passagem a um mero mecanismo de agregação de oferta e de procura. Dessa maneira, podem-se reconhecer os interesses e as necessidades pessoais a partir de uma percepção global da sociedade, que deve ser holística para apreender o Todo social.

Em relação ao PGR, seria a reciprocidade da troca do conhecimento, com o compartilhamento dos saberes e experiências relacionados ao artesanato, onde umas(uns) usuárias(os) aprendem com as(os) outras(os), bem como ensinam também reciprocamente. Identificando, inclusive as habilidades e aptidões dos fazeres e do conhecimento atribuído a cada uma(um) das(os) usuárias(os) e profissionais envolvidas(os) no PGR. Tornando no trabalho coletivo a necessidade da realização da reciprocidade no compartilhamento dos saberes das pessoas envolvidas no respectivo projeto.

Outro elemento identificado e analisado no PGR foi o reconhecimento do trabalho, que neste caso, foi tratado muito em torno da falta do reconhecimento, como pode-se conferir inicialmente nas falas de Lírio, onde coloca a invisibilidade do trabalho doméstico e como se dá a relação com a sua mãe:

*“Mamãe diz que não, que tudo que estou fazendo é para mim, não é um trabalho, não é um favor, é tudo para mim, se eu lavo prato é para mim, se eu cozinho, cozinho para mim, se eu lavo roupa, estou lavando para mim [...] Eu acho que não, eu ajudo ela, porque tem coisa que eu não faço, como por exemplo, usar panela de pressão, eu não uso, não sei usar. Mas se ela quiser eu vou descasco as verduras para ela colocar na panela de pressão, para fazer guisado, fazer feijão; eu acho assim que eu ajudo ela, não é só ela fazendo tudo não [...] Ela quem me dar dinheiro, todo mês ela me dar dinheiro... É o pagamento do serviço”. (Lírio)*

Percebe-se a dificuldade do reconhecimento do trabalho doméstico executado por Lírio para com sua mãe, que demanda as necessidades, mas a priori pouco valoriza como um trabalho e depois, provavelmente, reconheça quando realiza um pagamento. De qualquer forma, dificilmente, Lírio sentirá a valorização do seu trabalho realizado a ponto de elevar sua auto-estima, mas, realizará o trabalho como dever para atender as demandas dos membros da sua família.

Tália por sua vez, relata o seu trabalho que tinha antes de chegar no PGR, o qual tinha função social na sua comunidade, mas a frustração pela falta do reconhecimento no aspecto salarial, além de ser valores baixos, recebia com atrasos:

*“Primeiramente vou começar a conversar sobre o trabalho, comecei a ensinar o povo lá, o povo não sabia lá, uns adultos que não sabia ler comecei a ensinar, quando foi com uns tempo apareceu esse projeto Paulo Freire, aí eu fiquei ensinando nesse projeto, aí já ganhava um trocadinho, mesmo que demorava, porque a verba quando chegava lá, não na prefeitura, mas pra chegar na mão da gente demorava, às vezes passava oito meses sem a gente receber, aí ficava muito sacrifício, porque ali eu tinha menino de manhã que não recebia, e tudo no chão mesmo, porque não tinha cadeira, a gente estudava tudinho assim no chão, botava um pano bem grosso que era uma rede no chão a rede esticava ela no chão e todo mundo ficava lá sentado. Aí não ganhava por parte dos meninos, mas ganhava por parte do projeto Paulo Freire, depois foi saindo prefeito e foi demorando de receber... aí eu peguei fazendo faxina, fiquei ajudando uma pessoa, para pelo menos ter o que comer para dar aos meus filhos, depois quando fui ficando adulta, meu casamento também não deu certo [...] trabalhei muito, mas só clandestino, carteira assinada nada... (Tália)*

O fato de Tália reduzir toda sua vida de trabalho ao termo “só clandestino” evidencia o tamanho da sua frustração com o mercado de trabalho, ou seja, com a falta de reconhecimento do muito que fez e o pouco que recebeu, ao nada que construiu. Com efeito, se for pensar a experiência do PGR, com o estudo desse trabalho, pode-se elencar alguns fatores que mostram a falta de reconhecimento que existe em torno do PGR:

- a) Precariedade do serviço, que funciona com recursos escassos pela falta de prioridade dos gestores;

- b) Invisibilidade do artesanato na sociedade, que dificulta a construção de identidade de artesã para muitas usuárias;
- c) Invisibilidade do trabalho doméstico, enquanto tipo de trabalho de todas as usuárias que dedicam suas vidas exercendo esse tipo de trabalho sem reconhecimento;
- d) Estigma da comunidade, familiares e do CAPS, passando a desvalorizar o trabalho produzido pelo fato de serem pessoas com transtorno mental ou viver numa situação de vulnerabilidade social de alta complexidade.

Segundo Hinkelammert e Mora (2009), a solidariedade está ligada ao reconhecimento do outro como ser natural e na necessidade, com uma ética que passa, hoje, por ajudar a deter e, em seguida, substituir uma globalização que pode acabar com a humanidade, como explica abaixo:

Essa ética é necessariamente uma ética da solidariedade, ou seja, socialmente sentida, e é apenas com ela que um sujeito autônomo é possível. Essa ética implica ainda uma disposição para alterar as relações sociais de produção na medida em que essa transformação é necessária para que haja lugar para todos. É por isso que não pode haver relações de produção determinadas a priori, porque essas relações são aquelas que se deseja e se quer adequadas, para permitir que haja lugar para todo mundo. O sujeito autônomo dessa ética não é um indivíduo autônomo, é um sujeito solidário que alcança sua autonomia na solidariedade (HINKELAMMERT & MORA, 2009, p.236-237)

Nesse sentido, pensar que a solidariedade está ligada ao reconhecimento pode ser a chave para difundir na sociedade, com intuito da mudança social, a respeito da concepção das pessoas com experiência na loucura, de modo especial, aquelas que foram institucionalizadas em manicômios, para que se possa construir liberdades, possibilitando vivenciar experiências de desinstitucionalização e, que sejam aceitas na sociedade com o reconhecimento da aquisição dos seus direitos. Neste sentido, a gestora Flora coloca a sua percepção, admitindo o valor social do trabalho protegido, demonstrando a ética da solidariedade que está ligada ao reconhecimento das pessoas com transtorno mental terem o direito de exercerem o trabalho:

*“O trabalho representa muita coisa, é a questão de você apostar nas pessoas que é possível a convivência na comunidade e não mais essa visão das pessoas que tem algum tipo de transtorno, de estarem isoladas, trancadas, para mim isso representa tudo, eu acho que é uma dívida que nós temos para com essas pessoas. Sei que é algo muito importante. Eu não consigo... assim, hoje todo meu direcionamento é voltado a trabalhar com essas pessoas, que tenha algum tipo de transtorno e tentando garantir para elas algum tipo de cuidado, agora o cuidado em liberdade” (Flora).*

Desta maneira, o elemento da reciprocidade e a ética da solidariedade, que gera reconhecimento, devem estar intrinsecamente ligados a prática do trabalho coletivo, para poder garantir a democratização na proteção social e, que possa criar as condições sociais, políticas e econômicas, visando à inclusão social para as pessoas com transtorno mental e em situação de vulnerabilidade social.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

“O que o sol faz com as flores?” Em outras palavras, “o que o trabalho representa para as pessoas com transtorno mental, com experiência na loucura, com sofrimento psíquico ou em situação de vulnerabilidade social? No caso deste estudo, na experiência do Projeto Geração de Renda (PGR), “Mentes que fazem”.

As/os usuárias/os que participam do PGR percebem a realização do trabalho como uma necessidade para a sobrevivência humana, seja financeira ou ocupacional, ainda reconhecem que existem atividades de trabalho que promovem a saúde mental, assim como outras a prejudicam. Não se trata necessariamente da atividade em si, mas principalmente dos vínculos, das relações interpessoais que possibilita a sociabilidade dessas pessoas. Desta forma, o trabalho passa a funcionar como um mediador de saúde e, nesse contexto da saúde mental, consegue se aproximar do processo da reabilitação psicossocial, bem como da inclusão social.

Todavia, pode-se dizer que o trabalho realizado pelos participantes no PGR encontra-se numa tensão de existir o trabalho terapêutico e o trabalho protegido, ficando evidente que atualmente está sendo realizados esses dois tipos de trabalho, concomitantemente, no espaço do PGR. Assim, identifica-se que parte de suas fragilidades que estão para além da precariedade, enquanto um projeto de uma política pública municipal, mas que estão relacionadas também a atuação dos profissionais seja do PGR, do CAPS ou da rede de serviços do SUS, a percepção da comunidade e dos familiares. Afetando a rede múltipla de negociação, no que atingem as trocas sociais, simbólicas ou concretas do cotidiano. Sabendo, que a gestão há um tempo não tem priorizado o serviço do PGR, sendo mantido com gastos mínimos, referente aos recursos humanos e de forma descontínua, ou seja, profissionais com contratos precários de trabalho.

No entanto, também está atribuída a permanência do PGR a participação e adesão das(os) usuárias(os) ao longo desses catorze anos, que mesmo chegando as(os) novas(os) usuárias(os), a maioria das(os) antigas(os) permanecem, atribuindo a necessidade desse espaço público e valores que fazem parte dos seus projetos de vida e sociabilidade. Em especial, as(os) usuárias(os) das Residências Terapêuticas, que com o processo da desinstitucionalização do Hospital Alberto Maia, possibilitou suas vidas inseridos na comunidade, tendo o PGR seu espaço de trabalho e de novas sociabilidades.

Verifica-se o trabalho terapêutico no PGR, mas também é possível identificar que no PGR privilegia-se a dimensão da unidade produtiva, o que favorece o envolvimento de

dinâmicas de individuação e, ao mesmo tempo, de socialização. As atividades de artesanato costuma ser diversificadas para permitir às (aos) usuárias(os) a oportunidade de trabalho diferenciados. Por isso, por mais que exista o trabalho terapêutico no PGR, o trabalho protegido torna-se mais evidente, tanto para as(os) usuárias(os), quanto para as gestoras e profissionais, desta forma, configura-se numa proteção social com preocupações legítimas de solidariedade e de seguridade social, sem negligenciar a importância da liberdade. Agora, atuando com limitações no que diz respeito a adotar uma compreensão mais ampla da justiça social e concretizar a democratização da proteção social.

O trabalho doméstico foi referido pelas usuárias, realizando-o desde a infância, mas após o adoecimento mental percebe-se prática social de dominação e exclusão, uma vez que associado a inabilidade de realizar outras atividades externas e o reconhecimento de satisfazer as necessidades dos membros da família, não sendo reconhecido como um tipo de trabalho.

Os resultados da análise das entrevistas apontam para confirmação da hipótese, de que o trabalho representa a promoção da saúde e/ou do adoecimento, o prazer e/ou o desprazer, como também ele é percebido como elemento central para suprir as necessidades da sobrevivência humana e da reprodução da vida. Sobretudo, foi identificado que o trabalho protegido no PGR é pautado pelo princípio da reciprocidade, que segundo Polanyi (2011) pertence à reabilitação de uma pluralidade de princípios de integração econômica. Desse modo, o autor alerta para uma sociologia econômica, de alcance limitado, inteiramente construída a partir do conceito de troca e que só é universal numa sociedade de mercado.

Foi através da troca do conhecimento, com o compartilhamento dos saberes e experiências relacionados ao artesanato e a arte, onde algumas(uns) das/os usuárias(os) do PGR aprendem com as(os) outras(os), bem como ensinam reciprocamente. Identificando, inclusive as habilidades e aptidões dos fazeres e do conhecimento atribuído a cada uma(um) das(os) usuárias(os) e profissionais envolvidas(os) no PGR.

Neste sentido, percebe-se a vivência dos princípios de solidariedade e reciprocidade, que são elementos constituintes da economia popular solidária, o que revela o ponto de encontro da política de saúde mental, através do PGR com a economia solidária. Apesar disso, foi constatado que, na prática, observa-se a fragilidade do PGR para compor as redes sociais que existem na intersetorialidade, sendo uma delas, o fórum municipal de economia solidária de Camaragibe e/ou da região metropolitana do Recife/PE.

Um achado importante deste trabalho foi perceber que, com os princípios da economia solidária aplicados aos cuidados da saúde mental conforme foi verificado no PGR, a

realização do trabalho protegido pautado pelo trabalho coletivo se traduz nas trocas sociais, como por exemplo, na produção coletiva realizada nas oficinas, na construção de vínculos sociais e aprendizagem coletiva, conforme foi identificado nas falas dos/as entrevistados/as. Ou seja, o trabalho organizado socialmente de forma democrática possibilita que se crie condições social, política e econômica, visando à inclusão social. Assim, com o trabalho coletivo será possível pensar ações e a organização dos respectivos projetos de geração de trabalho e renda, pautadas na emancipação pela via da paridade participativa, em busca da democratização na proteção social.

Desta maneira, a reabilitação psicossocial pela via do trabalho no PGR tem seus dilemas, no que se refere aos limites de autonomia apresentado pelas(os) usuárias(os), que também tem relação a precarização do funcionamento do serviço e as concepções das gestoras e profissionais, onde algumas não conhecem o conceito da reabilitação psicossocial, tendo consequentemente uma conduta de tutela na sua prática profissional e fragilizando a autonomia que está associada à rede de múltiplos pertencimentos, e faltando com o estímulo ao protagonismo das(os) usuárias(os).

Por último, mas não menos importante, é pensar o contexto político atual, onde foi retirado a nível nacional a reabilitação psicossocial, como componente da RAPS. Se quando a reabilitação fazia parte da RAPS não foi priorizada pela política estadual de Pernambuco, tendo sido negligenciada, imagina-se que continuará esquecida e desvalorizada por algum tempo, que os retrocessos só estão começando nos âmbitos macro e micro, onde os municípios serão cada vez mais afetados. Porém, quem passa a fazer parte do componente da RAPS é o hospital psiquiátrico. Se pensar que partimos nesta dissertação, “Do espaço asilar para o social”, atualmente, corremos o risco de vivenciarmos com toda efervescência o inverso, “Do espaço social para o asilar”. Inclusive, gerando a necessidade de no futuro próximo refazer a pergunta do título deste trabalho, ficando: O que serão das flores sem o sol?

Mas, como tudo é processual e já está em curso, como a reforma psiquiátrica e o movimento da luta antimanicomial, a poetisa Rupi Kaur (2018) aponta que *“não há mais nada a temer porque o sol e suas flores chegaram”*. E explica que aprendeu com sua mãe num momento de dor e abandono, quando pediu que ela olhasse para as flores que costumava plantar no jardim, porque as flores ensinam que as pessoas também murcham, caem, criam raiz e crescem para florescer no final. Enfim, espera-se que o trabalho coletivo floresça e, assim, possa favorecer a reabilitação psicossocial das pessoas com experiência na loucura.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Neli et al. **Dá para Fazer! Guia Prático de Economia Solidária e Saúde Mental**. 1ed. Rio de Janeiro: Walprint Gráfica e Editora: Bel Lab Desing e Comunicação, 2017.
- ALVAREZ, Adriana P. **Interfaces entre saúde e trabalho: cartografias de uma oficina de geração de renda em saúde mental**. DISSERTAÇÃO DE MESTRADO. Niterói: Universidade Federal Fluminense, 2009.
- AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 1998a.
- \_\_\_\_\_. **Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Panorama-Fiocruz, 2003b.
- \_\_\_\_\_. **Teoria e Crítica em Saúde Mental**. 1ed. São Paulo: Zagodoni, 2015.
- \_\_\_\_\_. **O homem e a serpente. Outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. 4ª reimpressão. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.
- \_\_\_\_\_. **Saúde Mental e atenção psicossocial**. 4. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- ANDRADE, Márcia Campos et al . **Loucura e trabalho no encontro entre saúde mental e economia solidária**. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília , v. 33, n.1, p.174-191, 2013. Disponível em:[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141498932013000100014&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141498932013000100014&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 20 fev. 2018.
- ANTUNES, Ricardo. **Os Sentidos do Trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho**. São Paulo: Boitempo, 2009.
- ARANHA E SILVA, A. L. **Construção de um projeto de extensão universitária no contexto das políticas públicas de saúde mental e economia solidária**. Tese Livre-docência. Escola de Enfermagem, São Paulo, 2012.
- ARROYO, João Cláudio; SCHUCH, Flávio. **Economia Popular e Solidária: a alavanca para um desenvolvimento sustentável**. São Paulo, Editora Perseu Abramo, 2006.
- ARRUDA, Marcos. Trabalho emancipado. In A. D. Cattani (Org.), **A outra economia**. Porto Alegre: Veraz Editores, 2003.
- BARDIN, Laurence .**Análise de Conteúdo**. Rio de Janeiro: Edições 70. 1998
- BASAGLIA, Franco. **A instituição negada – Relato de um hospital psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- \_\_\_\_\_. GALLIO, G. Vocação terapêutica e luta de classes – Para uma análise crítica do modelo italiano. In: J. Delgado, (org.). **A loucura na sala de jantar**, p. 27-51, Santos: Edição do autor, 1991.
- BRANDÃO, Teixeira J. C. Os alienados no Brasil. In: *Arquivos Brasileiros de Neuropsiquiatria e Psiquiatria*, ano II, n. 2, Rio de Janeiro, 1956.
- BRASIL. **Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das

peessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, 2001.

\_\_\_\_\_. **Portaria n.º 336, de 19 de fevereiro de 2002.** Atualiza normas constantes da Portaria MS/SAS n.º 224, de 29 de janeiro de 1992 e estabelece os Centros de Atenção Psicossocial nas modalidades CAPS I, CAPS II e CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. In: Ministério da Saúde. Legislação em Saúde Mental: 1990-2004, 5ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2004, p.125-36.

\_\_\_\_\_. **Lei n.º 9.867, de 10 de novembro de 1999.** (1999, 11 novembro). Dispõe sobre a criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais, visando à integração social dos cidadãos conforme específica. Diário Oficial da União, Seção 1.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 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. 2011.

BRASIL. **Saúde Mental em Dados 10**, ano VII, nº 11. Informativo eletrônico. Brasília: Ministério da Saúde, março, 2012. Disponível em: [www.saude.gov.br/bvs/saudemental](http://www.saude.gov.br/bvs/saudemental). Acesso em: 13 abr. 2014.

\_\_\_\_\_. **Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde mental: 15 anos depois de Caracas.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1.601, de 07 de julho de 2011.** Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Disponível em: [www.saude.gov.br/saudelegis](http://www.saude.gov.br/saudelegis). Acesso em: 20 jun. 2018

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Resolução nº32 de 14 de dezembro de 2017.** Estabelece diretriz para a Rede de Atenção Psicossocial, 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental 1990-2004.** 5.ed. ampliada. Série E. Legislação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAMARAGIBE. Prefeitura Municipal – Coordenação de Saúde Mental. **Projeto Geração de Renda – Mentes que Fazem**, 2013.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Saúde. **Tabela completa do HPJAM.** Camaragibe. 2013. 22p. Circulação interna.

\_\_\_\_\_. Prefeitura de Camaragibe e PERNAMBUCO, Secretaria de Saúde. **Relatório Final do Processo de Desinstitucionalização de Pacientes do Hospital José Alberto Maia**, 2009.

CAPLAN, Gerald. Um modelo conceptual para prevenção primária. In: \_\_\_\_\_. **Princípios de psiquiatria preventiva.** Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

CARDOSO, Álvaro. As colônias de alienados – retrospecto e visão futura da colônia de psicopatas no Engenho de Dentro. In: **Anais da Colônia de Psicopatas**, Rio de Janeiro, 1929.

CARDOSO, C. et al. Qualidade de vida e dimensão ocupacional na esquizofrenia: uma comparação por sexo. **Caderno de Saúde Pública.** Junho, 22. (6). 2006.

CASÉ, Vânia. Saúde mental e sua interface com o Programa de Saúde da Família: quatro anos de experiência em Camaragibe. In: JATENE, A. D. et al. (Org.). **Saúde e Loucura**, v. 7, p.

121-136, 2002.

CAYRES, Cleusa O. O processo constitutivo e as concepções do Núcleo de Oficinas e Trabalho. In: \_\_\_\_\_. **Saúde Mental e Economia Solidária Armazém da Oficinas: Um olhar para além da produção**. 1 ed. Campinas, SP: Medita, 2012.

COHEN, C.; SOKOVSKY, J. Schizophrenia and social networks: expantients in the inner cities. **Schizophrenia Bulletin**, 4, 1978, p.145-153.

CORAGGIO, José L. Da economia dos setores populares à economia do trabalho. In: KRAYCHETE, G; LARA, F.; COSTA; B. (Orgs.). **Economia dos setores populares: entre a realidade e a utopia**. Petropólis: p.91-142, Vozes, 2002.

\_\_\_\_\_. Economia do Trabalho In: CATTANI, A. [et all]. **Dicionário internacional da outra economia**. Coimbra: Edições Almedina, 2009. P 120 – 127.

\_\_\_\_\_. De Polanyi à Economia Social e Solidária na América Latina. In: HILLENKAMP, Isabelle; LAVILLE, Jean L. **Socioeconomia e Democracia – A atualidade de Karl Polanyi**. 1 ed. Porto Alegre: Escritos, 2016.

COSTA, Jurandir F. **História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico**. Rio de Janeiro: Campus, 1981.

CUNHA, Maria C. P. **O espelho do mundo: Juquery, a história de um asilo**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

DELGADO, Pedro. **As razões da tutela: psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil**. Rio de Janeiro: Te Corá, 1992.

DELEUZE, G. Quatro proposições sobre a psicanálise. In: A. Lanetti (org.), **Saúde Loucura 2**, pp. 83-91, São Paulo: Hucitec, 1990.

DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R. Resposta à crise. In: **A loucura na sala de jantar** (J. Delgado, org.), pp. 53-79, São Paulo: Edição do autor, 1991.

DIAS, Gilmar C. **Outra economia acontece: As políticas públicas de economia solidária em Pernambuco**. DISSERTAÇÃO DE MESTRADO. Recife: Universidade Federal Rural de Pernambuco, 2016

DUARTE, Jorge. Entrevista em profundidade. In: DUARTE, Jorge; BARROS, Antonio (org.). **Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação**. São Paulo: Atlas, 2005.

DUBEUX, Ana. et al. **A concepção da economia solidária que orienta nossa ação**. In: DUBEUX, A. et al. A construção do conhecimento em economia solidária: sistematização de experiências no chão de trabalho e da vida no nordeste. Recife: F&A Gráfica e Editora Ltda, 2012, p. 15-38.

\_\_\_\_\_. DUBEUX, Hugo. **Educação em economia solidária e autogestão**. Caderno Pedagógico. 1 ed. Olinda: MXM Gráfica e Editora, 2018.

EHRENBERG, Alain. **O culto da performance: da aventura empreendedora à depressão nervosa**. Aparecida, SP: Ideias & Letras, 2010.

FILIZOLA, C. L. A., TEIXEIRA, I. M. de C., MILIONI, D. B., PAVARINI, S. C. L. Saúde mental e economia solidária: a família na inclusão pelo trabalho. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, Brasil, v. 45, n. 2, p. 418-425. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/40717>. Acesso em: 17 abr. 2018.

FONTE, Eliane M. M. Níveis de satisfação em diferentes domínios da vida cotidiana de

usuários de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): em estudo empírico realizado em Pernambuco, Ceará e Rio Grande do Sul. In: FONTES, Breno; FONTE, Eliane M. M (Orgs.). **Desinstitucionalização, Redes Sociais e Saúde Mental: Análises de experiências da Reforma Psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal**. 1 ed. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2010.

FONTES, Breno; FONTE, Eliane M. M (Orgs.). **Desinstitucionalização, Redes Sociais e Saúde Mental: Análises de experiências da Reforma Psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal**. 1 ed. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2010.

\_\_\_\_\_. Redes sociais e enfrentamento o sofrimento psíquico: sobre como as pessoas reconstruem suas vidas. In: FONTES, Breno; FONTE, Eliane M. M (Orgs.). **Desinstitucionalização, Redes Sociais e Saúde Mental: Análises de experiências da Reforma Psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal**. 1 ed. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2010.

FOUCAULT, Michel. **A história da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2003.

\_\_\_\_\_. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.

FRANÇA FILHO, Genalto C.; LAVILLE, Jean L. **Economia Solidária uma abordagem internacional**. 1 ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004.

FRANÇA FILHO, Genauto Carvalho de; LAVILLE, Jean-Louis; MEDEIROS, Alzira; MAGNEN, Jean-Philippe (Orgs.). **Ação Pública e Economia Solidária: uma perspectiva internacional**. Porto Alegre, Editora da UFRGS, 2006.

FRANSER, Nancy. Mercantilização, proteção social, emancipação: por uma concepção neopolanyiana da crise capitalista. In: HILLENKAMP, Isabelle; LAVILLE, Jean L. **Socioeconomia e Democracia – A atualidade de Karl Polanyi**. 1 ed. Porto Alegre: Escritos, 2016.

GADOTTI, Moacir. **Economia Solidária como Práxis Pedagógica**. São Paulo, Editora e Livraria Instituto Paulo Freire, 2009.

GAIGER, L. I. (org) **A economia solidária no Brasil: uma análise de dados nacionais**. São Paulo : Oikos, 2014.

GALERA, S. A. & TEIXEIRA, M. B. Definindo qualidade de vida de pessoas portadoras de problemas de saúde mental. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Maio, Vol. 5. Número Especial: 69-75. 1997.

GOFFMAN, Erving. **Stigma – notes on the management of spoiled identity**. Reprinted 1990. London: 1968.

\_\_\_\_\_. **Manicômios prisões e conventos**. São Paulo, Perspectiva, 1996.

GOHN, Maria G. **Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais**. *Saude soc.* [online]. 2004, vol.13, n.2, pp.20-31. ISSN 0104-1290. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902004000200003>. Acesso em: 07/03/2019.

GUÉRIN, I. **As mulheres e a economia solidária**. São Paulo: Edições Loyola, 2005.

GUERRA, A. L. C. **Oficinas em saúde mental: percurso de uma história, fundamentos de uma prática**. In C. M. Costa, & A. C. Figueiredo (Orgs.), **Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania** (pp. 23-57). Rio de Janeiro: Contra Capa, 2008.

HABERMAS, J. **Droits et démocratie. Entre faits et norms**. Paris: Gallimard, 1992.

HILLENKAMP, Isabelle; LAVILLE, Jean L. **Socioeconomia e Democracia – A atualidade de Karl Polanyi**. 1 ed. Porto Alegre: Escritos, 2016.

HILLENKAMP, Isabelle. O princípio de householding hoje. Discussão teórica e abordagem empírica por meio da economia popular. In: HILLENKAMP, Isabelle; LAVILLE, Jean L. **Socioeconomia e Democracia – A atualidade de Karl Polanyi**. 1 ed. Porto Alegre: Escritos, 2016.

KAUR, Rupi. **O que o sol faz com as flores**. 10ª ed. São Paulo: Planeta do Brasil, 2018.

KERGOAT, D. Divisão sexual do trabalho e relações sociais de sexo. In: HIRATA, H. [et all]. **Dicionário crítico do feminismo**. São Paulo: Editora UNESP, 2009. P. 67 - 75.

KINOSHITA, Roberto T. Contratualidade de Reabilitação Psicossocial. In: PITTA, Ana. **Reabilitação Psicossocial**. 4 ed. São Paulo: Hucitec Editora, 2016.

LEITE, Brena A. **Serviço de Residências Terapêutica: Entre a Tutela e a Autonomia, a incansável busca pelo cuidado**. DISSERTAÇÃO. Recife: Universidade Federal de Pernambuco, 2009.

LEVAY FILHO, Marco A. **Os caminhos da política pública da economia solidária em Recife: Uma avaliação do processo de implementação da política sob a ótica dos gestores e beneficiários**. DISSERTAÇÃO DE MESTRADO. Recife: Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, 2018.

LUCENA, Marcela A. S. **Descredenciamento de Hospital Psiquiátrico do Sistema Único de Saúde (SUS): engrenagens da operação**. DISSERTAÇÃO DE MESTRADO. Recife: Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, 2011.

MACHADO, Roberto et al. **Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MARTI, Jordi Bonet. La Vulnerabilidad relacional: Redes. **Revista Hispana para El análisis de redes sociales**. Vol 11, 2006.

MARTURINI, G. **Intervista, in Simon H., Il tavoro rende liberi? Dall' ergoterapia all'istituzione inventata**, Sapere, Roma, 1990.

MELO, Telma. M. A. G. **Memórias sobre a Política de Saúde Mental em Recife: entre passos, descompassos e controvérsias**. TESE DE DOUTORADO. Recife: Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, 2017.

MINAS GERAIS. Secretaria de Saúde de Estado de Minas Gerais. **Atenção em Saúde em casa**. 1ed. Belo Horizonte, 2006.

MOFFAT, A. **Psicoterapia do oprimido: ideologia e técnica da psiquiatria popular**. Trad. Paulo Esmanhoto. 2ed. São Paulo: Cortez, 1981.

MOREIRA, Juliano. Assistência aos epiléticos – colônia para eles. In: **Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciência Afins**, ano III, nº2, Rio de Janeiro, 1905.

\_\_\_\_\_. Notícias sobre a evolução da assistência a alienados no Brasil. In: **Arquivos Brasileiros de Neuropsiquiatria e Psiquiatria**, edição especial, Rio de Janeiro, 1955.

NICÁCIO, Fernanda; CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. A complexidade da atenção às situações de crise – contribuições da desinstitucionalização para a invenção de práticas inovadoras em saúde mental. **Revista Terapia Ocupacional**, São Paulo, Universidade de São Paulo USP, v. 1, n. 2, p.71-81, maio/ago. 2004.

NÚCLEO ESTADUAL DA LUTA ANTIMANICOMIAL LIBERTANDO SUBJETIVIDADES DA REDE INTERNÚCLEOS (NELALS/RENILA). **Carta ao Governador**. Dispões sobre o panorama da saúde mental no estado e a situação de violação de direitos humanos de pessoas internadas em hospitais psiquiátricos, especialmente a questão do Hospital José Alberto Maia, solicitando providências. Recife, 2008.

ONOCKO-CAMPOS et al. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS GWV et al. (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2015.

PACHECO, Rafaela Alves. **Reforma psiquiátrica e o paradigma da desinstitucionalização: o relato de experiência do fechamento de um hospital psiquiátrico em Pernambuco**. TCR (Residência de Medicina de Família e Comunidade) Universidade de Pernambuco. Recife, 2011.

PASSOS, I. C. F. **Reforma psiquiátrica: as experiências francesa e italiana**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. (Coleção Loucura & Civilização), 2009.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Política Estadual de Saúde Mental de Pernambuco, 2018.

PERRUSI, Artur. Sociologia política da saúde mental: notas sobre as mudanças na assistência psiquiátrica e nas relações de poder. In: CORREIA, Ludimila; PASSOS, Rachel (Orgs.). **Dimensão jurídico política da reforma psiquiátrica**. 1 ed. Rio de Janeiro: Grammar, 2017.

PITTA, Ana. **Reabilitação Psicossocial**. 4 ed. São Paulo: Hucitec Editora, 2016.

PITTA, Ana et al. **Direitos humanos nos Centros de Atenção Psicossocial do Nordeste do Brasil: um estudo avaliativo, tendo como referência o QalyRights – WHO**. Saúde Debate, 2015.

POLANYI, K. **La subsistance de l'homme – La place de l'économie dans l'histoire et La société**, Paris: Flammarion, 2011.

RESENDE, Heitor. Políticas de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S. A. & COSTA, N. R. (Orgs.) **Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. Rio de Janeiro: Vozes, 1987.

RIBEIRO, Paulo. **Saúde Mental no Brasil**. São Paulo: Arte & Ciência, 1999.

ROTELLI, Franco. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1989.

SANTOS, Shirley A. **Os sentidos do trabalho para a saúde mental: A percepção dos participantes da pesquisa – ação no projeto geração de renda da região metropolitana de Recife/PE**. TRABALHO DE CONCLUSÃO DA RESIDÊNCIA. Recife: Universidade de Pernambuco, 2016.

SANTOS FILHO, Licurco. **Pequena história da medicina brasileira**. São Paulo: Parma, 1980.

SOUZA SANTOS, Boa Ventura. **Épistemologies Du Sud**. Études Rurales, n° 187, janvier-juin, 2011.

SARACENO, Benedetto. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A. M. F. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 13-18.

\_\_\_\_\_. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. 2 ed. Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia, 2001.

- SAWAIA, B. **O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão**. In B. Sawaia (Org.), *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.
- SIMMEL, Georg. **Sociologie: Etudes sur lês formes de La socialisation**. Paris, PUF, 1999.
- SINGER, Paul. Economia solidária. In A. D. Cattani (Org.), **A outra economia** (pp. 116-124). Porto Alegre: Veraz Editores, 2003.
- \_\_\_\_\_. **A Economia Solidária no Brasil**. Editora Contexto, São Paulo, 2000.
- \_\_\_\_\_. **Introdução a Economia Solidária**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2002.
- \_\_\_\_\_.; SCHIOCHET, Valmor. Economia Solidária e Saúde Mental: A construção da política nacional de cooperativismo social. In: PINHO, Kátia L. R. et al (Orgs). **Relatos de Experiências em Inclusão Social pelo Trabalho na Saúde**. 1ed. São Carlos: Compacta Gráfica e Editora, 2014.
- SOUZA, Cybelle S.; COUTO, Francisco N.; FREITAS, Paula C. Libertando Subjetividades: O movimento da Luta Antimanicomial em Pernambuco. In: FONTES, Breno; FONTE, Eliane M. M (Orgs.). **Desinstitucionalização, Redes Sociais e Saúde Mental: Análises de experiências da Reforma Psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal**. 1 ed. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2010.
- SOUZA, L. A. & COUTINHO, E. S. Fatores associados à qualidade de vida de pacientes com esquizofrênia. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 28 (1). 2006.
- SOUZA, Thaiz D. **O Trabalho Protegido e a lógica do sujeito assistido: O que estamos produzindo?** Trabalho de Conclusão de Residência. Campinas, Universidade de Campinas – UNICAMP, 2017.
- VIANA, Beatriz; SOBEL, Juliana; SANTOS, Shirley. **Saúde Mental e Economia Solidária**. Coletânea Educação Popular e Economia Solidária no Nordeste. 1 ed. Olinda: MXM Gráfica e Editora, 2018.
- VILAÇA, Mônica. **O Trabalho de Mulheres na Rede de Produtoras do Pajeú: Cuidados e Economia Feminista em Práticas de Economia Solidária**. DISSERTAÇÃO DE MESTRADO. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba – UFPB, 2019.
- WARNIER, J. P. **Biens aliénables, biens inaliénables et dette de vie**. Autour de Annette Weiner. Seminário Souveraineté monétaire. Documento de trabalho, 2011.
- WHO. *Gare for the Mentally III*. WHO Collaborating Centre, Douglas Hospital Centre. Montreal, CA, 1989.
- YASUI, Silvio. **Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira**. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.
- ZAMBRONI-DE-SOUZA, P. C. **Trabalho, organização e pessoas com transtornos mentais graves**. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 9(1), 91-10, 2006.

**APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA NÃO-ESTRUTURADA PARA OS/AS  
USUÁRIOS/AS DO PROJETO GERAÇÃO DE RENDA “MENTES QUE FAZEM”**

(História de vida sobre os participantes da pesquisa ação no Projeto Geração de Renda)

Tópico:

Você poderia nos contar sobre sua vida de trabalho, desde quando você começou a trabalhar até os dias atuais...

OBS.: Anotar observações (pausas, expressões faciais, enganos nos atos da fala...

Perguntas norteadoras para instigar a fala:

Você poderia falar sobre o que significa o trabalho para você?

Você poderia explicar um pouco mais sobre a sua profissão?

Você poderia dizer como você se sentiu realizando as atividades no Projeto Geração de Renda?

**APÊNDICE 2 - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA PARA  
GESTORES E PROFISSIONAIS DO PROJETO GERAÇÃO DE RENDA “MENTES  
QUE FAZEM”**

1. Conte sua trajetória profissional e o que o trabalho representa para você?
2. Como compreende a reabilitação psicossocial?
3. Conhece o Movimento da Economia Solidária? O que sabe a respeito da Economia Solidária?
4. Você acha que o PGR contribui par a inclusão social? De que forma?
5. Como está funcionando o PGR e quais as perspectivas para este projeto?

OBS.: Anotar observações (pausas, expressões faciais, enganos nos atos da fala...)