



Universidade Federal de Juiz de Fora

**FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL-PROGRAMA DE
PÓS-GRADUAÇÃO
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**SAÚDE MENTAL E TRABALHO:
TRANSVERSALIDADE DAS POLÍTICAS E O CASO DE JUIZ DE
FORA**

SILVIA MARIA DE OLIVEIRA MENDES

JUIZ DE FORA

2007

**SAÚDE MENTAL E TRABALHO:
TRANSVERSALIDADE DAS POLÍTICAS E O CASO DE JUIZ DE
FORA**

SILVIA MARIA DE OLIVEIRA MENDES

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Serviço Social, sob a orientação da Profa. Dra. Leila Baumgratz Delgado Yacoub

Juiz de Fora, 2007.

**SAÚDE MENTAL E TRABALHO:
TRANSVERSALIDADE DAS POLÍTICAS E O CASO DE JUIZ DE
FORA**

SILVIA MARIA DE OLIVEIRA MENDES

Dissertação de Mestrado submetida à Banca Examinadora nomeada pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre.

Profa. Dra. Leila Baumgratz Delgado Yacoub

Profa. Dra. Erotides Maria Leal

Profa. Dra. Maria Rosângela Batistoni

“Não entendo. Isso é tão vasto que ultrapassa qualquer entender. Entender é sempre limitado. Mas não entender pode não ter fronteiras. Sinto que sou muito mais completa quando não entendo. Não entender, do modo como falo, é um dom. Não entender, mas não como um simples de espírito. O bom é ser inteligente e não entender. É uma benção estranha, como ter loucura sem ser doida. É um desinteresse manso, é uma doçura de burrice. Só que de vez em quando vem a inquietação: quero entender um pouco. Não demais: mas pelo menos entender que não entendo” (Clarice Lispector).

Alfeu,
escolha de amor e sentido de vida...
Nettinho, filho amado,
esperança, descobertas e aposta existencial.

AGRADECIMENTOS

Se existe algo ou alguém que emane força e apoio para além daqueles que cito, meus sinceros agradecimentos, pois há algo de inexplicável nisso tudo que nos cerca.

Primeiramente, aos usuários e familiares dos serviços de saúde mental, que em meio ao sofrimento, são complacentes com nossa impaciência, impetuosidade e curiosidade. Compreensivos quando julgamos (e erramos). Acolhedores quando, sabendo pouco, damos-nos por detentores de todo conhecimento. Benevolentes com nossa vaidade. O nosso reconhecimento a todas estas pessoas porque, por mais que façamos, tudo não passa do dever cidadão.

Aos queridos professores, ontem, hoje e sempre, que se empenham no labor de tornar-nos mais humildes perante a sabedoria de tantos; e mais sábios também. Especialmente:

À Professora Leila, minha orientadora, pela sua dedicação, carinho e disponibilidade com que me acolheu e me incentivou na realização deste trabalho;

À Professora Rosângela, que me estimulou na busca de caminhos investigativos;

À Professora Malú que, com discussões pertinentes, me aguçou no fortalecimento do compromisso com opções ético-políticas, na direção da construção de uma outra ordem;

Ao Professor Hernán pelas discussões valiosas, que contribuíram para que eu pudesse expandir minhas procuras na busca de encontros fundados na análise crítica;

À Professora Badinha, em todos os momentos, pelo empenho que me permitiu alcançar o conhecimento para além do mero interesse, contribuindo com meu crescimento pessoal, profissional e intelectual.

Aos familiares e amigos, pelo amor, paciência e apoio.

Aos colegas de trabalho, especialmente ao Jairo, pela confiança e apreço.

RESUMO

Esta dissertação tem como objetivo explorar as possibilidades de ampliação de direitos e do exercício de cidadania dos usuários que participam do programa de geração de trabalho e renda junto a serviços de saúde mental do município de Juiz de Fora, refletindo sobre as implicações decorrentes da reestruturação produtiva, que tem contribuído para o surgimento de alternativas como a economia solidária. O objeto deste estudo é a Associação Trabalharte, entidade que organiza as atividades de trabalho do grupo constituído de usuários e familiares assistidos pelo programa. Estas atividades se desenvolvem no Centro de Convivência Recriar, dispositivo assistencial vinculado ao Departamento de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde. As referências teóricas constituem-se dos campos temáticos da reforma psiquiátrica – tendo sido exploradas as categorias cronificação e reabilitação psicossocial, entendida como campo de desenvolvimento de técnicas de intervenção no campo da psiquiatria para combater a cronificação –, e da economia solidária – cujas categorias examinadas foram vulnerabilidade social e Terceiro Setor por estarem relacionadas às práticas dirigidas aos grupos populacionais alvo da política.

PALAVRAS CHAVE: saúde mental, trabalho, economia solidária.

ABSTRACT

This dissertation aims to explore the possibilities of expansion of rights and the exercise of citizenship of users who participate in the program of creating jobs and income along with the mental health services of Juiz de Fora, reflecting on the implications arising from the restructuring production, which has contributed for the emergence of alternatives such as solidary economy. The object of this study is the Association Trabalharte the organisation which organises the activities of the working group consisting of users and families assisted by the program. These activities are developed in the Center for Living Recreate, care device linked to the Department of Mental Health of the Municipal Health Secretariat. The theoretical references are from the thematic fields of psychiatric reform - has been explored in the categories chronic and psychosocial rehabilitation, understood as a development of techniques for intervention in the field of psychiatry to combat chronic condition - and the economy solidarity - whose categories examined were social vulnerability and Non-Profit per relate to practices aimed at population groups target of the policy.

KEY WORDS: mental health, labor, solidarity economic.

LISTA DE SIGLAS

AIHs	Autorizações para Internações Hospitalares
AIS	Ações Integradas de Saúde
AMOCAIS	Associação dos Amigos do Cais
ANTEAG Acionaria	Associação Nacional dos Trabalhadores em Empresas de Autogestão e Participação
AUFACAPS	Associação dos Usuários, Familiares e Amigos do CAPS Pedro Pelegrino
AUFACEP	Associação de Usuários, Familiares e Funcionários do Centro Psiquiátrico/RJ
BPC	Benefício da Prestação Continuada
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS/SP	Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira
CERSAM	Centros de Referência em Saúde Mental
CGT	Confederação Geral dos Trabalhadores
CIST	Cadastro de Iniciativas de Saúde Mental e Trabalho
CLIS-JF	Comissão Local Interinstitucional
CONAES	Conferência Nacional de Economia Solidária
CONASP	Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária
CONCRAB	Confederação das Cooperativas de Reforma Agrária do Brasil
DIEESE	Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Sócio-econômicos
DRS/JF	Diretoria Regional de Saúde de Juiz de Fora
DSME	Departamento de Saúde Mental
EE	Emoções Expressas
FASC	Fundação de Assistência Social e Cidadania
FBES	Fórum Brasileiro de Economia Solidária
FEES	Fóruns Estaduais de Economia Solidária
GRS/JF	Gerência Regional de Saúde
GT	Grupo de Trabalho
IFB	Instituto Franco Basaglia
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência e Previdência Social
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
INTECOOP/ UFJF	Incubadora Tecnológica de Cooperativas Populares da Universidade Federal de Juiz de Fora
ITCPS	Incubadoras Tecnológicas de Cooperativas Populares
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MST	Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
MTSM	Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental
NAPS	Núcleos de Atenção Psicossocial
NOT	Núcleo de Oficinas e Trabalho
ONG	Organização Não Governamental
PADQ	Programa de Atenção a Dependência Química
PAP	Programa de Atenção ao Psicótico
PNASH/Psiq.	Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar na área da Psiquiatria
PRONINC	Programa Nacional de Incubadoras de Cooperativas
PVC	Programa De Volta Para Casa
SENAES	Secretaria Nacional de Economia Solidária
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SMIC	Secretaria Municipal de Produção, Indústria e Comércio
SSDA	Secretaria Municipal de Saúde, Saneamento e Desenvolvimento Ambiental
SURICATO	Associação de Trabalho e Produção Solidária
SUS/JF	Sistema Único de Saúde de Juiz de Fora
UNISOL	União e Solidariedade das Cooperativas do Estado de São Paulo.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	1
1. DA GRANDE INTERNAÇÃO À DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: CONFIGURAÇÃO MUNDIAL e BRASILEIRA.....	8
1.1. Nível mundial: de reformas parciais à pluralidade de experiências.....	8
1.1.1. Saúde mental: reformas parciais e segmentadas.....	8
1.1.2. Reformas Psiquiátricas: singularidades em países desenvolvidos.....	11
1.2. Nível Brasileiro: do tratamento tradicional à conquista da reforma.....	19
1.2.1. Segregação do tratamento da loucura.....	19
1.2.2. Contexto Brasileiro e Reforma Psiquiátrica.....	22
2. PARADIGMA PSIQUIÁTRICO ANTI-INSTITUCIONAL.....	39
2.1. Noções de Sujeito: implicações clínicas e políticas.....	39
2.2. Modelos de Reabilitação Psicossocial.....	43
2.3. Reabilitação psicossocial: aspectos contraditórios.....	53
3. ECONOMIA SOLIDÁRIA: POLÍTICA SOCIAL PÚBLICA DE TRABALHO - PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS.....	63
3.1. Economia Solidária: (re) invenção do cooperativismo no Brasil.....	63
3.2. Economia Solidária: Política Social Pública.....	78
3.2.1. Estratégias de trabalho para os portadores de transtornos mentais e Economia Solidária.....	83
3.3. Interrelação entre trabalho e portador de transtornos mentais.....	104
4. GERAÇÃO DE TRABALHO E RENDA - SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL DE JUIZ DE FORA.....	110
4.1. Saúde mental no cenário juizforano: construção de política pública.....	110
4.2. Trabalharte: possibilidades de geração de trabalho e renda.....	117
4.2.1. Processo de criação e de formalização.....	117
4.2.2. Organização e funcionamento.....	120
4.2.3 Vozes em desinstitucionalização, incluindo o trabalho.....	126
4.3. Existem caminhos, mas é necessário refinar os conceitos.....	135
CONCLUSÃO.....	142
BIBLIOGRAFIA.....	147
ANEXO I.....	154

INTRODUÇÃO

"Não serei o poeta de um mundo caduco.
Também não cantarei o mundo futuro.
Estou preso à vida e olho meus companheiros.
Estão taciturnos mas nutrem grandes esperanças.
Entre eles, considero a enorme realidade."
(Carlos Drummond de Andrade - Mãos Dadas)

Portadores de transtornos mentais, dentre estes os que sofrem devido severidade e persistência dos sintomas. Este é o ser humano que nos motivou à realização deste estudo, tendo como centralidade a perspectiva de geração de trabalho e renda, de acordo com as propostas de alternativas de produção autogestionárias que têm como pressuposto a possível conciliação entre capital e trabalho, por meio de políticas sociais públicas.

A complexidade e densidade da configuração deste sujeito implicaram na escolha de caminhos investigativos, e para tanto nos acercamos da necessidade de retomar a compreensão histórica da loucura, como parâmetro analítico do que vem acontecendo na contemporaneidade. Com esta intencionalidade buscamos evidenciar aspectos que são demonstrativos da singularidade do trabalho no capitalismo, referenciando-o como necessidade para este sujeito.

Esclarecemos que a nossa experiência na área da saúde mental, no contexto juizforano, nos permite considerar que este contexto reflete o que vem sendo construído no Brasil, em termos de políticas públicas, que visam garantir direitos para ampliar a condição de cidadania do portador de transtornos mentais. Principalmente daqueles que se encontram em situação de despossessão, em consequência do lugar que lhes fora atribuído pela sociedade desde a invenção da psiquiatria – lugar de enclausuramento, tutela e negação de direitos. Esta invenção contribuiu para legitimar os hospitais gerais e posteriormente os psiquiátricos como espaço físico de segregação da loucura, porém com implicações culturais, sociais, políticas e econômicas que tornaram a luta por direitos o mote de amplos movimentos, que se estabeleceram especialmente nas últimas três décadas do século XX culminando com a Reforma Psiquiátrica.

Neste sentido evocamos a definição proposta por Amarante (1997, p. 165): "processo permanente de construção de reflexões e transformações, que ocorrem a um só tempo nos campos assistencial, cultural e conceitual". Este processo, que defende a desinstitucionalização, objetiva ressignificar as relações que se estabelecem com a loucura,

construindo com ela uma nova relação, visto que o debate acerca da reforma psiquiátrica é algo anterior a qualquer debate médico ou científico; é uma discussão humana, a qual sugere a cidadania e os direitos humanos do portador de transtornos mentais, que incluem também o direito a um verdadeiro e digno tratamento.

Quando se considera o louco como sujeito e não apenas como doente mental, a assistência é modificada. Dessa forma, o paciente psiquiátrico passa a ser compreendido na interface das questões jurídicas, políticas, culturais e econômicas presentes na sociedade, implicando a relação entre qualidade de vida e a saúde das pessoas (SILVA, 2000, p. 102).

Segundo Amarante (1997), os princípios fundamentais desta Reforma estão em romper com a tradição científica psiquiátrica; desconstruir as marcas negativas impostas à loucura pela instituição e o saber médico; e conquistar para a loucura um lugar social de tolerância e respeito às diferenças. Por isso, faz-se mister a transposição de um ato científico para um ato político, na tentativa de criar um novo olhar sobre a questão da loucura, envolvendo-se todas as esferas sociais, especialmente as que se responsabilizam pelo exercício do poder político e do poder econômico. Dentro das discussões acadêmicas, esta questão transcende à Psiquiatria, envolvendo toda a comunidade dita científica. Afinal, a reforma psiquiátrica vem lembrar também a que serve a ciência, como bem se questiona Moffatt (1980, p. 11):

Esse povo precisa de uma Sociologia, uma Psiquiatria, uma Psicologia, uma História, uma Antropologia que o ajude a enfrentar o sistema ideológico dos opressores; esse mesmo povo nos está dizendo, do fundo das favelas, das fábricas, das fazendas, dos cárceres e dos manicômios: "De que lado estão vocês?[...] A quem servem?[...] Aos exploradores[...]. Ou a nós?"

Se a Psiquiatria, bem como outras ciências, não estiverem próximas, aliadas ao portador de transtornos mentais, elas continuarão assépticas e descompromissadas. É importante que as ciências emprestem o seu poder para que este portador possa se ressocializar. Também os movimentos de reforma psiquiátrica têm sua contribuição pois além das lutas empreendidas visando a superação do modelo manicomial e da violência da Psiquiatria Custodial, assumiram a defesa na direção da conquista de uma cultura universal da Reforma Psiquiátrica. Estes movimentos, integrados por profissionais, familiares e usuários, se dispuseram à conquista desta cultura, pois como proferira Basaglia, a questão da loucura diz respeito a todo um mundo que se quer chamar civilizado. A organização política destes movimentos sociais organizados constituiu um dos fatores essenciais para que fosse reforçada

a necessidade da responsabilização efetiva do aparato estatal, com a efetividade da política social pública na área da saúde mental. No entanto, referenciamos que

Para a manutenção dos avanços no campo da saúde mental, que hoje são preeminentes, é necessário reconhecer o vigor da história, o contexto dos acontecimentos, as contradições, as esperanças, as conquistas e as frustrações presentes, que explicitam na Reforma Psiquiátrica o poder de atuação do importante ator que é o movimento social organizado na saúde mental (SILVA, 2000, p. 103).

Esta ponderação é instigante porque consideramos essencial a percepção de que ao se propor uma reformulação no campo da assistência à saúde mental, logo renascem os medos da sociedade que pareciam controlados pelo manicômio. Os mitos de periculosidade e da invalidação social, que foram designados ao louco, compõem grandes obstáculos aos avanços. Além disso, existe a resistência dos próprios profissionais que se agarram a suas verdades científicas e temem perdê-las. Também no Brasil ainda encontramos um terceiro "inimigo", a chamada indústria da loucura (LOBOSQUE, 2001). Apesar destes mitos, o portador de transtornos mentais vem tendo seus gritos contidos escutados por muitos e começam a assistir a "novas manhãs renascendo", longe dos espaços claustrofóbicos dos hospitais psiquiátricos. A longa trajetória envolve, por um lado, derrotas e retrocessos, mas por outro, conquistas e avanços importantíssimos.

Mas também enfatizamos que nesta trajetória emergiu como mais uma estratégia a economia solidária que está se associando à área da saúde mental. No entanto, destacamos que o crescimento das iniciativas de geração de trabalho e renda coincide com o período em que se acentuou no Brasil a desregulamentação da economia, favorecendo a autonomia dos mercados para privilegiamento dos interesses capitalistas. Estas referências delimitam um quadro problemático, relativo à economia solidária, que inclui controvérsias no debate teórico acerca dos conteúdos ideopolíticos que lhe são pertinentes, referenciando-se especialmente às mudanças no mundo do trabalho.

Segundo Antunes (1999), estas mudanças refletem uma dimensão fenomênica que se apresenta sob a forma da reestruturação produtiva em suas múltiplas variantes concretas (material e ideológica) no sistema de produção das necessidades sociais e auto-reprodução do capital. Desta dimensão emerge um aspecto estrutural, da crise do capital que resulta no conjunto de respostas mais imediatas à sua lógica destrutiva e seus efeitos nefastos para o metabolismo social. O trabalho social hoje, complexificado, socialmente combinado e intensificado nos seus ritmos e processos, se coloca como esfera central da sociedade enquanto processo que cria valor. E, ainda que o trabalho vivo esteja diminuindo, através da

redução de seu tempo físico e do trabalho manual direto, Antunes (1999) mostra a necessidade de contínua recorrência do capital a formas de trabalho precarizadas e intensificadas, também em países desenvolvidos, o que denota uma verdadeira superexploração do trabalho, elemento este vital para a realização do ciclo produtivo do capital

Dessa forma, as iniciativas identificadas com a economia solidária notadamente desenvolvem-se na informalidade, característica constitutiva importante dos empreendimentos solidários também no âmbito da saúde mental. A informalidade do trabalho significa, segundo Antunes (2006, p. 45) "trabalho desprovido de regulamentação, com redução (quando não eliminação) de direitos [...]". E de acordo com Barbosa (2006, p. 95), "a informalidade refere-se às atividades econômicas típicas de unidades produtivas que descumprem leis, benefícios sociais, regulações e normas fiscais".

Como objetivo do trabalho procuramos explorar as possibilidades de ampliação de direitos e do exercício da cidadania de usuários de serviços de saúde mental vinculados ao programa de geração de trabalho e renda de Juiz de Fora, buscando:

- refletir sobre as implicações decorrentes da reestruturação produtiva, que tem contribuído para o surgimento de alternativas como a economia solidária;
- sistematizar a trajetória histórica da loucura procurando contextualizar o processo de constituição e de legitimação da Reforma Psiquiátrica e da reabilitação psicossocial;
- discutir sobre a significação da economia solidária, particularizando a sua institucionalização como política social pública;
- enunciar as implicações da economia solidária para a área da saúde mental;
- contribuir para a ampliação do debate sobre a desinstitucionalização, especialmente no que se refere à criação de estratégias de geração de trabalho e renda para o portador de transtornos mentais.

Com estas reflexões, informamos que estruturamos o nosso estudo em quatro capítulos. O primeiro é dedicado à saúde mental onde estão apresentadas referências históricas sobre os contextos mundial e brasileiro, procurando especificar movimentos e processos de Reforma Psiquiátrica. Particularizamos entre as reformas significativas a italiana, e na realidade brasileira cuidamos de evidenciar os seus momentos constitutivos, procurando sinalizar os aspectos que são configuradores deste início de milênio. Entre os autores que escolhemos para fundamentar este capítulo mencionamos: Basaglia, 1979; Tenório, 2001, 2002; Amarante 1995, 1997.

No segundo capítulo, as nossas reflexões se voltaram para o paradigma psiquiátrico antinstitucional, considerando essenciais as referências apresentadas porque evidenciam as discussões sobre as noções de sujeito que se expressam nas contradições entre a clínica e a política, bem como em possibilidades reabilitativas pensadas no âmbito internacional. Acrescemos a estas, singularidades do processo de reabilitação psicossocial, que nos permitem a compreensão dos seus elementos contraditórios. Temos como autores principais que asseguram as pontuações que fizemos neste capítulo: Leal, 1997; Lobosque, 1997; Saraceno, 1996, 1999; Bisneto, 2001.

O terceiro capítulo se inscreve na polêmica estratégia da economia solidária, onde nos ativemos em interpretações que ultrapassam a compreensão desta estratégia como um campo de práticas econômicas de grupos populares para obtenção da renda através do trabalho, que não corresponde ao que se define como "assalariamento formal" (BARBOSA, 2006, p. 101). Nos propusemos a expor uma dimensão analítica que também inclui o entendimento de que esta vem se constituindo como política social pública, contando com a participação efetiva do Terceiro Setor. Desta forma, enfatizamos a busca pela legitimação de práticas pertinentes à economia solidária, no que se refere aos grupos populacionais aos quais está direcionada e por constituir-se como fomentadora de experiências que se organizam como não governamentais, sem fins lucrativos. Apresentamos também experiências de economia solidária na saúde mental, destacando a italiana e outras de algumas cidades brasileiras, que correspondem à tentativa de superação da condição do que tem sido referido como vulnerabilidade social, onde tem sido integrado o portador de transtornos mentais. Entendemos que essas experiências fazem parte das estratégias capitalistas, visando compensar o enxugamento do Estado que vem causando o recuo das políticas públicas de proteção social. Enfocamos que estas experiências são agenciadas também pela Secretaria Nacional de Economia Solidária - Senaes - criada em 2003, junto ao Ministério do Trabalho e Emprego - MTE. Esta Secretaria, a partir de 2004 vem estabelecendo com o Ministério da Saúde - MS- parceria quanto à operacionalização do Programa de Inclusão Social pelo Trabalho, no qual está inscrito o portador de transtornos mentais. Entre os autores que dão sustentação ao que apresentamos: Netto e Braz, 2006; Singer, 1999, 2000, 2002, 2006; Bertucci, 2005; Bertucci, 2007; Menezes, 2005; Montaña, 1999a, 1999b.

A partir da construção do quadro de referências teóricas delineados nos parágrafos anteriores, passamos à configurar, no quarto capítulo, a Associação Trabalharte, criada em 2001, inserida no Centro de Convivência Recriar, sendo um dos serviços que promovem a desinstitucionalização vinculado ao Departamento de Saúde Mental - DSME - da Secretaria

Municipal de Saúde, Saneamento e Desenvolvimento Ambiental - SSSDA - (instância responsável pela gestão plena do Sistema Único - SUS - de Juiz de Fora). Esta Associação está inserida na área da saúde mental mantida pelo poder público municipal de Juiz de Fora e é o espaço onde estamos realizando a nossa prática profissional, tendo participado desde as ações precursoras desta criação. Para tanto, realizamos uma pesquisa de natureza qualitativa, que está assegurada nas contribuições de Minayo (1994, p. 87) que nos possibilitam compreender que esta modalidade de pesquisa é a que "melhor responde às necessidades metodológicas da pesquisa social que vincula a teoria à prática, mormente no campo da saúde, no qual a realidade apela de forma tão existencial e imediata".

Esta proposta teórico-metodológica para o campo da saúde requer como essencial "uma abordagem dialética que compreende para transformar e cuja teoria, desafiada pela prática, a repense permanentemente" (MINAYO, 1993, p. 13). Defende também que os fenômenos saúde e doença precisam ser tratados enquanto campos de articulação, o que nos permite identificar contradições e potencialidades, uma vez que "abarca não somente o sistema de relações que constrói o modo de conhecimento exterior ao sujeito, mas também as representações sociais que constituem a vivência" das suas relações objetivas, que contêm significados (MINAYO, 1993, p. 11). Este, é parte integrante da totalidade que precisa ser estudada, incluindo acontecimentos e relações construídos.

Este suporte teórico-metodológico, nas elaborações de Minayo (1993, p. 13), corresponde também à especificidade da área da saúde, que

[...] é dada pelas inflexões sócio-econômicas, políticas e ideológicas relacionadas ao saber teórico e prático sobre saúde e doença, sobre a institucionalização, a organização, a administração e avaliação dos serviços e a clientela dos sistemas de Saúde. Dentro desse caráter peculiar está sua abrangência multidisciplinar e estratégica. O campo da saúde se refere a uma realidade complexa que demanda conhecimentos distintos integrados e coloca de forma imediata o problema da intervenção.

Verificando que nossa intencionalidade de pesquisa se enquadra nestes pressupostos, acercamo-nos mais de suas elaborações, uma vez que reforça que a pesquisa qualitativa é "aquela que articula a compreensão das estruturas, dos processos, das relações, das percepções, dos produtos e dos resultados, com a visão dos atores sociais envolvidos na sua constituição, desenvolvimento, contexto e possibilidades de mudanças" (MINAYO, 1993, p. 13). E, quando "transfere" o debate do qualitativo para o campo da saúde, a autora ainda registra que nele surgem questões semelhantes às da esfera maior das Ciências Sociais, porque a saúde não

se revela "como uma disciplina ou um campo separado das outras instâncias da realidade social", ou seja, faz parte desta, se apresenta intercondicionada em seu movimento, sofrendo intercorrências da totalidade social (MINAYO, 1993, p. 13).

Com estes referenciais é que também nos propusemos à realização da coleta de dados utilizando como instrumentos a observação documental e a entrevista não estruturada. A primeira foi realizada no período de outubro a novembro de 2007, principalmente nos Livros de Atas e das reuniões da Tralhartete que nos permitiu a seleção e sistematização de informações sobre a referida Associação, proporcionando evidenciar aspectos relevantes da sua organização e funcionamento. As entrevistas foram realizadas durante o mês de outubro de 2007 com sete portadores de transtornos mentais participantes desta Associação, que foram escolhidos segundo critérios pré-determinados, expostos no capítulo quarto. O roteiro elaborado para a realização das entrevistas (Anexo I) constou de questões abertas sobre a caracterização dos integrantes da amostra, bem como sobre aspectos da sua condição de portadores de transtornos mentais.

Os resultados obtidos estão sistematizados neste capítulo, possibilitando assim o entendimento sobre a Tralhartete como mais uma experiência de geração de trabalho e renda. A importância e significação ressaltadas nas correlações analíticas são demonstradoras de correspondência com o que foi anteriormente mencionado, especialmente sobre a economia solidária.

A finalização deste nosso estudo nos permite resgatar o sentido e o valor que encontramos na realização do mesmo, visto que a nossa perspectiva é a de contribuir para que sejam ampliadas as discussões e as produções na área da saúde mental. Consideramos a necessidade de ampliar as reflexões e questionamentos sobre as estratégias que vem se consolidando, reforçadoras da informalidade e da precariedade na geração de trabalho e renda nos serviços que promovem a desinstitucionalização na área da saúde mental. É com esta perspectiva que nos asseguramos em Mézaros(2002, p. 716):

[...] o fato do capital, como um modo de reprodução sociometabólico, ser incontrolável [...] significa não somente que o capital é irreformável, mas também que não pode compartilhar poder, mesmo em curto prazo, com forças que pretendem transcendê-lo.

1. DA GRANDE INTERNAÇÃO À DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: CONFIGURAÇÃO MUNDIAL E BRASILEIRA

"[...] É estranho que tu, sendo homem do mar, me digas isso, que já não há ilhas desconhecidas, homem da terra sou eu, e não ignoro que todas as ilhas, mesmo as conhecidas, são desconhecidas enquanto não desembarcamos nelas, Mas tu, se bem entendi, vais à procura de uma onde nunca ninguém tenha desembarcado, Sabê-lo-ei quando lá chegar, Se chegares, Sim, às vezes naufraga-se pelo caminho, mas, se tal me viesse a acontecer, deverias escrever nos anais do porto que o ponto a que cheguei foi esse, Queres dizer que chegar, sempre se chega, Não serias quem és se não o soubesse já" (José Saramago).

1.1. Nível mundial: de reformas parciais à pluralidade de experiências

1.1.1. Saúde mental: reformas parciais e segmentadas

O ponto de partida sobre as reformas que ocorreram na área da saúde mental que consideramos como a centralidade para o nosso estudo se expressa no final do século XVIII, quando se consolida o domínio hegemônico da medicina nesta área (PESSOTI, 1999). Sobre este domínio, Basaglia (1979) afirma que a história da Psiquiatria é a história dos psiquiatras, com suas extravagantes classificações da doença mental.

O pioneirismo de alguns médicos da época, como o francês Philippe Pinel, o inglês William Tuke, o italiano Chiaruggi e o alemão Reil, é reconhecido pois introduziram técnicas na "melhora" do tratamento dos portadores de transtornos mentais. Sob suas orientações os hospitais deixaram de acorrentar seus pacientes e a contribuição "primordial foi mudar a atitude da sociedade em relação aos insanos, de modo que esses pacientes pudessem ser considerados seres humanos enfermos, merecedores e necessitados de tratamento médico" (ALEXANDER; SELESNICK, 1980, p. 161). Estes pioneiros forjaram a ebulição que formalizou a psiquiatria como especialidade médica (RICCIARDI, 2002, p. 1), tendo inaugurado uma nova perspectiva da loucura, uma vez que passaram a utilizar um descrição clínica e proposições para o tratamento dos transtornos mentais.

Desta forma, o tratamento destas doenças passou a ser movido pela intenção de humanizar e experimentar alternativas terapêuticas dirigidas aos alienados. Estes, em função do *alienismo*, eram banidos, aprisionados e tutelados, visando garantir a liberdade e a

credibilidade dos cidadãos capacitados para viver numa sociedade caracterizada pelo poder contratual.

Assim, o saber médico apropriou-se do controle do que, até então, era questão de ordem pública, moral ou filosófica. A constituição deste poder, conferido à medicina, correspondeu ao desenvolvimento da sociedade burguesa, visto que as expressões da questão social passaram a ser ocultadas, uma vez que evidenciavam as mazelas decorrentes da dominação de classe.

Além dos loucos, os hospitais gerais estavam destinadas a recolher das ruas e segregar frações populacionais que se encontravam em situação de pobreza e miséria: desempregados, mendigos, moribundos, insanos, inaptos, cujas desvantagens sociais e econômicas contrariavam a ordem burguesa que se estabelecia. Estes hospitais constituíam-se como uma estrutura semi-jurídica com funções administrativas que, juntamente com os demais poderes constituídos, decidia, julgava e executava, exercendo um papel assistencial. As práticas desenvolvidas eram configuradas como instrumento correcional (meio e fim) para os desvios que causavam também a improdutividade dos desadaptados (GUERRA, 2004).

A ousadia de Pinel - pai da psiquiatria e conhecido por desacorrentar os loucos - segundo Tenório (2002, p. 02), foi considerar que a enfermidade "intratável" de seus pacientes resultava das condições a que estavam submetidos nestas instituições, incluindo a extrema violência. O tratamento que idealizou visava controlar os "comportamentos inconvenientes" dos alienados, incompatíveis com as regras sociais e com os padrões morais, por meio da disciplina e do respeito às normas, porém, sem a prática da violência e maus-tratos. As alternativas terapêuticas que implementou significaram a protoforma adquirida pela nascente psiquiatria, que lhe conferiram o signo de que, como ciência "nasceu como reforma".

Pinel foi um construtor teórico e prático que definiu um estatuto patológico para a loucura, pois foi um dos primeiros médicos a acreditar na possibilidade de cura do doente mental, utilizando-se do tratamento moral. Com esta denominação imprimiu à loucura a crença na necessidade de correção das suas manifestações, tendo implicações quanto à tutela e à renúncia de direitos. Os loucos, para não serem tratados como caso de polícia, passaram a ser considerados inimputáveis e, por conseguinte, pessoas de categoria inferior.

Convém, neste momento, ressaltar que não podemos perder de vista que o tratamento moral, bem como outras formas posteriores de tratamento, falaram prioritariamente em nome da repressão e da ordem social. A liberdade, neste contexto, não significava o direito de sair do asilo, mas ao tratamento na instituição que era autorizada para isso. Amarante (1996)

também analisa o tratamento moral, ressaltando que sua principal base encontra-se no isolamento.

No começo do século XIX, as doenças mentais passaram a ser configuradas como uma forma de enfermidade e se tornaram objeto de pesquisa e tratamento, seguindo um critério nosológico de classificação. Esta mudança contribuiu para imprimir cientificidade às instituições correspondentes (os manicômios), utilizando-se de experimentos que impulsionaram descobertas (Amarante, 1996; Pessotti, 1999).

À loucura foi conferido o estatuto de doença orgânica e as condutas utilizadas para o tratamento incluíam práticas violentas que objetivavam a correção dos comportamentos e hábitos dos loucos, impondo-se normas por meio de técnicas de tortura. E ainda, foi conferido o estatuto de instrumentos de cura e de normalização dos comportamentos desviantes as atividades inerentes ao tratamento e ao trabalho.

O prestígio da neurologia começou a questionar o tratamento moral e modernas teorias sobre a loucura encaixavam-se perfeitamente com a solidez das bases científicas que dominavam o pensamento da época. Em 1892 Kraepelin na Alemanha classificou a loucura em dois grandes grupos de doenças, que eram as manias e depressões; e as demências precoces.

O hospício passou a ser o lugar da loucura, como nos afirma Machado (1978, p. 380): "De todas as moléstias a que o homem é sujeito, nenhuma há cuja cura dependa mais do local em que é tratada do que a loucura". Para o isolamento do louco, muitas eram as necessidades terapêuticas que o justificavam, como por exemplo, garantir a segurança da própria pessoa e da família, a imposição de novos hábitos intelectuais e morais, liberá-los de influência externa etc.

O século XIX merece, de acordo com Pessotti (1996, p. 9), a denominação de "século dos manicômios". Para esse autor, também é o manicômio (ou hospital psiquiátrico) o núcleo gerador da consolidação da psiquiatria como especialidade médica, sendo este lugar que "aparece como um cenário de grandes combates, de uma imensa tragédia". Segundo Porter (1997, p. 30): "A psiquiatria tinha uma tendência a ser grandiosa, porém circular: via loucura em toda parte".

1.1.2. Reformas Psiquiátricas: singularidades em países desenvolvidos

Os movimentos a favor da desinstitucionalização, após a segunda Guerra Mundial, começaram a ganhar força em vários países apontando diferenciadas críticas ao modelo manicomial. A produção de bibliografia crítica contra as formas de entender a "loucura" e os transtornos mentais por parte da psiquiatria biologicista, de corte mais repressivo que terapêutico, bem como movimentos "alternativos" ao hospital psiquiátrico, passaram a ocupar espaços visando a busca de mudanças.

Cabe-nos apontar que os fatores sócio-políticos e econômicos que elegeram a ciência médica - psiquiatria - como capaz de promover o conhecimento e tratamento da loucura, passaram a ser questionados em termos de ser considerada suspeita a sua intervenção enquanto disciplina exclusiva, com poder de produção da "verdade". As evidências estavam mostrando que era preciso romper com certas "verdades científicas" incorporadas pela psiquiatria. Miaille (1989, p. 25) explicita muito bem essa idéia:

E se o que é afirmado como "verdade" evidente pudesse ser objeto de um ataque radical? Talvez seja possível ir mais longe, ou melhor, por outro caminho, em relação às vias já traçadas. Talvez haja portas que possamos abrir que as doutrinas precedentes e as afirmações de hoje mantêm fechadas. É esse ultrapassar a que vos convida toda a reflexão científica: e, como qualquer reflexão científica, ela reveste de algum modo o caráter de uma aventura. Ninguém sabe o que afinal de contas será descoberto, ninguém sabe que dificuldades nos esperam nessa exploração. Mas vale bem a pena tentar a experiência, mesmo se ela nos conduzir por caminhos solitários, mesmo se ela nos opuser a tudo o que se encontra "normalmente" dito e explicado.

Ressaltamos como importante a contextualização da reformulação de uma práxis vista por anos como verdade científica absoluta, como bem reflete as palavras de Amarante (1995, p. 46): "Assim, podemos atribuir à história uma potência demarcadora de diferença e, com isso, tê-la como instrumento de desconstrução dos dispositivos institucionais percebidos como a-históricos e, assim, eternos, espontaneamente produzidos e imutáveis". Isto quer dizer que os novos modelos são frutos de uma época, precisando estar em constante processo de reflexão e reformulação para não repetirmos erros do passado, quando a referida "boa vontade cega" dos psiquiatras não os deixava enxergar os efeitos nocivos e irreversíveis dos tratamentos utilizados. Laing (1968, p. 18) censurou estes profissionais:

[...] mas os seres humanos que fazem essas coisas em outras pessoas tendem a sentir sincero interesse, dedicação e piedade; e praticamente não podem evitar sentirem-se cada vez mais indignados, tristes, horrorizados e escandalizados com aqueles que, dentre os seus colegas, estão horrorizados e escandalizados com os seus atos.

Consideramos então relevante sinalizar que os manicômios como instituições encarregadas de "cuidar" do louco, curá-lo, não pareciam estar conseguindo cumprir bem o seu papel. O ambiente intra-muros era extremamente degradante e desumano, fazendo o sujeito se despir de sua individualidade e de seus papéis sociais. O controle exercido pela instituição era tão repressor que impossibilitava qualquer tentativa de individualização. A grande parte dos pacientes era de crônicos, a vagar pelo que Carrano (2001, p. 55) batizou de "canto dos malditos", uma vez que

[...] o conceito geral daquele pátio é uma grande jaula, onde as feras ficavam, umas deitadas, outras sentadas em diversos lugares, os olhares perdidos horas e horas, olhando não se sabia para onde. Todos mantidos escondidos, como animais contaminados e que deviam ser trancados em algum lugar.

Além disso, os hospitais psiquiátricos concentravam-se no exercício do controle e coerção, e o apoio da família e da sociedade leiga, em geral, configurava-se muitas vezes como imprescindível na perpetuação do modelo manicomial. Esta passou a ser a resposta da sociedade leiga em relação à loucura, independente do tratamento degradante e desumano. É como se essas pessoas tivessem perdido sua humanidade ao enlouquecerem, tornando-se seres grotescos, cujo convívio seria impensável. Merecem ser destacadas ainda as questões subjetivas e sociais que não pareciam encontrar espaço nas instituições psiquiátricas, onde não se enxergava além dos sintomas. Ao revés, o paciente, ao adentrá-la, possuía algum equívoco que precisaria ser tratado. Tal tratamento iria forçá-lo, encaixá-lo às normas para que, adaptado, voltasse à sociedade (COOPER, 1973). O que ocorreria nesse período de tratamento numa instituição psiquiátrica faria com que o portador de transtornos mentais se distanciasse cada vez mais da sociedade normatizada, fazendo com que ela própria não mais o aceitasse no seu convívio.

Estas ponderações são essenciais para a compreensão de que o contexto mundial de crescimento econômico e de grande desenvolvimento dos movimentos sociais, que lutavam por uma sociedade mais justa, tolerante, sensível às diferenças e às minorias, contribuiu para que a luta nas instituições psiquiátricas unisse forças ao eco das reivindicações sociais.

Além da vontade coletiva de criar uma sociedade mais livre e solidária, alguns fatores contextuais funcionaram como fatores propulsores dos diferentes movimentos de reforma psiquiátrica no mundo. Basaglia (1979) nos lembra que a luta pela emancipação da sociedade tomou outro colorido, trazendo-nos a esperança de que o mundo poderia ser efetivamente

diferente. E quanto a estes fatores estão a descoberta dos medicamentos psicotrópicos e as demandas sociais de reorganização do espaço hospitalar surgidas com os ares de modernidade, bem como a adoção da Psicanálise e da Saúde Pública nas instituições de Psiquiatria (AMARANTE, 1995; DESVIAT, 1999).

Particularizando-se a psicanálise, ressaltamos que Barreto (2005) evidencia que esta tem caráter político e compromisso com a autonomia¹. Enquanto referencial ou técnica de tratamento, as práticas emanadas deste campo de conhecimento afirmam possibilidades de ressignificação em que são lançados os indivíduos a partir da linguagem e formas de expressão, permitindo novos sentidos para os fenômenos da loucura, não o controle moral sobre tais manifestações; e a liberdade de existir e conviver com a diferença ou com aquilo que escapa ao que é percebido como normalidade psíquica.

Acrescemos que o avanço dos psicofármacos acaba por prometer "paraísos artificiais" à sociedade, além de ampliar o terreno da intervenção psiquiátrica. Não se trata aqui de negar a evolução dos medicamentos na área da psiquiatria, mas temos que elucidar que estes concentram-se no controle dos sintomas, o que faz com que os psiquiatras concordem que não é o bastante.

Evidentemente que o modelo clássico é amplamente difundido até os dias atuais, mesmo tendo surgido tantos outros modelos comprovadamente exitosos, sendo que parcelas de profissionais apoiam-se em argumentos defensivos de sua prática e partem para o ataque, aos modelos substitutivos. Assim, a aceitação ou resistência a novas práticas também está relacionada com o momento político de cada país, tendo em vista que mudanças estruturais como as propostas por estes movimentos devem ter apoio de diferenciados níveis de poder. Dessa forma, cabe-nos mapear as experiências exitosas, que constituem fontes de referência que influenciaram a trajetória da Reforma Psiquiátrica no nosso país.

Desviat (1999) classifica os movimentos de reforma psiquiátrica em dois grupos. O primeiro grupo busca a transformação do manicômio em uma instituição terapêutica, como pretenderam a Psicoterapia Institucional ou as Comunidades Terapêuticas. A outra alternativa proposta pelo segundo grupo é o fechamento do manicômio como pré-condição da reforma, e

¹ Para o autor, diferentes concepções de autonomia são adotadas no campo da saúde mental, às vezes se confundindo com a noção de cidadania. Neste estudo, adotaremos autonomia significando a aquisição das habilidades possíveis, psicomotoras, intelectuais e afetivas, perdidas ou não desenvolvidas em consequência da cronificação a que são submetidos os psicóticos institucionalizados por longos períodos e, como consequência, a possibilidade de libertação e crítica aos processos que tornam a dependência fonte de exploração desta condição (cronificação). Acreditamos que a condição básica para avançar no exercício da cidadania (efetivação de direitos como a obtenção da renda e consumo, moradia e trabalho) é o ganho de níveis de autonomia compatíveis com as trocas a serem efetuadas nos ambientes de escolha dos sujeitos (ou, de acordo com Saraceno (1996), cenários) e com as possibilidades de cada um.

aqui encontramos a Psiquiatria Democrática italiana e a Desinstitucionalização dos Estados Unidos. Birman e Costa (1994) observam essas mesmas características, seguindo uma ordem lógica dos movimentos: a Psicoterapia Institucional e as Comunidades Terapêuticas representando reformas restritas ao âmbito asilar; a Psiquiatria de Setor e Psiquiatria Preventiva, representando um nível de superação das reformas referidas ao espaço asilar; por fim, a Antipsiquiatria e as experiências surgidas a partir de Basaglia, como instauradoras de rupturas com os movimentos anteriores, colocando em questão o próprio dispositivo médico-psiquiátrico e as instituições e dispositivos terapêuticos a ele relacionados.

a- Experiência Inglesa - Comunidades Terapêuticas

A noção de Comunidade Terapêutica surge em 1946, criada por T. H. Main e tendo, posteriormente, Maxwell Jones como o mais representativo dos psiquiatras que se ocupavam dessa experiência. Sua maneira de abordar o problema foi bem recebida e imitada por muitos psiquiatras da época. De acordo com Schittar (1985), alguns estudiosos de microsociologia do hospital psiquiátrico contribuíram decisivamente para que se realizassem as terapias comunitárias, em favor de uma reforma psiquiátrica institucional. A idéia de Comunidade Terapêutica resume-se no tratamento de grupos de pacientes como se fossem um único organismo psicológico e a desarticulação da estrutura hospitalar, como explica Basaglia (1979, p. 84): "Uma comunidade torna-se terapêutica porque tem em si princípios que levam a uma atividade comum, não se limitando somente ao chefe da instituição: o grupo cura-se a si próprio".

É importante perceber que apesar da importância da experiência inglesa de Comunidade Terapêutica, a sua reforma reduz-se ao espaço asilar, não conseguindo resolver o problema da exclusão. Neste sentido, chamava a atenção para os efeitos nocivos da institucionalização, necessitando-se de propostas que visassem a superação do espaço manicomial. Por outro lado, suas idéias influenciaram o movimento antipsiquiátrico inglês, um movimento contracultural nascido nos anos de 1960, que questionou a própria doença mental e a Psiquiatria, representado por nomes como Laing e Cooper. O primeiro afirmou que "a psiquiatria é a morte da alma". Sua tentativa em enxergar os sujeitos que estavam sendo massacrados pela ideologia de repressão psiquiátrica, expressa muito bem a inquietação do movimento da antipsiquiatria: "Comecei a ver que estava envolvido no estudo de situações e não apenas de indivíduos [...] a pessoa que era o paciente no sistema, estando isolada deste, não podia ser encarada como uma pessoa" (LAING, 1968, p. 17).

Entre as formulações de Cooper (1973, p. 36) destacamos a "violência exercida pelos hospitais psiquiátricos", que conceitua como uma "ação corrosiva da liberdade de uma pessoa sobre a liberdade da outra". Assim, a Antipsiquiatria por ele formulada consolida-se com críticas contundentes na tentativa de desconstruir o saber médico-psiquiátrico sobre a loucura e reconstruir as relações entre as pessoas e a instituição. Considerava que este saber tentava desautorizar conceitos tidos como verdades absolutas e denunciar as arbitrariedades cometidas por esta área da medicina.

b- Experiência norteamericana - Centros Comunitários de Saúde Mental

Em 1963, o Congresso dos Estados Unidos aprovou o ato dos Centros Comunitários de Saúde Mental (*Community Health Centers – CMHC*), com áreas de alcance específico (regiões geográficas com uma população de 75.000 habitantes). Cada CMHC deveria proporcionar cinco serviços psiquiátricos básicos: internamento, serviços de emergência que funcionassem 24 horas por dia, consultoria à comunidade, cuidados diurnos (incluindo programas de hospitalização parcial), serviços para pacientes externos, pesquisa e educação. A lei pública 94/63 da legislação norte-americana exigiu o acréscimo de serviços para crianças e idosos, avaliação, pré-hospitalização, serviços de acompanhamento de egressos de hospitais, serviços de abrigo transitório, de prevenção ao alcoolismo e abuso de drogas (KAPLAN; SADOCK, 1993).

Apesar de ser considerada como uma ruptura radical com o hospital psiquiátrico, Basaglia (1979, p. 48) considera que a experiência dos Estados Unidos foi uma "gestão repressiva com colorido de liberdade", pois "nada se destrói transportando as pessoas para outros lugares, ou outros manicômios". Para ele, a ideologia de repressão era a mesma, sendo necessário romper não apenas com o espaço institucional, mas, como afirmamos, com a lógica de tratamento psiquiátrico vigente.

Essas foram experiências pioneiras que fizeram emergir várias reflexões acerca do assunto e tentaram aprofundar as propostas alternativas ao modelo de atendimento, no intuito de efetivar o desmonte do aparelho manicomial.

Segundo Delgado (2000), a substituição do modelo asilar vem sendo a principal característica da assistência à saúde mental a partir dos anos de 1960. De acordo com o autor referido, o processo de desinstitucionalização foi rápido nos Estados Unidos, com a criação dos Centros Comunitários. Na Europa, o processo tornou-se mais gradual, principalmente porque não recebeu os incentivos oficiais de forma tão incisiva como nos Estados Unidos. Na

Itália, a experiência de desinstitucionalização constitui uma exceção, por ser um modelo mais participativo e político do que administrativo.

c- Experiência Francesa - Psicoterapia Institucional

Uma outra proposta, que apesar de fundamental para a história da reforma psiquiátrica não supera a instituição do manicômio, é a Psicoterapia Institucional francesa, uma tentativa de conciliação da Psiquiatria com a Psicanálise. Este modelo, utilizado por Daumezon e Koechlin em 1952, espelhava-se na prática de Tosquelles, que havia levado a Psicanálise aos hospitais franceses em 1940, e pretendia recuperar o potencial terapêutico dos hospitais psiquiátricos, numa tentativa de salvar o manicômio. Segundo seus idealizadores, a instituição tem características doentias e devem ser tratadas, considerando-as como uma linguagem, uma cartografia do inconsciente.

Com um enfoque diferente, mas surgida também no contexto da França do pós-guerra, a Psiquiatria de Setor buscava tratar o paciente dentro do seu próprio meio social. Uma das suas principais contribuições foi a criação da denominação de territórios, os quais seriam setores geográficos que atenderiam uma população não superior a 70.000 habitantes. A criação de equipes e de uma rede de instituições que tinham a responsabilidade de tratar esses pacientes psiquiátricos em seu meio social e cultural constituía recursos terapêuticos importantíssimos, que iam além do hospital psiquiátrico.

A crítica que Rotelli faz a este modelo diz respeito à aceitação da função dos hospitais psiquiátricos, tendo em vista que muitos pacientes eram atendidos pela Psiquiatria de Setor, após internações em instituições. Ao mesmo tempo em que popularizava a Psicanálise, esse movimento fez com que ela ficasse dirigida aos ditos "normais", retirando o foco da demanda dos hospitais psiquiátricos.

d- Experiência Italiana - Psiquiatria Democrática

Franco Basaglia (1985) foi o idealizador de um processo de desmonte de uma estrutura que já parecia enraizada na história da psiquiatria. Em sua obra mais famosa, "A Instituição Negada", Basaglia (1985) relata a experiência do Hospital Psiquiátrico de Gorizia, uma tentativa de humanização do espaço manicomial, onde iniciou mudanças no intuito de transformá-lo numa comunidade terapêutica. A rotina neste Hospital girava em torno das reuniões em que se definiam quanto ao salário ou às saídas dos pacientes. É interessante observar que aqui o trabalho não é visto como "veículo de colonização"; trata-se de uma

tentativa de dar um significado a esse trabalho, de forma que os internos passaram a receber pequenas quantias pelos trabalhos prestados a esta instituição.

Após implantar o processo de transformação neste Hospital, de 1961 a 1968, Basaglia amadureceu uma crítica a respeito da inviabilidade da mera reorganização da instituição psiquiátrica, seja ela técnica, administrativa, humanizadora ou política. Segundo ele, "a única possibilidade de enfrentar a doença mental ou a loucura seria eliminar o manicômio" (BASAGLIA, 1979, p. 87). Era urgente a superação da simples humanização do espaço manicomial.

A tentativa de superação de Gorizia se deu devido às reflexões em torno da superficialidade das ações que humanizavam o manicômio, deixando de lado discussões essenciais como as relações de tutela e custódia, além do conceito de periculosidade social contido no saber psiquiátrico (AMARANTE, 1995). Assim, buscou-se a partir de Gorizia inventar uma prática apoiada na comunidade e nas relações estabelecidas com o louco.

Em outubro de 1971, Basaglia chegou a Trieste a fim de iniciar uma verdadeira demolição do modelo manicomial, extinguindo os tratamentos violentos, abrindo cadeados e grades e destruindo muros que dicotomizavam o mundo externo e o interno, reforçando a segregação social. Além disso, constituiu novos espaços e formas de lidar com o portadores de transtornos mentais (BASAGLIA, 1985, p. 23):

Uma vez transpostos os portões, sempre abertos, o visitante ocasional avança ao longo das alamedas do parque com o objetivo, talvez de ir ao bar da comunidade, situado a 300 metros além da entrada. [...] A essa altura o visitante, inteiramente perplexo, não tem condições de discernir o doente do médico ou do enfermeiro. Então, talvez tentando estabelecer termos de comparação, perguntará fatalmente: "Onde estão os perigosos?"

Deste modo, promoveu a substituição do tratamento hospitalar e manicomial por uma rede territorial de atendimento, da qual faziam parte serviços de atenção comunitários, emergências psiquiátricas em hospital geral, cooperativas de trabalho protegido, centros de convivência e moradias assistidas (chamadas por ele de "grupos- apartamento") para os loucos.

Basaglia e sua equipe pretendiam, com a derrubada dos muros, ir além da reformulação do espaço manicomial, como muitos outros países já vinham tentando. A proposta, com essa atitude radical de abrir a instituição, pretendia dizer um ressoante não, não à Psiquiatria, mas, sobretudo, à miséria social a que estavam relegadas essas pessoas.

Almejava também olhar a pessoa e colocar a doença entre parênteses, afinal o doente não é apenas um doente, mas um homem com todas as suas necessidades.

Basaglia fez com que se olhasse para o problema social em que tinha se transformado a questão da loucura, despertando para o sofrimento de inúmeras pessoas que viviam em condições degradantes e de violência. Quis fazer entender que o problema da loucura, ou dos transtornos mentais graves, não era um problema apenas dos psiquiatras, ou dos que fazem o hospital psiquiátrico, mas um problema que diz respeito a todo o mundo civilizado.

Nas palavras de Desviat (1999, p. 48):

Hoje em dia, mais de 20 anos depois de iniciada a experiência basagliana, entrar no velho manicômio de Trieste, o Ospedale S. Giovanni, e percorrer os amplos espaços onde antigamente era enclausurada a loucura, produz – derrubados os muros e recuperados os pavilhões para uso sanitário, profissional, educativo e cívico – uma agradável sensação de bem-estar, de triunfo.

A partir de Gorizia, experiências semelhantes começam a ser desenvolvidas em outras cidades italianas, como Perugia, Arezzo, Régio-Emília, Parma etc. (ROTELLI; AMARANTE, 1992). O trabalho desenvolvido por Basaglia e seus colaboradores é uma negação à instituição; não é a negação da doença mental, nem da psiquiatria, muito menos o simples fechamento do hospital psiquiátrico, mas diz respeito à negação da incumbência que as instituições sociais delegam à Psiquiatria para isolar, exorcizar, negar e anular os sujeitos à margem da normalidade social (ROTELLI, 1991).

Em 1973 surge o movimento da Psiquiatria Democrática, cujo objetivo era construir bases sociais amplas para a viabilização da reforma psiquiátrica em todo o país. Por iniciativa do Estado italiano, foi proposta a revisão da legislação em vigor. Na ocasião, promulgou-se a lei 180, em 13 de maio de 1978, que ficou conhecida como "Lei Basaglia", proibindo a recuperação de velhos manicômios e a construção de novos, além de reorganizar recursos para a rede de cuidados psiquiátricos, restituindo, assim, condições para a conquista da cidadania dos portadores de transtornos mentais e a garantia do direito a um tratamento psiquiátrico qualificado. Na mesma época, a Organização Mundial de Saúde - OMS - credenciou o Serviço Psiquiátrico de Trieste como principal referência mundial para uma reformulação da assistência em saúde mental.

A importância do apoio na esfera política, inclusive com a criação de leis que dêem subsídios para a efetivação da reforma psiquiátrica, é aqui mais uma vez reforçada. Os países que enfrentam dificuldades com oposição política à implementação de novos serviços têm o

processo das suas reformas lentas ou paralisadas, muitas vezes até assistindo ao retrocesso das suas propostas, conseqüência dessa falta de apoio administrativo, político e financeiro.

Com o apoio necessário, a partir de 1976, o hospital psiquiátrico de Trieste foi fechado oficialmente, e a assistência em saúde mental passou a ser exercida em sua totalidade na rede territorial montada por Basaglia. Desviat (1999, p. 48), mais uma vez, nos dá a exata noção da importância da reforma italiana: "Trieste está encerrando com êxito uma página da história da Psiquiatria na Itália e da história universal do manicômio".

O modelo de reforma psiquiátrica desenvolvido na Itália por Basaglia, que pode ser considerado um marco na tentativa de reinserção social plena do portador de transtornos mentais, foi a influência mais importante recebida pelos trabalhadores de saúde mental do nosso país. A experiência de Trieste fez eco por todo o mundo, chegando também a despertar ouvidos brasileiros que se encontravam adormecidos.

As críticas ao modelo asilar clássico na tradição basagliana, advento de inspiração para os trabalhadores de saúde mental no Brasil, firmam-se em três bases fundamentais, quais sejam (AMARANTE, 1995): a ligação de dependência entre Psiquiatria e Justiça; a origem de classe das pessoas internadas; a não-neutralidade da ciência. Isso quer dizer que as reformas inspiradas na experiência italiana não deverão esquivar-se da discussão desses pilares, correndo-se o risco de não se resolver questões que constituem a raiz do problema.

1.2. Nível Brasileiro: do tratamento tradicional à conquista da reforma

1.2.1. Segregação do tratamento da loucura

A Proclamação da República², é o marco em que à psiquiatria foi conferido o poder de segregar, impondo o trabalho como condição terapêutica, conforme explicita Resende (*apud* GUERRA, 2004). Com esta dimensão é ilustrativo explicitar: "[...] a doença nas classes populares e nos negros se justificará como taras hereditárias e tendências naturais desses grupos a determinados distúrbios mentais e sociais" (GUERRA, 2004, p. 32).

As primeiras décadas do século XX, notadamente os anos de 1920, consolidaram no país, o período de segregação dos loucos em colônias agrícolas, sendo o trabalho o eixo da assistência, cuja finalidade econômica era a manutenção dessas estruturas. A adoção desta modalidade de tratamento corresponde, segundo Amarante (*apud* GUERRA, 2004), à

² "Após um período de livre circulação pelo território nacional, a loucura passou a ser recolhida, pelas Santas Casas de Misericórdia, aos asilos construídos para esse fim. Desordem e ociosidade, perturbação da paz social e

primeira reforma psiquiátrica no Brasil. Foram criados, em 1898, o Hospital do Juqueri, pelo governo de São Paulo; em 1911, a Colônia Juliano Moreira, para homens, e o Centro Psiquiátrico Nacional, para mulheres, no Rio de Janeiro, ambos com características de colônias agrícolas, onde eram

[...] realizadas atividades rurais como o plantio de frutas e hortaliças e a criação de animais. Além disso, na colônia masculina funcionava oficinas de ferraria, mecânica, elétrica, carpintaria e marcenaria, tipografia e encadernação, sapataria, colchoaria e vassouraria e, por fim, pintura de paredes (SOARES *apud* GUERRA, 2004, p. 32-33).

A referida modalidade de tratamento foi adotada em outros municípios, que revelava-se também um empreendimento com retorno para a instituição, visto que o trabalho realizado pelos loucos não era remunerado, podendo-se mencionar como exemplos as colônias de Barra do Piraí (Rio de Janeiro), Barbacena e Oliveira (Minas Gerais), Cuiabá (Mato Grosso), São Luiz (Maranhão).

A expansão das colônias agrícolas correspondeu à fase do desenvolvimento econômico brasileiro, nas primeiras décadas da República. No entanto, a nascente economia industrial que acarretou também a urbanização - expressões da sociedade capitalista - contribuiu para a retração destas colônias, acarretando a inadequação da reabilitação promovida pelo trabalho agrícola.

Nos Governos de Getúlio Vargas (1930-1945), as reformas na área da saúde mental visaram a implementação dos grandes asilos públicos urbanos, estruturando-se o tratamento manicomial estatal.

A partir dos anos de 1960, as reformas nesta área estiveram centradas na difusão do movimento pela psiquiatria comunitária.

Como alternativa à prevalência do asilo, tido como segregador e iatrogênico, propôs-se que a psiquiatria se organizasse segundo um programa mais amplo de intervenção na comunidade, visando a evitar o adoecimento mental. Tratava-se não apenas de detectar precocemente as situações críticas de modo a resolvê-las sem que chegassem à internação, como também de organizar o espaço social de forma que fosse possível prevenir o adoecimento mental. Essa intenção preventivista se traduzia na promoção da saúde mental como prioritária ao tratamento da doença, cujo estabelecimento devia ser evitado (TENÓRIO, 2001, p. 28).

Nos governos militares, especialmente após o golpe de 1964, foi adotado o modelo privatista na área da saúde, o que conseqüentemente afetou o tratamento psiquiátrico. A

obstáculos ao crescimento econômico, foram circunstâncias sociais que na Europa do século XVII e no Brasil do

mercantilização da assistência nesta área passou a privilegiar o tratamento centrado no hospital, tendo como principal agente financiador o extinto Instituto Nacional de Previdência Social - INPS, que destinava fundos públicos ao setor privado, garantindo a construção de extensa rede hospitalar concentrada nos grandes centros urbanos. O setor psiquiátrico sofreu as implicações destas mudanças, o que resultou na adoção de um modelo assistencial hospitalocêntrico, que veio fortalecer a cultura manicomial com suas práticas e concepções excludentes.

Conforme Bisneto (2001, p. 43), "com o fim do 'milagre brasileiro', após 1974, o setor Saúde se tornou essencial para legitimar o estado autoritário, e, particularmente, o setor Saúde Mental, quando o atendimento se estendeu aos trabalhadores e seus familiares, modelado pelo Estado" e a continuidade das suas argumentações são elucidativas do que ocorreu nesta conjuntura:

o número de hospícios no Brasil teve um grande aumento após 1964 com as reformas da saúde e da previdência promovidas pela ditadura militar, com a administração centralizada e com a privatização do atendimento médico. Com a passagem do atendimento psiquiátrico para a rede previdenciária conveniada privada abriram-se várias clínicas psiquiátricas que faziam o atendimento e depois eram pagas pelo INPS (BISNETO, 2001, p.37).

Com relação a este aspecto o autor esclarece que:

o grande problema para o governo da ditadura militar nos hospícios no fim dos anos de 1960 não era a loucura (esta era controlada pela Psiquiatria, pelos psicotrópicos e pelo aparato asilar). Era a pobreza, o abandono, a miséria, que saltavam à vista e que geravam contestações da sociedade, principalmente após a incorporação do atendimento aos trabalhadores e seus dependentes na rede previdenciária de assistência mental (BISNETO, 2001, p. 37).

Até o início da década de 1970 não havia visibilidade sobre as conseqüências advindas do tratamento hospitalar. Todavia, no final desta década foi sendo ampliada a insatisfação com o mesmo, visto que a prática assistencial era invisível sob os muros dos hospícios, protegida pelo estatuto de periculosidade e desrazão dos loucos desvalidos. Essa insatisfação gerou a organização de trabalhadores em movimentos que, no seu desenvolvimento, causaram grande mobilização social, produzindo-se nos anos que se seguiram denúncias e documentos que registraram a barbárie praticada no interior dos manicômios, onde as principais vítimas eram os pacientes internos, submetidos à violência, ao abandono e maus-tratos.

Cabe pontuar que Bisneto (2001, p. 40) faz referência à percepção e à visão de profissionais que atuavam nesta modalidade de tratamento, destacando os assistentes sociais. Estes passaram a ser inseridos nos hospitais psiquiátricos "para viabilizar" o sistema manicomial no seu momento mais problemático, sendo demandados a atender os interesses dos setores dominantes, mas parcelas significativas de profissionais da categoria do Serviço Social, não se submeteram à esta viabilização. Neste sentido, Bisneto (2001, p.41) assinala como aspecto positivo que além destes assistentes sociais:

[...] deve-se registrar que à essa época já havia psiquiatras com visão social de esquerda trabalhando na elaboração das políticas públicas dentro do Estado (mesmo no governo da ditadura militar). Eles reforçaram a concepção de atendimento mais humano nos aparatos assistenciais através de equipes multiprofissionais. Estes técnicos, engajados nas lutas sociais, ajudaram na formulação e implantação das portarias de cunho inovador do Ministério da Previdência e Assistência Social, que aumentavam o número de profissionais necessários para o atendimento por grupos de pacientes ou número de leitos. O Serviço Social entrou objetivando as novas visões em Saúde Mental: atenção ao contexto familiar e social; universalidade da loucura; prevenção primária e comunitária [...].

1.2.2. Contexto Brasileiro e Reforma Psiquiátrica

O contexto de mobilização social pela redemocratização do país contribuiu para que setores da sociedade civil passassem a expressar a sua vontade política, colocando em cena protagonismos cuja atividade mantinha-se na clandestinidade. Assim, foram feitas denúncias dos abusos cometidos pelos aparelhos repressores do Estado autoritário, fomentando e estendendo-se às situações em que práticas autoritárias e o desrespeito aos direitos humanos evidenciavam-se. Tendo como objetivo principal o controle e o domínio reducionista da complexidade implicada nas relações da sociedade com o fenômeno da loucura, os pressupostos da psiquiatria tradicional passaram ao centro da crítica.

O processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil é contemporâneo da eclosão do "movimento sanitário", nos anos 70, em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado. Embora contemporâneo da Reforma Sanitária, o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira tem uma história própria, inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar. Fundado, ao final dos anos 70, na crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, por um lado, e na eclosão, por outro, dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, este

processo é maior do que a sanção de novas leis e normas e maior do que o conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde.

Este processo se inicia, tomando-se como referências as elaborações de Vasconcelos (1999), com a crise da Divisão Nacional de Saúde Mental- Dinsam - e a greve dos técnicos de saúde mental, em abril de 1978, contribuindo para a organização do Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental - MTSM. Este Movimento desde seu início estava bastante estimulado com a experiência italiana e as visitas de Basaglia ao país, que tiveram importância fundamental, sendo reconhecido que:

Seria redutor ou errado dizer que a linha iniciada por Basaglia tenha sido a única a informar os movimentos de transformação da prática psiquiátrica no Brasil, mas pode-se afirmar sem sombra de dúvida que tem sido a mais importante para aqueles que se empenham na verdadeira transformação da instituição psiquiátrica [...] (ROTELLI; AMARANTE, 1992, p. 48).

Além desta influência, também são destacadas as contribuições de obras de vários autores como Foucault, Goffman e Castel, que revelavam a função social da Psiquiatria. E ainda, as propostas de mudanças foram inspiradas no preventivismo ou nos modelos das Comunidades Terapêuticas, na Psicoterapia Institucional ou na Psiquiatria de Setor. Na verdade, buscavam a humanização das relações no hospital psiquiátrico, não havendo ainda rupturas radicais com o modelo vigente. Nem por isso as propostas deixavam de representar ameaça aos setores privados, principalmente para a Federação Brasileira de Hospitais - FBH, que lutavam pela não aprovação das propostas.

Segundo Amarante (1995), o MSTN representa o ator social estratégico na luta pelas reformas no campo da saúde mental, tendo sido responsável pelas principais críticas às instituições psiquiátricas e às práticas a elas relacionadas, apontando as deficiências geradas pela restrição do modelo médico-terapêutico e a necessidade de maior abrangência, dada pela contextualização social que requeria a ampliação do Movimento, estendendo-se à sociedade civil.

De acordo com Tenório (2002: 06), as críticas iniciais permitiram identificar a "prevalência nociva do modelo asilar e custodial, bem como seus determinantes econômicos e políticos". Foi exposta a lógica perversa do custeio público da renda privada, peculiarizada pelo modo como proprietários de hospitais obtinham maior lucro e profissionais médicos obtinham maior renda: através da manutenção de um maior número de pacientes por um tempo maior de permanência nos hospitais psiquiátricos e um menor gasto na clínica. Corresponde a essa lógica a difusão da crença de que "lugar de louco é no hospício". Foram

grandes os ganhos deste setor empresarial e profissional que passou a exercer forte pressão para que a estrutura manicomial fosse mantida.

O mencionado Movimento, tendo preocupação centrada na área da saúde mental, não conquistou a particularização de mudanças nas suas lutas iniciais, a não ser as que tiveram vinculações com a humanização dos manicômios e a criação de ambulatórios públicos como alternativa às internações. A primeira tentativa de mudança do sistema global de saúde foi o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde - PREV-SAÚDE, que em suas diretrizes fundamentais detinha a responsabilidade pública pelos serviços básicos e o controle do sistema global; a descentralização do poder decisório, a regionalização da oferta de serviços e a participação comunitária. Por outro lado, a implementação do PISAM - Plano Integrado de Saúde Mental, foi responsável pela formação das primeiras equipes multiprofissionais destinadas a atuar na área da saúde mental, tendo grande impacto nos estados de Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo.

Sucederam-se neste caminho, nos anos 1980, o Plano do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária - CONASP - e as Ações Integradas de Saúde - AIS, geridos por organismos criados para reestruturação da assistência em saúde, cujo objetivo era atingir a organização de um sistema único de base municipal. O Plano CONASP de Psiquiatria (MPAS/1983) visava corrigir algumas distorções, pois estava influenciado pela crítica à qualidade dos serviços oferecidos pela extensa rede de assistência privada e ao modelo asilar. Os manicômios públicos passaram a ser reformados, sendo que o planejamento dava ênfase à assistência pública com a inversão de prioridades, a partir do centramento da assistência ambulatorial.

Inicialmente as reformulações sinalizaram para investimentos na atenção primária, incluindo profissionais da saúde mental em práticas multiprofissionais, com foco em orientações preventivistas que atingissem a saúde coletiva. As experiências se diversificaram, levando-se em conta as especificidades de cada localidade, podendo-se considerar que o avanço obtido foi limitado pela ausência de referências que diferenciasses as práticas ambulatoriais daquelas desenvolvidas nos manicômios, muitas vezes sendo estas reproduzidas em outros espaços. Assim, a inexistência de uma tecnologia apropriada à assistência extra-hospitalar restringiu as reformulações na reorganização dos serviços, não repercutindo na construção de propostas técnico-assistenciais, o que, por sua vez, não propiciou a articulação entre equipes especializadas e equipes básicas, com resistência destas últimas no que se refere ao desenvolvimento de práticas de saúde mental. Manteve-se, como conseqüência adicional, a

relação perversa entre os setores público e privado, pela ineficiência dos ambulatórios, determinando a dependência da assistência hospitalar.

Apesar de insuficientes, algumas práticas foram criadas num contexto favorável às mudanças, surgindo várias tendências dentro do Movimento. Respalado em Delgado (1992) e Teixeira (1993), Tenório (2002) atribui às experiências conhecidas como o movimento da psiquiatria comunitária e as comunidades terapêuticas, uma importante influência na construção dos referenciais da Reforma Psiquiátrica, no que diz respeito à ação comunitária e à clínica originária dos novos pressupostos. A proposta de intervenção na comunidade teve a prevenção e a saúde mental como objetos no momento de sua formulação. A crítica aos manicômios e a estratégia de inclusão dos portadores de transtornos mentais num grupo social, privilegiando suas relações interpessoais, constituíam o fator mais positivo da proposta. Nas comunidades terapêuticas, a adoção do conhecimento psicanalítico e de práticas a este relacionadas possibilitou uma relação diferenciada entre técnicos e portadores de transtornos mentais institucionalizados, marcada pela "escuta, o apreço e a discussão franca com os pacientes" (TEIXEIRA *apud* TENÓRIO, 2002: 04).

Estas correntes de pensamento originaram novos sentidos incorporados pela clínica que se desenvolve no campo estrategicamente identificado como da saúde mental, com o reconhecimento das subjetividades implicadas na existência concreta dos indivíduos, e a ampliação das práticas e saberes para além da medicina e da psicologia. Tomou-se como medida terapêutica a vinculação do sujeito acometido à comunidade, o restabelecimento e a tecedura de laços sociais que dêem sustentação à experiência da loucura vivida no cotidiano da normalidade posta como tal.

Assim, dois momentos caracterizam o Movimento, num processo evolutivo. O primeiro, vinculado às mudanças institucionais expressas nos planos e programas governamentais, pode ser identificado como a fase de humanização dos serviços e tendência preventivo-comunitária, mantendo a centralidade da assistência hospitalar devido à insuficiência da atenção prestada por outros recursos e a crença na periculosidade dos loucos e nas determinações organicistas dos transtornos mentais.

O segundo momento, na segunda metade dos anos 80, estava vinculado ao território comum das lutas sociais mais gerais, composto por atores provenientes de diversos segmentos: usuários, familiares, trabalhadores, dentre outros. Os atores ligados a estes segmentos sociais vieram a interagir com o MTSM, quando este já colocava em pauta, a partir do amadurecimento obtido com as mudanças que caracterizaram o primeiro momento, a natureza do conhecimento e da assistência psiquiátrica. (MENDES, 2000: 14).

Entre 1980 a 1987 com o CONASP, ocorreu a entrada de lideranças do MTSM nas Secretarias Estaduais de Saúde. O CONASP lançou o "Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito a Previdência Social", que preconizava mudanças como a melhoria da qualidade assistencial, humanização dos atendimentos e um maior acesso das populações rurais e urbanas aos serviços de saúde. Como derivação desse Plano foi aprovado, em agosto de 1982, o Programa de Reorientação Psiquiátrica Previdenciária, que buscava desenvolver a rede ambulatorial e incrementar novas formas intermediárias de assistência psiquiátrica, orientadas por princípios reformadores e pelas postulações técnicas da Organização Pan Americana de Saúde e da Organização Mundial de Saúde - OMS.

Em 1983, como parte da operacionalização do CONASP, foram implementados os projetos Autorização de Internação Hospitalar - AIH - e as Ações Integradas de Saúde -AIS. Dentro dos seus objetivos estavam a não-criação de novos leitos em hospitais psiquiátricos e a redução dos existentes, a regionalização das ações em saúde mental e o controle das internações, prevendo a expansão em 50% da oferta de ambulatorios, o que se tornou elemento central de assistência psiquiátrica.

Os quadros profissionais formados pela militância na luta pela reforma passaram a ser absorvidos pelos órgãos responsáveis pelas políticas governamentais, dando início à reorganização assistencial. O Movimento pela Reforma Psiquiátrica no Brasil, advindo do MTSM, caminhou de par com o Movimento Sanitário, vanguarda que propunha mudanças estruturais na assistência à saúde em geral, passando a priorizar o serviço público na etapa de reorientação do modelo vigente e a ampliação do acesso.

Entre 1987 e 1992 as conquistas que incluíram a área da saúde englobaram a promulgação da Constituição Federal de 1988 - CF/88; a aprovação da Lei Orgânica de Saúde em 1990. As conquistas que foram integradas à estas determinações legais decorreram principalmente da VIII Conferência Nacional de Saúde - CNS, em 1986, que definiu as bases do projeto da Reforma Sanitária brasileira, destacando-se a reformulação da concepção de saúde e a construção de uma proposta de atenção à saúde baseada no perfil epidemiológico da população, visando garantir a saúde como direito de todos e dever do Estado, instituindo um Sistema Único de Saúde - SUS, e incentivando a participação popular na concepção dos serviços públicos de saúde através de suas entidades representativas (LOBOSQUE, 2001). Estas conquistas passaram a ter repercussões na área da saúde mental, principalmente a defesa dos direitos de cidadania e a obrigatoriedade estatal com a organização e prestação dos serviços.

Como o desdobramento da VIII CNS, ocorreram eventos significativos, como a I Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em junho de 1987 no Rio de Janeiro, que aprovou a redução progressiva de leitos em hospitais psiquiátricos e sua substituição por leitos em hospitais gerais, e serviços alternativos à internação psiquiátrica. O II Congresso de Trabalhadores em Saúde Mental, realizado em Bauru (São Paulo) em 1987, com o lema "Por uma sociedade sem manicômios", aprovou a proposta da Comissão Nacional denominada "Utopia Ativa", tendo como estratégia a ação política para a transformação do paradigma psiquiátrico; e foi criado o Dia Nacional da Luta Antimanicomial (18 de maio). O Movimento passou então por mudanças substanciais caracterizando-se, sobretudo, como um movimento social, atingindo a sociedade civil, o que contribuiu para reforçar o projeto da desinstitucionalização na tradição basagliana, e para a criação das associações de usuários e familiares como um novo ator deste Movimento (AMARANTE, 1995; 1997).

A frente de ação política, que acompanhava o avanço das técnicas de intervenção propiciado pelas criações e inovações no tratamento dirigido aos portadores de transtornos mentais, buscava garantir os princípios e as diretrizes originadas da busca pela inversão do modelo com alcance e acesso universal. A criação de serviços abertos, inseridos na comunidade, com articulação dos recursos institucionais necessários à construção de direitos para ampliar a condição de cidadania de seus usuários, possibilitando tornar obsoleto o aparato manicomial, requeria amparo legal. Imbuídos desse propósito, os movimentos da saúde mental trataram de rever e criar uma legislação voltada para os direitos e o redirecionamento da assistência, resultando na apresentação do Projeto de Lei nº 3.657 (1989), pelo deputado federal Paulo Delgado (PT mineiro), cujo teor era a extinção gradativa dos manicômios; constando de três artigos:

[...] o primeiro impedia a construção ou contratação de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público; o segundo previa o direcionamento dos recursos públicos para a criação de "recursos não-manicomiais de atendimento"; e o terceiro obrigava a comunicação das internações compulsórias à autoridade judiciária, que deveria então emitir parecer sobre a legalidade da internação (TENÓRIO, 2002, p. 18).

A aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica foi antecedida por disputas políticas em torno do conteúdo de seu texto, o que provocou intensos debates, repercutindo no avanço do movimento e na incorporação de novos atores. Após aprovação na Câmara dos Deputados, o Senado aprovou uma lei substitutiva que representava um recuo político, considerando o texto original que procurava garantir a substituição do tratamento manicomial. O texto substitutivo

regulamentava a internação de forma a permitir a construção de novos hospitais e contratação de novos leitos psiquiátricos, sendo aprovado somente em 2001 (que será retomado posteriormente).

O ideário reformista deste Movimento também foi influenciado pela Declaração de Caracas (1990) que propôs a reorientação da atenção psiquiátrica, de maneira que esta não se limitasse ao hospital psiquiátrico como única modalidade assistencial, ampliando as alternativas. Esta influência foi reforçada com a Carta da ONU, de 17 de dezembro de 1991, que definiu princípios para a proteção de pessoas portadoras de transtornos mentais e a melhoria da assistência à saúde mental, baseados na Declaração Universal de Direitos Humanos (SILVA, 2000).

O início dos anos de 1990, segundo Lobosque (2001), trouxe como novidade no cenário político-administrativo, a eleição pela primeira vez, de prefeitos ligados a partidos democráticos e populares. Com esta novidade em vários municípios brasileiros, partindo de conquistas legislativas ocorreram avanços, especialmente na área da saúde mental, com as experiências pioneiras do Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, na cidade de São Paulo (1987) e a de Santos com os Núcleos de Atenção Psicossocial - NAPS, iniciada em 1989.

Também a experiência de Santos contribuiu para a expansão de NAPS em diversos municípios, como a Casa das Palmeiras (no estado do Rio de Janeiro), a Pensão Nova-Vida (no estado Rio Grande do Sul) ou ainda programas de desinstitucionalização em hospitais psiquiátricos tradicionais. Nestes espaços passou a ocorrer o desenvolvimento de programas de atenção psicossocial, incluindo-se a família, a rede social, as agências sociais e de saúde, atividades de cultura e lazer, na "estratégia de pluralizar as potências reabilitadoras desses centros, frágeis e pequeninos para enfrentar um problema de tão grande dimensão" (PITTA, 1994, p. 65).

Com a Portaria n.º 189/91 (19.11.1991) do MS foram criadas possibilidades de financiamento para a construção de 48 hospitais-dia; 57 CAPS/NAPS; 1.765 leitos psiquiátricos em hospitais gerais em diversos municípios do país (AMARANTE, 1997). E com a Portaria nº 224 (29.1.1992) ocorreu a ampliação de recursos humanos e "o aumento das diferentes categorias profissionais incorporados aos serviços" (WASKMAN *apud* BISNETO, 2001, p. 58).

A política emanada do MS buscou reverter o financiamento do tratamento manicomial para os serviços substitutivos e internações em hospitais gerais, regulamentando o funcionamento daqueles e o repasse de recursos para os estados e municípios. Esse processo

foi favorecido pela continuidade da política nacional, onde sucederam na Coordenação Nacional da Saúde Mental técnicos engajados no movimento pela Reforma Psiquiátrica, apesar da coexistência com práticas políticas não condizentes, principalmente em nível local, o que determinou ritmos diferenciados de seu alcance.

Em dezembro de 1992 foi realizada a II Conferência de Saúde Mental, considerada um marco na história da psiquiatria brasileira, tendo sido aprovada a criação de uma rede de atenção integral em saúde mental, substituindo os hospitais psiquiátricos e trazendo à luz a discussão sobre a cidadania dos usuários. A luta antimanicomial tem como um de seus objetivos principais possibilitar aos usuários dos serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos e seus familiares tornarem-se sujeitos do processo de construção da cidadania.

Segundo Lopes (1999), ficou patente a necessidade de se pensar em abordagens sócio-culturais de intervenção, em que a clínica seria apenas uma das dimensões do processo, que incluísse a promoção de ações que visassem ressignificar a loucura perante a sociedade; e a substituição total e progressiva do hospital psiquiátrico por um modelo de atenção integral à saúde mental antimanicomial. O paradigma da atenção psicossocial passou a ser o motor da reforma Psiquiátrica brasileira, redimensionando e contribuindo para que fossem introduzidas mudanças na área da saúde mental, especialmente no que se refere à adoção de um modelo de atenção diferenciado, ou seja, a desinstitucionalização.

A expansão das experiências nos anos de 1990³, estava possibilitando novas formas de tratar os portadores de transtornos mentais e produziam um novo saber no campo da Reforma Psiquiátrica, apesar da convivência com o predomínio da assistência manicomial. Um número crescente de gestores e coordenadores afinados com esta Reforma buscou a reestruturação da assistência psiquiátrica no âmbito de sua atuação e o MS criava medidas que visavam sua implementação, conforme foi mencionado.

A partir do ano de 1992, os movimentos de saúde mental, inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, conseguem aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. Citamos como exemplo que o governo mineiro aprovou a Lei n°

³ Segundo Bisneto (2001, p. 57-58) "no fim dos anos 1990, já existem no Sudeste do Brasil vários serviços alternativos: Centro de Atenção Diária - CAD -; Centro de Atividades Integradas em Saúde Mental - CAIS -; Centro de Atenção Psicossocial - CAPS -; Núcleo de Atenção Psicossocial - NAPS -; Hospital-dia; Oficinas terapêuticas; Clubes de Convivência; Moradia Assistida; etc. Estes serviços necessitam da participação do Serviço Social em proporção maior do que na internação, o que está permitindo o emprego nos anos 1990 de assistentes sociais em Saúde Mental, numa espécie de nova "onda" de contratações, similar à produzida nos anos 1970 pelas resoluções do INPS [...]. o Movimento de Reforma Psiquiátrica vem trazer uma abertura muito grande para a atuação do Serviço Social em Saúde Mental, devido à formação social e política dos assistentes sociais".

11.802 (em 01.1995), reformulando-a posteriormente para que tornassem mais incisivas e específicas a substituição e criação de dispositivos de tratamento. É a partir deste período que a política do MS para a saúde mental, acompanhando as diretrizes em construção da Reforma Psiquiátrica, começa a ganhar contornos mais definidos.

Desta forma foi sendo fortalecido o movimento combativo pela Reforma em resposta a "resistência passiva ou ativa da iniciativa privada, da estrutura manicomial, da burocracia estatal e do conservadorismo psiquiátrico", que anulava a perspectiva sanitária de incorporação das "propostas reformistas nas políticas oficiais" (BEZERRA JR. *apud* TENÓRIO, 2001, p. 7). Assim, a determinação de combater a estrutura manicomial (e não apenas reformar o sistema), estava promovendo sua transformação através da desconstrução deste aparato, implicando em intervenções institucionais, culturais, sociais e jurídicas, com a produção de novos valores e concepções. A radicalização do movimento significou seu fortalecimento e conquista de direitos, fundamentado na desinstitucionalização.

A mobilização e conscientização da sociedade quanto à urgência da restituição dos direitos de cidadania aos portadores de transtornos mentais também fortaleciam a organização de associações de usuários, familiares, trabalhadores e comunidade, além da inclusão das pautas da saúde mental noutros movimentos e entidades dispostos a encampar estas lutas, favorecendo a explicitação de direitos.

Para Ramos (2004, p. 1075-1078), os movimentos que se formaram em prol da luta antimanicomial e pela Reforma Psiquiátrica pertencem ao campo das ONGs. Estas entidades, formais ou informais, expressam as aspirações emanadas de setores médios e populares, tendo como principais atores, como indicado anteriormente, trabalhadores cujo percurso histórico de lutas ampliou significativamente a participação, os espaços políticos e os direitos. A posição política do MTSM, contida na expressão "trabalhadores", tinha o propósito de caracterizá-lo como "supraprofissional", assinalando um "sentido ideológico de filiação à esquerda".

Mesmo com estes avanços, Amarante (1995, p. 85) já alertava para o surgimento de novos problemas enfrentados pelo Movimento:

E, finalmente, em que pesem ainda a participação social, a aprovação de legislações de Reforma Psiquiátrica e o surgimento de um grande número de serviços, o modelo psiquiátrico asilar tradicional em pouco foi afetado. Até o momento, as doenças mentais estão entre as causas que mais incapacitam as pessoas para o trabalho, entre as principais internações e ocupam o primeiro lugar com gastos públicos com assistência hospitalar no Brasil.

Em 2000, o MS normatizou as estratégias de desinstitucionalização e com as Portarias de nº 106 e nº 1220 regulamentou o funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos - STR. Estes Serviços visam oferecer moradia para os pacientes a longo tempo internados e que perderam as referências familiares e sociais, sendo as residências caracterizadas como lares que abrigarão até oito pessoas, sob o cuidado de profissionais treinados para desenvolver atividades que promovam a reabilitação psicossocial e a inserção na comunidade onde foram instaladas. As atividades desenvolvidas junto aos moradores deverão estar articuladas às equipes de referência dos CAPS, segundo critérios de territorialização, e às redes assistenciais – de forma a garantir o suporte terapêutico necessário a cada morador, bem como lhe serem agenciadas formas e recursos para o desenvolvimento de potenciais latentes, oportunizando sua participação e inserção na comunidade. Para incentivar a política a ser implementada pelos municípios, a norma estabelece que, para cada paciente que será desinstitucionalizado com histórico de internação a partir de dois anos ininterruptos, o valor correspondente a esta internação, pago mensalmente ao Hospital, será mantido no município, que deverá destiná-lo à manutenção da residência.

A III Conferência Nacional de Saúde Mental (2002) singularizou o consenso em torno das propostas da Reforma Psiquiátrica, uma vez que foram pactuados princípios, diretrizes e estratégias para a mudança da atenção em saúde mental. Desta forma, esta Conferência consolida a Reforma Psiquiátrica como política de governo, confere aos CAPS o valor estratégico para a mudança do modelo de assistência, defende a construção de uma política de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas, e estabelece o controle social como a garantia do avanço da Reforma Psiquiátrica.

Após este evento a política de saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passou a consolidar-se ganhando maior sustentação e visibilidade. Linhas específicas de financiamento são criadas pelo MS para os serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico e novos mecanismos são criados para a fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos no país. A partir deste ponto, a rede de atenção diária à saúde mental experimenta uma importante expansão, passando a alcançar regiões de grande tradição hospitalar, onde a assistência comunitária em saúde mental era praticamente inexistente. Também foi definida uma política de recursos humanos para a Reforma Psiquiátrica, e traçada a política para a questão do álcool e de outras drogas, incorporando a estratégia de redução de danos.

Para Amarante (1995, p. 05),

o futuro da reforma psiquiátrica não está apenas no sucesso terapêutico-assistencial das novas tecnologias de cuidado ou dos novos serviços, mas na escolha da sociedade brasileira, da forma como vai lidar com os seus diferentes, com suas minorias, com os sujeitos em desvantagem social.

Entendemos que a escolha a qual se refere o autor implica num posicionamento político de crítica à sociedade capitalista, mantenedora das relações de dominação, exploração e exclusão social.

Acrescemos então que a determinação legal em nível federal, anteriormente mencionada, retornou à Câmara dos Deputados, sendo o substitutivo aprovado como Lei nº10.216 em 06.04. 2001, apesar de não conter todos os avanços previstos no projeto de lei original.

Esta Lei estabelece que a internação só poderá ser indicada na ausência ou insuficiência de recursos assistenciais em regime aberto para o tratamento extra-hospitalar, tendo como objetivo do tratamento, em qualquer destes regimes, a reinserção social, sendo vedada a internação em instituições com características asilares. Com relação aos pacientes na condição de longa permanência (asilares), em que ocorreu "grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social", a Lei prescreve que esta situação será "objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida" (BRASIL, 2004).

Com relação aos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais promulgados destacamos:

[...] ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. (BRASIL, 2004)

A partir desta determinação legal podemos destacar medidas que foram tomadas visando a consolidação de mudanças como a regulamentação dos CAPS, pela Portaria nº 336 (19.2. 2002). Estes Centros se destinam ao tratamento dos casos mais graves, sendo caracterizados segundo abrangência populacional, regime de tratamento oferecido aos seus usuários – intensivo, semi-intensivo, não intensivo, no período de dois turnos (tipo I, para municípios que tenham entre 20 mil e 70 mil habitantes, e tipo II, para município que tenham população entre 70 mil e 200 mil), ou funcionamento ininterrupto (tipo III ou CAPS 24 horas,

para municípios que tenham acima de 200 mil habitantes) – e ao tipo de clientela que atende: adultos, crianças e adolescentes (CAPSi) ou usuários com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas (CAPSad). Estes serviços, quando credenciados de acordo com processo estabelecido pelo MS, são financiados diretamente pelo Estado, ou seja, o município recebe um recurso extra-teto para custeio.

Também em 2002, e em concordância com as recomendações da III Conferência Nacional de Saúde Mental, o MS passa a implementar o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas, reconhecendo o problema do uso prejudicial de substâncias como importante problema da saúde pública e construindo uma política pública específica para a atenção às pessoas que fazem uso de álcool ou outras drogas, situada no campo da saúde mental, e tendo como estratégias a ampliação do acesso ao tratamento, a compreensão integral e dinâmica do problema, a promoção dos direitos e a abordagem de redução de danos.

E visando ampliar os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais esclarecemos que a Lei nº 10.708 (31.7.2003) garante o direito ao auxílio-reabilitação psicossocial estipulado pelo Programa De Volta Para Casa - PVC, que é a concretização de uma reivindicação histórica do movimento da Reforma Psiquiátrica, tendo sido formulado como proposta já à época da II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992. Este auxílio corresponde a uma renda de R\$240,00 por mês, pelo período de um ano, prorrogável até dois anos, sendo garantido para aqueles que estiveram internados por um período ininterrupto igual ou superior a dois anos, até o ano de 2003. O Programa tem "um caráter indenizatório àqueles que, por falta de alternativas, foram submetidos a tratamentos aviltantes e privados de seus direitos básicos de cidadania", referindo-se ao comprometimento com o resgate da situação de institucionalização, uma vez reconhecida a responsabilidade do Estado e da sociedade (BRASIL, 2007a).

Apesar da alteração do Projeto de Lei original, que acabou por flexibilizar a estratégia de extinção dos manicômios, medidas regulamentadas pelo MS também vieram possibilitar a diminuição de leitos. A normatização estabelecida pelas portarias GM/52 e GM/53 (aprovadas em 01.2004) institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS e determina que seja maior a remuneração para os hospitais que reduzem o número de leitos e adquirem pontuações mais altas nas avaliações. As avaliações qualitativas realizadas pelo Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar na área da Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria), vêm possibilitando a adequação dos hospitais às normas vigentes ou o descredenciamento de seus leitos. E a Portaria GM/251 também de janeiro de 2004 estabelece

nova classificação dos hospitais psiquiátricos, de acordo com a avaliação anual realizada pelo PNASH/Psiquiatria.

Estes mecanismos (SRT, PVC e o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica), que constituem "os três pilares da estratégia de gestão para a desinstitucionalização" (DELGADO, 2006b, p. 23), têm alavancado a reorganização da assistência em saúde mental nos municípios cuja cultura, marcada pela tradição manicomial, corresponde à presença de um número elevado de leitos psiquiátricos. Esse processo vem expressando resultados da luta pela extinção dos manicômios.

É a partir de 2003, no entanto, que o MS passa a orientar a construção coletiva e intersetorial das diretrizes de uma rede de assistência de base comunitária e em acordo com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica. A criação do Fórum Nacional de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes foi, neste sentido, fundamental para possibilitar a ampla participação da sociedade na elaboração de propostas para o campo da saúde mental de crianças e adolescentes e para a construção e consolidação de uma política de saúde para esta população específica, propondo-se a implementação de CAPS para a infância e para adolescentes.

Em 2004 foi realizado o I Congresso Brasileiro de CAPS, sendo este reconhecido como modelo de atenção comunitária pelos representantes dos governos federal, estadual, municipal e dos movimentos sociais, que poderá efetivar a substituição do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico. Uma das decisões importantes deste evento teve como consequência a realização da primeira Oficina Nacional de Experiências de Geração de Renda de Usuários de Saúde Mental, que possibilitou o primeiro contato entre iniciativas de geração de renda de todo o país, e a construção das bases para um diálogo entre as políticas de saúde mental e trabalho. Nesta direção vem ocorrendo junto à Economia Solidária a implantação do Programa de Inclusão Social pelo Trabalho (tratado no capítulo três deste estudo), destinado às pessoas com transtornos mentais e transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

No que se refere aos recursos humanos, o MS manifesta o reconhecimento de que "o processo da Reforma psiquiátrica exige cada vez mais da formação técnica e teórica dos trabalhadores, muitas vezes desmotivados por baixas remunerações ou contratos precários de trabalho". Desde 2002 o MS desenvolve o Programa Permanente de Formação de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica que incentiva, apóia e financia a implantação de núcleos de formação em saúde mental para a Reforma Psiquiátrica, através de convênios estabelecidos com a participação de instituições formadoras (especialmente universidades federais), municípios e estados (BRASIL, 2007d).

A partir de 2003 este Ministério instituiu uma estrutura organizativa mais ampla, a Secretaria Nacional de Gestão do Trabalho em Saúde - SGESTES, para enfrentar as necessidades qualitativas e quantitativas de recursos humanos para o SUS. No campo da saúde mental, existem hoje 21 núcleos regionais em funcionamento, realizando cursos de especialização e atualização para trabalhadores da atenção básica e dos CAPS, e beneficiando profissionais de 15 estados. A cada ano, cerca de 1.500 profissionais participam de cursos de longa duração (mais que 360 horas), e aproximadamente 6.000 trabalhadores de diferentes níveis de escolaridade fazem pelo menos um curso de curta duração (maior que 40 horas) (BRASIL, 2007d).

A partir de 2005 se caracterizam dois movimentos simultâneos: a construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo centrado na internação hospitalar, por um lado, e a fiscalização e redução progressiva e programada dos leitos psiquiátricos existentes, por outro. É neste período que a Reforma Psiquiátrica se consolida como política oficial do governo federal. A rede de atenção à saúde mental é parte integrante do SUS, compartilhando dos princípios reconhecidos legalmente, sendo composta por CAPS que se diferenciam pelo porte, capacidade de atendimento, clientela atendida e organizam-se no país de acordo com o perfil populacional dos municípios brasileiros. Assim, estes serviços diferenciam-se como CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad. Além destes existem os SRT, Centros de Convivência e Cultura, ambulatórios de saúde mental e hospitais gerais, caracterizando-se uma rede prioritariamente pública, de base municipal e com controle social fiscalizador e gestor no processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica. Informamos ainda que:

No que tange ao debate científico, o Ministério da Saúde associou-se em 2005 ao CNPQ, realizando ampla convocação, através de edital de pesquisa, para que centros brasileiros de alto nível acadêmico tomassem a si a tarefa de produzir análises sobre os novos serviços e novo modelo de atenção. Constituiu-se uma significativa linha de financiamento (à qual se candidataram 140 grupos de pesquisa de diversas universidades), com o objetivo de buscar atravessar este fosso profundo que parece separar o debate científico da psiquiatria no país. De todo modo, os desafios da saúde pública, colocados na agenda da psiquiatria e da saúde mental pelo processo de reforma psiquiátrica, tornam-se hoje um tema irrecusável para as instituições de formação e de pesquisa (BRASIL, 2007d, p. 56).

Neste sentido consideramos importante apresentar dados que expressam a situação atual, contribuindo assim para reforçar os avanços e indicar a existência de desafios. No ano de 2001, havia 52.962 leitos em hospitais psiquiátricos e em 2006 39.567 leitos (7.821 em hospitais públicos, 23.341 em hospitais privados, e 8.405 em hospitais filantrópicos). Além

disso, havia no Brasil 246 hospitais psiquiátricos, muitos de grande porte (com até mil leitos) e de baixa efetividade, já que em torno de 60% dos pacientes internados eram de longa permanência, com mais de dois anos ininterruptos de internação. Em 2006 existem 228 hospitais psiquiátricos, que apresentam uma nova configuração: 40% têm até 160 leitos, e apenas quatro permanecem como macro-hospitais, com mais de 600 leitos. Não apenas houve redução global dos leitos, mas uma mudança profunda no perfil dos hospitais (BRASIL, 2007d).

No ano 2000 a rede extra-hospitalar era tão inexpressiva que 90% dos recursos federais do SUS na área de saúde mental destinavam-se a hospitais psiquiátricos. Em 2006 os dados mostram que se atingiu uma marca histórica: 51,6% dos recursos financeiros são destinados aos CAPS e demais serviços extra-hospitalares. O Brasil deixou de ser, em saúde mental, um país hospitalocêntrico. Além disso, de 2000 a 2006 os recursos financeiros federais do SUS destinados à área praticamente dobraram, uma vez que passaram de R\$ 480 milhões para R\$ 890 milhões ao ano (BRASIL, 2007d).

Em 2006 a rede nacional de saúde mental estava composta por:

- 1.136 CAPS;
- 476 SRT, com 2.480 moradores;
- 862 ambulatórios de saúde mental;
- PVC, com 2.622 beneficiários;
- 60 Centros de Convivência e Cultura
- Programa de Inclusão Social pelo Trabalho, que soma 239 iniciativas em todo o país;
- Ações de saúde mental na atenção básica de saúde, no PSF e nos Centros de Saúde (BRASIL, 2007d).

Esclarecemos que o dia 10 de outubro é considerado como o Dia Mundial da Saúde Mental, sendo que para 2007 o tema escolhido pela OMS foi "Saúde Mental em um mundo em mudança: o impacto da cultura e da diversidade". Delgado (in BRASIL, 2007d) esclarece que este "tema tem profunda relação com a política de saúde mental do Brasil, que vem investindo no desenvolvimento de ações intersetoriais com a área da Cultura. Além disso, questões como o estigma, preconceito, exclusão social, estereótipos em relação à loucura e a seu tratamento permanecem como grandes desafios para a saúde pública".

Em alguns municípios do país, como Belo Horizonte (MG) e Campinas (SP), vem se consolidando um dispositivo inovador, concebido no território da cultura e da cidade, que tem se destacado pelo papel estratégico que vem desempenhando na inclusão social das pessoas com transtornos mentais: os Centros de Convivência e Cultura. É típico da dinâmica da Reforma Psiquiátrica o surgimento, em variados momentos e em diversas regiões, de experiências inovadoras e de novas tecnologias para responder ao desafio do cuidado e da inclusão social. Estes Centros vêm se destacando como uma destas experiências, e o MS vem conduzindo um debate em torno da viabilidade de aprofundamento e expansão deste dispositivo para todo o país. Este Ministério recomenda a implementação destes Centros para os municípios com população de mais de 200.000 habitantes, embora uma política de financiamento, controle e avaliação para este equipamento ainda esteja em debate através de diversos fóruns com os estados, municípios, usuários, profissionais da saúde e da cultura, movimentos sociais e outros atores do processo da Reforma Psiquiátrica.

Os Centros de Convivência e Cultura são dispositivos públicos que compõe a rede de atenção substitutiva em saúde mental e que oferecem às pessoas com transtornos mentais espaços de sociabilidade, produção cultural e intervenção na cidade. Assim, a clientela dos Centros de Convivência e Cultura é composta, sobretudo, mas não exclusivamente, de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes. As oficinas e as atividades coletivas são o grande eixo do trabalho dos Centros, assim como a articulação com os CAPS, Centros de Saúde, SRT, PSF, dispositivos da rede de assistência social, dos campos do trabalho, da cultura e da educação. É característico dos Centros de Convivência e Cultura a articulação permanente com os espaços do seu território e da cidade. Alguns Centros vêm funcionando como importantes incubadoras de experiências de geração de renda.

Considerando as conquistas efetivadas tanto no aparato jurídico formal, quanto das experiências efetivadas e as que estão sendo criadas, o MS aponta desafios para a continuidade da Reforma Psiquiátrica, tomando-se como referências a estimativa de que "3% da população necessitam de cuidados contínuos em saúde mental, em função de transtornos severos e persistentes (psicoses, neuroses graves, transtornos de humor graves, deficiência mental com grave dificuldade de adaptação)". Com base nesta estimativa considera que "no Brasil, cerca de 5 milhões de pessoas demandam uma rede de cuidados densa, diversificada e efetiva", visto que "cerca de 10 a 12% da população não sofrem transtornos severos, mas precisam de cuidados em saúde mental na forma de consulta médico-psicológica, aconselhamento, grupos de orientação e outras formas de abordagem" (BRASIL, 2007d).

Também é mencionado que o "modelo hospitalocêntrico (e também o dos ambulatorios de especialidades), por ser concentrador de recursos e de baixa cobertura, é incompatível com a garantia da acessibilidade". Com esta retratação existe a ponderação de que "sem a potencialização da rede básica ou atenção primária de saúde para a abordagem das situações de saúde mental, não é possível desenhar respostas efetivas para o desafio da acessibilidade" (BRASIL, 2007d).

No que se refere aos "transtornos graves associados ao consumo de álcool e outras drogas (exceto tabaco) que atingem pelo menos 12% da população acima de 12 anos" é necessária a "articulação efetiva e inventiva entre a rede de cuidados e outras políticas setoriais, como justiça, segurança pública, trabalho, educação, ação social" (BRASIL, 2007d).

A adoção de novas concepções e práticas que tenham como eixo a efetivação de direitos para as parcelas da população que demandam os serviços públicos de saúde mental aponta dois eixos de problemas que se inter-relacionam, implicando níveis diferenciados de atuação: a intervenção clínica e a intervenção política. Uma vez que tais eixos se encontram em conflito, exigindo estratégias de enfrentamento que resultam na construção de espaços de tratamento, de espaços políticos e articulações institucionais no âmbito estatal e da sociedade civil, a eles dedicaremos o Capítulo seguinte.

2. PARADIGMA PSIQUIÁTRICO ANTI-INSTITUCIONAL

Mentes claras, mentes obscuras
Mentes abertas, mentes limitadas
São tantas as mentes, indeterminadas
Muitas para serem discriminadas
Se a mente é sã, como você definirá?
Reta, certa, correta?
Como são pessoas de mente aberta?
Será que a entendemos como devemos?
Será que para nós ela é complexa?
Ou pode ser simples de se decifrar?
O melhor mesmo é compartilhar.
Te dou um pouco da minha,
Me dá um pouco da sua
Para nossa mente ampliar,
Consequentemente melhorar!
(Luiz Henrique de Oliveira)
(Músico integrante da Banda Os
Impacientes, composta por usuários do
CAPS Casa Viva. A música compõe o
repertório do primeiro CD da Banda que
faz o gênero Pop Rock.)

2.1. Noções de Sujeito: implicações clínicas e políticas

Leal (1997), reportando-se aos pressupostos da pragmática da linguagem⁴, refere que a discussão e a crítica sobre noções de sujeito relacionadas à clínica foram incluídas desde final da década de 1980 no campo da Reforma Psiquiátrica. Assim, a "natureza" da clínica marcou o início da construção paradigmática da "clínica ampliada", tributária das novas concepções que buscavam romper com a prática psiquiátrica clássica. Esta designação implicou numa oposição entre o que os teóricos da Reforma denominaram a clínica e a política, onde uma concepção praticamente excluía a outra.

As duas condições – a clínica e a política – expressaram dois grandes grupos em debate no campo da Reforma Psiquiátrica, determinando uma divisão em seu interior devido a adoção de caminhos e articulações diferentes. No debate que se seguiu, orientado pelo interesse na aproximação entre as duas vertentes do discurso, tornou-se relevante identificar a influência predominante sobre a "clínica ampliada"; se esta seria herdeira da clínica clássica de tradição pineliana, ou se estaria vinculada aos novos pressupostos e seus objetivos.

As contribuições de Leal (1997), a partir da análise de textos produzidos sobre a questão debatida pelos dois grupos – a natureza da clínica segundo articulações possíveis

entre clínica e política –, esclarecem que as visões de sujeito decorrentes deste debate não conseguiram romper com o reducionismo, que na abordagem tradicional decorreu de uma concepção fisicalista do sujeito. Ao contrário, as duas vertentes, ao elegerem uma única concepção de sujeito, posta como verdade em que ancoram o desenvolvimento de suas concepções, repetiram o equívoco. Assim, as duas vertentes opuseram a visão da loucura enquanto experiência de sofrimento que requer, mais que medicalização, a luta por direitos de cidadania e a inserção social numa perspectiva libertária, à visão que enfatiza a clínica da psicose como a possibilidade de dar conta da especificidade do fenômeno psicótico.

A busca de uma conciliação que superasse a tensão entre as dimensões clínica e política tornou-se uma necessidade, evitando a desqualificação de uma em relação à outra, devendo ser enfatizado que a clínica mantém relações complexas com o contexto. O parâmetro epistemológico do debate entre as duas posições tem, no argumento do grupo da *política*, a crença numa ruptura com a prática clínica de tradição pineliana, pois pressupõe a clínica da Reforma Psiquiátrica voltada essencialmente para um projeto de transformação da sociedade capitalista⁵, uma vez que as relações neste contexto sócio-econômico e político determinaram a exclusão da loucura. No argumento daqueles identificados com o grupo da *clínica*, são reconhecidas as determinações da modernidade sobre o fenômeno da loucura como a conhecemos hoje, principalmente nas formas como se manifesta. Assim, afirmam, tais determinações construíram o sujeito psicológico a partir do qual foram se estabelecendo as práticas do cuidado. A loucura é uma produção social apropriada pelo discurso técnico que, mesmo admitindo ser desta forma, prioriza a clínica e suas definições enquanto saber e tratar.

Sob esta perspectiva tem primazia a definição dada ao sujeito e ao agente do cuidado construída no vocabulário psicológico. Os desejos individuais dos sujeitos ganham certa autonomia em relação aos contextos que lhe configuram e deste modo alcançam estatuto de verdade e essência (LEAL, 1997, p. 198).

Do exposto é importante considerar que a crítica que se produziu à psiquiatria tradicional – que denuncia a concepção que toma por base ser o corpo físico causa de todo adoecimento psíquico, trazendo como consequência a descrença neste sujeito enquanto possuidor de vontade e razão, igualando-o aos demais objetos da natureza –, sob o ponto de vista das novas concepções que geraram o debate que tencionou as posições favoráveis à

⁴ Cf. Costa, 1994, p. 17-55.

⁵ Por transformação social entendemos a ruptura com o modo de produção capitalista que expressa relações sociais de dominação advindas da exploração do trabalho. Cf. Netto e Braz, 2006, p. 78-123.

clínica ou a política, não houve ruptura com a crença de que existe uma única verdade que descreveria todos os sujeitos. Também não foi possível avançar para uma abordagem complementar de sentidos, ficando marcada por linguagens distintas: no caso do discurso do grupo dos "políticos", a utilização de um vocabulário social, e no caso do grupo dos "clínicos", a utilização de um vocabulário psicológico. As conseqüências, refere a autora, traduzem-se na redução de significados. Com isso, limitaram-se as possibilidades de descrição do sujeito, perdendo-se a complexidade e a pluralidade na abordagem do tema.

Ambos [os grupos] terminam por afirmar a existência de esferas da subjetividade que funcionam como autômatos em relação à linguagem que as produz. Há uma suposição de uma verdade última do sujeito que é tomada enquanto referente metafísico, capaz de organizar todas as experiências do sujeito, produzir julgamentos, pensamentos e desejos a despeito da característica dos enunciados que lhe dão o contexto (LEAL, 1997, p. 201).

A argumentação de Leal (1997, p. 202) a favor da visão pragmática do sujeito, implica que não se trata de descartar a idéia de um "eu" ou realizar uma nova descrição do sujeito. Ao passo que "o pragmático apenas destaca que aquilo que afirma existir no psiquismo está na dependência exclusiva do vocabulário que utiliza"⁶.

Em termos das práticas que vêm sendo desenvolvidas (e conhecidas) no âmbito de nossa experiência, podemos afirmar que esta tensão é vivida, gerando conflitos e disputas no cotidiano das instituições, repercutindo no tipo de assistência prestada aos usuários dos serviços e nos benefícios resultantes. Como exemplo, poderemos ter um CAPS que se caracterizará como um ambulatório, assistindo seus usuários de forma segmentar e medicalizando-os, oferecendo oficinas, aquelas para as quais possuam aptidão os técnicos, os estagiários ou os monitores disponíveis (ao invés de voltarem as atividades para os interesses e potencialidades dos participantes), das quais participarão os usuários tidos como "estáveis", ficando boa parte, geralmente os que apresentam quadros mais graves e agudos, ociosos. E, quando o período de crise eclodir, será internado num hospital psiquiátrico. Este tipo de serviço poderá conviver com ações profissionais que busquem criar estratégias de reabilitação psicossocial condizentes com o exercício da cidadania, mas que sejam consideradas secundárias por causa de um discurso institucional hegemônico que privilegia a doença, em detrimento do sujeito.

⁶ Segundo Costa (1994, p. 20, grifos do autor), a linguagem "[...] não funciona apenas descrevendo ou constatando o que são as coisas, ou acontecimentos humanos. [...] ela é ato, que é capaz de desempenho ou de alterar ações ou estados. Todo dizer é fazer. [...] o sentido de um enunciado é composto de um **conteúdo**

Lobosque (1997) defende uma posição que preconiza a interdisciplinaridade na abordagem e tratamento da loucura, pois seu convívio em espaços abertos e mesmo no meio social tem dado origem a impasses e a questões que às disciplinas do campo *psi* não cabe resolver ou propor soluções. A autora acredita que a exclusividade da abordagem dos assuntos da loucura por esse campo, constituíram as principais justificativas à sua exclusão da cultura.

A clínica antimanicomial tem por pressuposto a oposição às operações que levam à exclusão; a atitude antimanicomial é de exercitar uma clínica que se oponha àquela, que propõe a adaptação do indivíduo ao seu meio, mas que convoque o sujeito a sustentar sua diferença, não se excluindo, ao mesmo tempo que respeita os limites da cultura. A colocação do limite é importante: a intervenção antimanicomial pauta-se pela colocação de um limite lógico, não um imperativo moral; ou seja, quando se fizerem necessárias as contenções, em qualquer forma ou intensidade, estas não devem ser impostas pela autoridade, mas pela intenção de acolher as manifestações incontidas nos limites da autoridade ou conveniência, permitindo à cultura a ampliação de seus próprios limites. A desconstrução do manicômio exige novas dimensões de tolerância e a reestruturação da sociedade. À clínica antimanicomial cabe "pensar, propor, sustentar formas de contrato social, nas quais não seja mortífera a presença da loucura" (LOBOSQUE 1997, p. 23).

O princípio da articulação prevê a necessidade de reconhecer outros segmentos que também se colocam contrários às várias formas de exclusão social, aos quais deve se articular o movimento antimanicomial, procedendo-se a crítica aos determinantes culturais e econômicos da exclusão. Na questão das formulações teóricas e técnicas, cabe a esta clínica permanente interlocução com as várias disciplinas, acompanhando as descobertas que garantam atualização epistemológica. No campo da política deve haver articulação, defesa ou crítica à ordem pública instalada para garantia do interesse coletivo.

No que é específico da saúde mental, Lobosque (1997) opõe a concepção da psiquiatria biológica à concepção da psicanálise. Evidencia uma divergência que remete ao entendimento de que a ciência natural referenda valores tidos como universais, a resguardar os interesses da sociedade mercantil globalizada, opondo-se à concepção freudiana que alerta para o mal-estar da cultura e a insistência da barbárie que se confronta com o avanço da civilização. Diante destas concepções, a autora aponta uma de suas conclusões: a tradição freudiana deve constituir-se enquanto campo do conhecimento pelo qual deverá passar a formação do trabalhador da saúde mental.

proposicional e de um **conjunto de circunstâncias**, o contexto, que conferem força e eficácia transformadora ao que é dito. Ao falar, podemos mudar estados anteriores do sujeito e do mundo".

Tratando-se então dos aspectos que são inerentes ao processo formativo, podemos nos ater à compreensão dos modelos de reabilitação psicossocial.

2.2. Modelos de Reabilitação Psicossocial

Dentre os modelos teóricos pesquisados, que discutem a reabilitação psicossocial na saúde mental, encontramos referência aos considerados tradicionais, que se apóiam em concepções organicistas, pertinentes ao campo teórico-prático da psiquiatria conservadora, e os modelos pertinentes à proposta anti-institucional ou de desinstitucionalização, cujas concepções se identificam com a produção norteada pela experiência italiana.

Lappann-Botti (2004: 58-62), com base nas elaborações de Costa-Rosa (2000) – que buscou construir um referencial que distingue dois modelos de práticas em saúde mental, o modo asilar e o modo psicossocial –, apresenta-os de forma esquemática e comparativa, referindo que o meio básico de intervenção junto aos portadores de transtornos mentais utilizado pelo primeiro modo é a medicação, e pelo segundo, “as psicoterapias, laborterapias, socioterapias e dispositivos de reintegração sociocultural, com destaque para as cooperativas de trabalho, além da medicação”. Outras características desses modos de intervenção que se opõem consistem no fato de que “as tarefas e o sujeito são fragmentados e encadeados como mercadoria da produção comum”, contrapostas à “ênfase na reinserção social do indivíduo, principalmente quanto as formas de recuperação da cidadania pela via das cooperativas de trabalho”; “os recursos multiprofissionais [são] considerados auxiliares secundários tanto em termos teóricos quanto técnicos, são os ‘paramédicos’ ou ‘não-médicos’”, contrapostos ao enfoque que enxerga os problemas como resultantes de “múltipla determinação, e então a eficácia da ação terapêutica há de ser interprofissional, [utilizando] contribuições da psicanálise e do materialismo histórico”; o lugar de tratamento do modo asilar corresponde aos hospitais psiquiátricos fechados, mas também a outros dispositivos extra-asilares pautados na mesma lógica manicomial, contrapostos aos dispositivos do modo psicossocial que são os CAPS/NAPS, equipes de saúde mental na atenção primária e hospitais gerais.

De acordo com Aranha e Silva (2003, p. 310), que também apresentam de forma esquemática e comparativa modelos de reabilitação psicossocial, existe uma “vertente herdeira do tratamento moral” (conservadora) e outra “vertente crítica”, cujos *locus* de execução são, respectivamente: o “*setting*, laboratório (protegido)” e o território onde se buscam “os nexos causais dos projetos de vida dos usuários com a vida real”.

As perspectivas terapêuticas são, no modelo conservador, a psicofarmacologia e as psicoterapias de base comportamental para adequação dos "pacientes" às normas sociais, contrapostas ao modelo crítico de tratamento intensivo que prevê psicoterapia, medicação e apoio familiar. O agente no primeiro modelo é o médico, sendo seu objeto de intervenção a "desabilidade, vulnerabilidade individual, incompetência social (cultural, econômica, afetiva)", tendo como instrumentos de intervenção os medicamentos e o "treinamento individual e familiar", e como finalidade terapêutica, além da supressão dos sintomas, "adaptabilidade social, ajuste de comportamentos aceitos, melhora do padrão de resposta social" (ARANHA E SILVA, 2003, p. 310).

O segundo modelo tem como agente toda a equipe de saúde e como objeto, "a vida do usuário constitutivamente fragilizado pela doença mental"; como instrumento da ação os projetos terapêuticos que "respondam à necessidade de vida do usuário no âmbito da saúde, do trabalho, do lazer, direitos"; e como finalidade terapêutica a "redução do impacto da doença mental na vida do usuário" (ARANHA E SILVA, op. cit., p. 310), desfazendo a identificação do usuário com o transtorno do qual é portador e os processos de cronificação, através da ampliação da autonomia e da inserção social.

Pertinentes às concepções vinculadas à vertente da psiquiatria anti-institucional, apresentamos algumas visões de autores brasileiros e as contribuições do autor italiano Saraceno (1996, 1999), a fim de construir um marco teórico referencial para a categoria reabilitação psicossocial.

Entendemos que, para os modelos teórico-práticos que se apóiam nesta vertente, o termo habilidade refere-se aos recursos pessoais, materiais e afetivos e suas possibilidades de troca no meio social. O termo ou condição também se refere às possibilidades das comunidades, ou da sociedade em geral, oferecerem recursos que viabilizem a recuperação ou aquisição de habilidades. Por conseguinte, reabilitação em saúde mental significa dotar equipamentos de tratamento e convivência da capacidade de identificar e oferecer recursos que permitam aos seus usuários desenvolver, obter e acumular valores que lhes possibilitem estabelecer relações de troca, bem como promover intervenções no território de sua competência, para que sentidos condizentes com a valorização dessas pessoas sejam produzidos.

Segundo Pitta (1996), a prática da reabilitação na saúde mental encontra maior coerência quando é desenvolvida em serviços regionalizados e articulados, que oferecem instâncias variadas de tratamento, do tipo CAPS, que promovam trabalho e moradia

assistidos, oficinas terapêuticas, dentre outros. Ressalta que é importante que o sentido dado à reabilitação não seja apenas semântico, renomeando velhas práticas manicomiais.

Ao se discutir a reinserção social, contrapõe-se o problema da produção de valor (TIKANORI, 1996). Os portadores de transtornos mentais teriam como pressuposto, sempre associada ao seu valor ou àquele que produzem, a negatividade, pois as trocas realizadas no meio social, que expressam o poder contratual de cada indivíduo, estariam invalidadas. Para o autor, as trocas se dão em três dimensões fundamentais: de bens, afetos e mensagens, donde conclui que o poder de contrato dos portadores de transtornos mentais estaria anulado, uma vez que seus bens são suspeitos, suas mensagens incompreensíveis e seus afetos desnaturados. Assim, a reabilitação pode ser entendida como um processo de reconstrução de seu valor, aumentando seu poder contratual e ampliando sua autonomia para que possam participar do processo de trocas sociais, através de dispositivos que lhes possibilitem realizar novas experiências e "modificar o pressuposto de desvalor natural para um pressuposto de valor possível" (TIKANORI, op. cit., p. 56).

A reabilitação psicossocial requer a desconstrução do aparato manicomial que produziu de forma negativa o valor do louco, sendo identificado como "o lugar da troca zero" (TIKANORI, op. cit., p. 56). Um grande desafio tem sido evoluir de uma situação de "desvalor" para outra em que as trocas sociais sejam possíveis, pois esta operação requer grandes esforços para ir além da assistência humanizada e mais tolerante, atitudes que, por não transformarem a lógica assistencial, mantém a exclusão e não constroem valores. Também este autor esclarece que a autonomia não pode ser confundida com auto-suficiência ou independência, pois requer a capacidade do indivíduo produzir normas e organização, conforme as diversas situações de vida. O portador de transtornos mentais é menos dependente de relações e coisas que os indivíduos considerados "normais" e essa situação de restrição dos vínculos é que diminui sua autonomia.

A reabilitação psicossocial deve ser considerada uma estratégia cujo objetivo não se restringe à promoção do estado de capacidade ou habilidade do portador de transtornos mentais (SARACENO, 1996, p. 15). Abrange, além destes, o conceito de contratualidade, cujo significado expressa que todos têm graus maiores ou menores de habilidades. Segundo nosso entendimento – na concepção deste autor – contratualidade está relacionada às possibilidades do sujeito negociar seus bens pessoais, inerentes a condição do indivíduo ser e estar no mundo. Habilidades, capacidades e afetividade relacionam-se aos valores sociais que cada um possui, valores estes legitimados e reconhecidos pela cultura: "uns tem mais outros tem menos" (SARACENO, op. cit., p. 15). As trocas se dão nos espaços que constituem

cenários onde se desenrola a história de cada um e os principais são o *habitat*, a rede social e o trabalho. Habilidade significa poder de aquisição e a "desabilidade" ocorre por falta de poder contratual. Muitos portadores de transtornos mentais têm nível de contratualidade baixo porque têm uma capacidade de produção social muito baixa. Genericamente, este termo pode significar que a produção social é o produto das relações sociais que os indivíduos podem estabelecer e manter. A reabilitação psicossocial é um processo que, estabelecendo-se no exercício da cidadania, eleva os níveis de contratualidade nos três cenários.

As atividades desenvolvidas nas oficinas dos serviços assistenciais que visam oferecer recurso terapêutico e de desenvolvimento de habilidades, são um recurso para a reabilitação psicossocial. Mas, nesse sentido, não são um fim em si mesmas, não conferindo, por si só, ganho de poder contratual, mas representando uma transição para este. Uma atividade assim concebida é "um pedaço que é apenas um fragmento do exercício da cidadania" (SARACENO, 1996, p. 16). É importante identificar como combater a cronicidade (conforme BARRETO, 2005, sinônimo de exclusão⁷), como promover a reinserção do paciente na comunidade, como aumentar sua capacidade de troca e perceber de que mecanismos ele realmente se beneficia. (Neste sentido, esclarecemos que a temática da exclusão será aprofundada no terceiro capítulo).

Compreendemos que a mencionada capacidade pode ser ampliada quando oportunidades de troca são criadas, pois as habilidades adquiridas e seus produtos (materiais e afetivos) só se realizam na medida em que as relações sociais permitem a circulação desses produtos e a convivência para que as negociações sejam estabelecidas. A criação de espaços de circulação e negociação correspondem às oportunidades efetivas de reabilitação, assim como a participação nas atividades dos serviços, que visam o treinamento de habilidades, a criação de vínculos e o ganho de autonomia formam o *capital*, no sentido de se possuir algo a ser negociado.

⁷ "Crônico, no vocabulário psiquiátrico, é o termo que traduz a exclusão. Cronicidade psiquiátrica é um conceito que remete à evolução de um quadro psicopatológico, à sua duração, persistência e refratariedade às técnicas de tratamento, implicando, em sua dimensão social, uma condição de incapacidade e de dependência do cuidado continuado [...] A cronicidade é exclusão do lugar, mas também do tempo, exclusão que se dobra numa segunda exclusão, exclusão dentro da exclusão". A exclusão duplicada advém do processo hodierno de sobredeterminação (superexploração do trabalho e descarte de mão-de-obra) dessa condição, o que tem gerado intensificação e ampliação da pobreza ("novos" e mais excluídos – jovens, desempregados permanentes, etc.), cujas causas instalam-se no novo ciclo de acumulação capitalista: "é forçoso reconhecer com certa amargura que a 'sétima cavalaria' da reforma [psiquiátrica] chegou demasiado tarde, encontrando já parcialmente em ruínas a construção inacabada do *welfare state* e já instalada uma nova e inclemente discriminação a barrar a passagem aos que se habilitassem a tentar o ingresso nesse mundo, depois de superada a exclusão prévia do estigma da doença mental" (BARRETO, 2005, p. 46).

Para Saraceno (1999, p. 18), a cidadania dos portadores de transtornos mentais requer a "construção de seus direitos substanciais" no que se refere aos aspectos afetivo, relacional, material, habitacional, produtivo e outros que se fizerem necessários para que vivam dignamente na sociedade.

Também este autor, nos oferece uma revisão acerca das teorias desenvolvidas na década de 1990, sobre o tema que identifica como reabilitação psiquiátrica. Esclarece que a referência ao termo reabilitação psicossocial, utilizado internacionalmente, compreende diferentes modelos teóricos. Para a compreensão desses modelos, seguindo o ordenamento do pensamento que propõe, é preciso inicialmente identificar as definições propostas pela OMS:

- Doença ou Distúrbio (condição física ou mental percebida como desvio do estado de saúde normal e descrita em termos de sintomas e sinais);
- Dano ou Hipofunção (dano orgânico e/ou funcional a cargo de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica);
- Desabilitação ('disabilitá', limitação ou perda de capacidades operativas produzidas por hipofunções);
- Deficiência (desvantagem, conseqüência de uma hipofunção e/ou desabilitação que limita ou impede o desempenho do sujeito ou das capacidades de qualquer sujeito) (SARACENO, 1999, p. 34).

Exemplificando uma seqüência, de acordo com as definições acima destacadas, relativas a um transtorno mental grave (severo e persistente) do grupo das psicoses teremos: esquizofrenia / sintomas positivos e negativos / redução das performances cognitivas e sociais / desintegração social, desemprego, perda de autonomia.

Saraceno (1999, p. 34) chama atenção para um fato frequentemente esquecido: a condição de deficiência é determinada por uma "resposta que a organização social dá a um sujeito com desabilitação". Por isso, dependendo do nível de organização social de dada comunidade, a deficiência que vitimiza diferentes indivíduos, causada pela mesma desabilidade, pode ser maior ou menor. Isso quer dizer que um sujeito desabilitado, cuja desvantagem limita seu desempenho e capacidades, pode ser beneficiado por intervenções que incidam tanto sobre a desabilidade quanto sobre o meio, nos aspectos físico, ambiental e cultural. Neste sentido, a reabilitação compreende um conjunto de procedimentos que objetiva ampliar as habilidades ou reduzir as desabilidades, devendo ser simultâneas as intervenções sobre estas e as deficiências.

Com base nestes pressupostos teóricos, Saraceno (1999) apresenta quatro modelos conceituais operativos de reabilitação psicossocial:

a- *Social Skills Training (SST)*

Este modelo se revela como o "conjunto dos métodos que utilizam os princípios da teoria da aprendizagem com o objetivo de promover a aquisição, a generalização e a permanência das habilidades necessárias nas situações interpessoais" (THORNICROFT, *apud* SARACENO, 1999, p. 35).

Esse modelo supõe uma vulnerabilidade pré-existente, que é ativada nos indivíduos – que possuem potenciais sintomas psicóticos – em situações cujas exigências sobrecarregam as habilidades de enfrentamento (*coping*). Situações estas estressantes, quando são prolongadamente expostos a ambientes tensos e hostis, seja familiar, laboral ou social. Fatores mediadores condicionam esse processo, podendo ter ação protetora ou potencializadora. A proteção pode ser efetivada (dentre outros fatores, que determinarão o decurso da doença), por características de competência social e da capacidade de enfrentamento por parte do sistema familiar ou de outros sistemas de suporte. Ou seja, "o desenvolvimento ou reforço de habilidades de *coping* e de competências interpessoais e profissionais associado a um uso ótimo dos fármacos, constitui o conjunto de intervenções que protegem o indivíduo de uma recaída" (SARACENO, 1999, p. 36). Nesta concepção, o principal papel é dado ao uso dos medicamentos, pois permite o controle da vulnerabilidade biológica que compõe a vulnerabilidade psicobiológica. Isso quer dizer que os psicofármacos atuam sobre o dano relacionado às desabilidades. A reabilitação psicossocial, enquanto campo conceitual nesta vertente torna-se autônoma em relação à dimensão terapêutica, integrando princípios da reabilitação física e fazendo aliança com técnicas psicoterapêuticas e com o tratamento farmacológico.

Uma das críticas a este modelo é relativa ao fato dele não ter considerado, no mesmo nível de importância, a teoria e as práticas relacionadas às intervenções que escapam ao ato médico. Para Castelfranchi (*apud* SARACENO, 1999, p. 37)

[...] estas coisas (modificação do ambiente) são adicionadas como de segunda mão, isto é, não constituíam nem a filosofia inicial declarada da reabilitação, nem se encaixam no "modelito" de reabilitação que propõem os autores [...] [Antony e Liberman]; são uma adição atórica que deriva evidentemente da prática. Mas esta não vem qualificada como digna nem de ser a filosofia de base da reabilitação (porque colocaria em discussão a paridade com o modelo médico), nem de ser inserida no modelo teórico.

No que se refere à área do trabalho, no método SST as atividades se dirigem a pacientes estáveis em relação à sintomatologia, internados ou não. O programa de

reabilitação, neste aspecto, busca treinar a capacidade da procura por ofertas de trabalho, a partir da constituição de um *Clube para Encontros de Trabalho*.

b- Modelo de propostas psico-educativas

Estas apresentam uma perspectiva terapêutica mais ampla, por integrar os princípios que lhe são próprios, fundados no treinamento de habilidades sociais. Os estudos conduzidos nos anos 1960 pelos autores ingleses Brown e Wing sobre as Emoções Expressas (EE), constituem a base desse modelo. Buscava-se a partir destes estudos delimitar as variáveis implicadas na adaptação social dos psicóticos ex-internos, visando avaliar o grau desta adaptação. Foi observado um papel preponderante das EE (verbais e não verbais nas relações entre o paciente e o "familiar-chave") que foram medidas através da aplicação de uma entrevista semi-estruturada que distinguiram dois tipos de famílias, com alta ou baixa EE. Verificou-se que a taxa de recidivas relacionava-se significativamente com a resposta emotiva dos familiares. Com isso foi indicado que

[...] os níveis de EE condicionariam de maneira decisiva a evolução da psicose, favorecendo os riscos de recaída ou protegendo os pacientes desses riscos. Daí advém a importância para o paciente que convive com familiares caracterizados com alta EE de reduzir o contato face a face abaixo de um valor limiar identificado em 35 horas semanais (SARACENO, 1999, p. 44).

Um problema relativo a este modelo de reabilitação está relacionado ao fato de ter como objetivo principal a redução ou o impedimento de recaídas, equiparando-se ao objetivo terapêutico.

c- Modelo do cientista Mark Spivak

Este modelo que tem como objeto de intervenção a "cronicidade psiquiátrica", foi testado e aprovado em Jerusalém, no centro *Shalom para o Desenvolvimento das Competências Sociais*. Na visão deste cientista, a hipótese de uma competência pessoal e social deficitária está na base de um percurso de dessocialização; um comportamento competente requer do indivíduo expectativas e habilidades capazes de posicioná-lo de forma eficaz no seu ambiente vital. As ações e as reações das pessoas inseridas no ambiente no qual vive e age o paciente constituem o fator de máxima importância no processo de dessocialização. Ou seja, as ações e reações respondem à capacidade dos psicóticos inserirem-se no meio social. Uma articulação social suficiente depende da habilidade de satisfazer às necessidades pessoais, sociais, afetivas e financeiras do paciente e daqueles com os quais vive

e interage. Também, ações e reações desfavoráveis devido às inabilidades, que distanciam reciprocamente o paciente e as pessoas com as quais convive, determinam o processo de cronificação por perpetuar as incompetências sociais.

Para Spivak o processo de reabilitação corresponde à criação de situações em que possam ser aumentadas as articulações sociais do sujeito, de tal maneira, que lhe seja possível desenvolver competências para comportamentos eficazes de acordo com as normas compartilhadas socialmente.

Apesar do viés comportamentalista, o mencionado cientista demonstra autonomia teórica por considerar legítimos os diagnósticos elaborados segundo descrição dos comportamentos de forma contextualizada e as especificidades de cada caso, evitando a etiquetagem dos pacientes. Saraceno (1999, p. 51) considera que o rótulo de psicótico crônico traduz uma condição material de vida, pois essas pessoas têm "'sérios problemas de existência', já que experimentam contínuas falências pessoais e sociais na tentativa de satisfazer demandas e necessidades próprias e de outrem"⁸. Esta situação exige a reconstrução dos percursos que determinaram uma progressiva dessocialização do paciente, para que se possa avaliar seu funcionamento atual.

[...] as seqüências desse processo prevêm reações de frustração e desapontamento, frente ao suceder das falências do sujeito, por parte de quem está no seu entorno. A recusa que se segue a isso provoca feridas e sentimentos de falência no paciente, que, neste ponto, começará a evitar as situações e as interações que se mostram mais prováveis às falências e à recusa dos outros. Este "jogo" de se retirar das tarefas e das relações interpessoais se constrói progressivamente em torno das manobras de auto-isolamento do indivíduo e do distanciamento por parte das pessoas significativas. O confinamento em papéis e em ambientes "inócuos", seja para o paciente, seja para aqueles que convivem com ele, acaba frequentemente na sua expulsão da comunidade e na internação institucional (SARACENO, 1999, p. 51).

Os sentimentos de raiva e culpa permeiam as relações que se caracterizam pelo distanciamento recíproco e pela marginalização. Essa situação determina a simplificação dos problemas, através de uma rotulação diagnóstica que legitima os procedimentos inerentes à dinâmica própria da cultura de isolamento e psiquiatrização das situações relacionadas ao adoecimento mental.

A medicalização dos problemas acusa a impossibilidade de cura, tornando "subjetiva e socialmente aceitáveis" os "comportamentos desviantes" e as "reações estigmatizantes das

⁸ Buscando pensar criticamente essa condição, salientamos que o processo de cronificação é estabelecido dentro dos padrões de sociabilidade próprios da sociedade burguesa que molda comportamentos, atitudes, demandas e necessidades, de acordo com interesses capitalistas.

peças". "A etiqueta se torna a pessoa" justificando a permanência da inadequação dos comportamentos que geram nos pacientes, familiares e terapeutas a renúncia na promoção das mudanças necessárias; "esse pessimismo das pessoas significativas e dos operadores conduz o paciente à formação de uma imagem de si mesmo de 'imutável' ou, o que é o mesmo, como 'crônico'". Os esforços para manutenção deste sistema têm em vista a manutenção do equilíbrio, conduzindo a "espiral viciada rumo à estabilização crônica" determinando uma progressiva restrição de estímulos, um distanciamento crescente, culminando num grave empobrecimento ambiental (SARACENO, 1999, p. 52).

A contradição do pensamento de Spivak é apontada por Castelfranchi (*apud* SARACENO, 1999, p. 53-54) esclarecendo que, apesar de captar "muito bem o caráter relacional do processo (existe o eu e os outros, e a dessocialização é um meu retrair-me, mas é também um expelir-se e retrair-se do outro)"⁹, não propõe intervenções relativas aos *outros* no seu modelo de ressocialização. A intervenção técnica prevê ações exclusivamente sobre o paciente, "para readequá-lo de qualquer maneira e o mais possível às demandas e às expectativas do contexto, o qual não é minimamente posto em discussão"¹⁰.

Considerando a crítica feita por Castelfranchi, encontramos em Saraceno (1999, p. 54) a explicitação de que o modelo spivakiano visa uma readaptação do sujeito a um real que é isentado de adaptar-se "às necessidades dos mais fracos". Importa-nos acrescer que a possibilidade de uma adaptação dessa realidade – relativa ao provimento dos recursos para o atendimento das necessidades dos setores empobrecidos e desprovidos das habilidades e competências que ela própria exige – são conformadas pela racionalidade instrumental. Esta realidade não pode ser desconsiderada, pois conduz a sociedade, a cada novo ciclo de acumulação capitalista, à intensificação da barbárie, crescimento das desigualdades e de indivíduos desnecessários à sua produção e reprodução. Assim, chamamos a atenção para as contradições inerentes ao modelo acríptico, pois é nesta direção que percebemos o modelo de

⁹ Acrescentamos, em termos sociais e econômicos, um repelir, expelir ou excluir *pelo* outro. Concordando com Barreto (2005, p. 45), a cronicidade constitui um processo de exclusão, "um termo que, na acepção de Castel; Wanderley; Wanderley (2000) deve ser reconhecido como uma armadilha pela heterogeneidade de usos que propicia, pelo risco de autonomização de situações supostamente atribuíveis a *déficits* de pessoas e grupos e que suscitam a ação social meramente focal".

¹⁰ Queremos considerar que as competências sociais deficitárias, bem como um funcionamento eficaz têm por parâmetro as relações capitalistas burguesas que imprimem padrões de sociabilidade que lhe são próprios, ou seja, 'funcionam' bem sujeitos produtivos, consumidores contumazes, segundo as regras que (des) regulamentam a (super)exploração do trabalho no atual ciclo de reestruturação produtiva. Tais padrões moldam comportamentos caracterizados pelo paradoxo da rigidez de modelos e a volatilidade da última moda. Com isso, na nossa opinião, ações de reabilitação que considerem a cronicidade como resultado da reiterada falência dos sujeitos diante da exigência de adequação à tais normas comportamentais, não podem desprezar a crítica à sociedade, voltada para práticas sociais que busquem referências de comportamentos cuja ética se pautem pelo estabelecimento de relações sociais e econômicas mais justas, a fim de generalizá-las.

Spivak, por centrar-se na construção de estratégias de reabilitação exclusivamente operacionalizadas a partir da relação terapêutica, como forma de promover a interação necessária para ressocialização dos sujeitos em tratamento.

d- Modelo baseado nos estudos de Luc Ciompi

A indicação de uma relação entre vulnerabilidade e psicose também é feita por Ciompi (*apud* SARACENO, 1999, p. 57) visto que uma elevada vulnerabilidade caracteriza os indivíduos esquizofrênicos, sendo que esta "se exprime prevalentemente sob a forma de distúrbios no processamento das informações e na reduzida capacidade de enfrentar adequadamente os eventos críticos do processo de vida (fase pré-mórbida)". Sendo assim, o "episódio psicótico agudo" precipita-se quando condições estressantes levam à "tensões entre o indivíduo e o ambiente que o cerca". Decorre daí uma descompensação psicótica aguda, gerando uma crise grave no sujeito acometido, que pode levá-lo a uma falência existencial, ou pode representar uma oportunidade de amadurecimento e de mudança.

Saraceno (1999, p. 57) refere que os estudos de Ciompi esclarecem que uma psicose pode ter uma evolução benigna em mais da metade dos casos pesquisados, sendo que o que define o decurso de uma psicose "para uma evolução no eixo da cronicidade ou para uma reabsorção no processo natural da vida, são, prevalentemente, as conseqüências (isto é, as respostas) sociais e pessoais geradas pelo episódio agudo" (SARACENO, 1999, p. 57). Também estes estudos contribuíram para que a cronicidade das psicoses fosse interpretada como possível "artefato social", e para que as expectativas no campo da reabilitação sejam consideradas preditivas, e os resultados, heterogêneos. Assim, a cronicidade resulta de processos psicossociais, com relevância do campo social, indicado como único cenário em que se torna possível o trabalho clínico e de reabilitação.

Existe a definição de dois eixos que determinam níveis orientadores das avaliações, que devem se estabelecer no tempo, de acordo com o progresso do processo de reabilitação apresentada por Ciompi, sendo um eixo relativo a casa (se essa corresponde a uma enfermaria em hospital, fechado ou aberto; a um hospital dia ou noite; a um alojamento, casa familiar ou moradia protegidos; a uma moradia semi ou não protegida). O outro eixo é relativo ao trabalho, como e onde se realiza (se inexistente; se ocorre num *atelier* ocupacional dentro do hospital; no *atelier* de terapia do trabalho; no laboratório hospitalar especializado; na oficina protegida externa; trabalho normal semi ou não protegido).

Ciompi (*apud* SARACENO, 1999, p. 59) avaliou uma população hospitalizada, psicóticos crônicos, passível de reabilitar-se (e confirmou esta avaliação em outros estudos)

por meio da análise das variáveis psicopatológicas e sociais. Estas variáveis foram correlacionadas à efetividade da reabilitação, medida de acordo com os níveis dos dois eixos mencionados anteriormente. Os resultados demonstraram que mais da metade da amostra examinada era "globalmente reabilitável, sendo que a determinação da efetividade das intervenções relacionaram-se mais às variáveis sociais do que às variáveis vinculadas ao diagnóstico ou psicopatologia". Concluiu também que "as expectativas dos familiares e sobretudo dos operadores exercem uma influência mensurável sobre ambos os eixos reabilitativos, e em medida maior do que as expectativas do próprio paciente possam fazer"

Estas pontuações evidenciam a necessidade de que o trabalho reabilitativo se volte para uma mudança de concepções, daquilo que todas as pessoas envolvidas no processo esperam, dotando os psicóticos de maior credibilidade relativa ao seu desempenho. Assim considerando, as expectativas condicionam os êxitos obtidos no processo de reabilitação, porém pode ser ilusória a mudança para uma espera positiva se não forem modificadas, além das condições psicopatológicas, as condições materiais relacionadas à efetivação das propostas de reabilitação: "a influir sobre o resultado final estão, quer as expectativas em si, como fenômeno psicológico-relacional, quer os fundamentos dramaticamente materiais das expectativas (pobreza, relações, direitos, etc.)" (CASTELFRANCHI *apud* SARACENO, 1999, p. 59).

Saraceno (1999, p. 59-60) fundamentando-se nas importantes contribuições de Ciompi e Castelfranchi denuncia "a presunção de uma psicopatologicidade do pessimismo do psicótico e de quem o circunda (expectativas negativas), e a correspondente escotomização da realidade como determinante potente das expectativas negativas (donde a espera negativa não como distorção, mas como constatação)".

Isso posto, cabe-nos referenciar que práticas políticas e sociais, imprescindíveis no processo de reabilitação – que cumprem o papel de mobilizar e articular os atores sociais para construção de espaços políticos, explicitação e efetivação de direitos – precisam ser objeto de investigação e da crítica. Neste sentido, é possível identificar que na sociedade capitalista as contradições também atingem a reabilitação psicossocial.

2.3. Reabilitação psicossocial: aspectos contraditórios

O eixo analítico que escolhemos como direcionador das nossas reflexões - a sociedade burguesa - nos permite elucidar seus aspectos essenciais, uma vez que o nosso objetivo se

inscreve na tentativa de apontar contradições que decorrem desta sociedade, acarretando implicações para a reabilitação psicossocial.

Partindo da concepção de que a ciência psiquiátrica possui significado "antigo e imutável", que vem legitimando práticas que perpetuam a expropriação máxima dos sujeitos acometidos por transtornos mentais graves, considerados persistentes, a sociedade moderna legou aos profissionais detentores de conhecimento psiquiátrico o poder de tratá-los (SARACENO, 1999, p. 63). Esta situação requer a realização de estudos que permitam compreender esse significado que torna os manicômios iguais em todo o mundo, independentemente das condições econômicas e sociais onde exista. Existe uma lógica que a explicita, estando fundamentada na ordem societária burguesa.

Salientamos que esta ordem não é autônoma, é inerente ao capitalismo. A ordem que iguala a condição dos hospícios em todos os cantos do mundo, lugar de pobreza e miséria, no sentido de privação daqueles que lá se encontram internados e dos recursos terapêuticos a eles destinados, também iguala a condição dos pobres, em qualquer lugar do mundo. Ou seja, à pobreza não se faz distinção; às mesmas condições são submetidos e com os mesmos recursos degradados ou ausentes são aviltados nas suas necessidades. Ordem do patrão, mas também do pai protetor da sociedade e do louco. O asilamento é, por assim dizer, um "direito" de todos, e o asilo, o lugar dos loucos pobres, de tutela dos mais fracos. Essa duplicidade, a proteção do pai e o ordenamento (burguês) do patrão são características da psiquiatria, que tem como matriz originária a razão burguesa; e o manicômio sua expressão física, de uma ciência pautada na certeza de seus métodos.

[...] com o crescer paralelo da presumida cientificidade da psiquiatria e da ideologia médica, vemos prevalecer a miséria e o abandono, ou seja, a função patronal. Pode parecer paradoxal, mas certamente eram melhores os manicômios milaneses do início de 1900 do que os de hoje e assim, provavelmente, em todas as partes do mundo, na medida em que eram mais pais normatizadores do que patrões violentos: à diminuição da "violência direta" sobre os pacientes corresponde um crescimento da "violência indireta" (miséria e abandono); a diminuição da organização rígida e asilar (...), conduz à cultura do cárcere que caracteriza o manicômio atual (miséria, relações violentas, anomia, abandono) (SARACENO, 1999, 65).

Pertinente à exposição do autor reolocamos a questão inicial: por que a psiquiatria é dotada de um sentido "antigo e imutável", legitimado pela sociedade? A resposta para esta questão, de acordo com o nosso entendimento, implica em uma análise crítica retomando os aspectos históricos da psiquiatria, procurando correlacioná-los à teoria social crítica.

O projeto da sociedade capitalista vem tendo seu desenvolvimento garantindo à classe burguesa a consolidação dos seus interesses, privilegiando o crescimento econômico, mesmo diante dos ciclos de expansão e das crises. Tomando-se o contexto contemporâneo, ressaltamos que o individualismo exacerbado e a "coisificação" da realidade e de seus atributos vêm contribuindo para o descrédito da condição criadora e transformadora da práxis humana. Assim, a concepção de uma pseudo-historicidade subjetiva e abstrata e conseqüente "exaltação irracional da positividade, reduzindo a história real a algo superficial, fragmentado, abstrato", fortalece o irracionalismo representado pela intuição arbitrária, em prejuízo da compreensão da contraditoriedade da realidade (SOTO, 2004, p. 12).

No entanto, estas dimensões do real não excluem a existência de uma compreensão que se assenta na defesa da emancipação humana, que se sustenta na construção da democracia participativa - como valor universal, tendo como centralidade a cidadania plena.

Figuram-se assim, na contemporaneidade, a racionalidade instrumental que corresponde aos interesses burgueses, que expressa a força capaz de impulsionar o desenvolvimento tecnológico e material; e a racionalidade emancipadora, que é visualizada até mesmo como uma utopia. A coexistência de ambas caracteriza a contraditoriedade entre a "modernidade da tecnologia" e a "modernidade da libertação", que "formam parte da base estrutural fundacional da Modernidade": uma embasada em uma razão cuja lógica é a instrumentalização; outra assentada na indagação crítica e na busca de caminhos de liberdade e igualdade (SOTO, 2004, p. 13).

Considerando que a racionalidade instrumental é o que vem configurando o estágio atual da sociedade capitalista, destacamos que diversas formas de sujeição conformam mecanismos que tornam as relações sociais permeadas pela exploração, alienação e violência, determinando, com o aprofundamento das desigualdades, despersonalização e anonimato social, situações que são expressão das contradições inerentes à razão contemporânea que configuram a barbárie.

Associando então estas reflexões com as colaborações de Saraceno (1999), identificamos que a substituição da "violência direta" pela "violência indireta" dirigida aos pacientes asilados, corresponde ao processo de agudização da barbárie que atinge a todo o corpo social.

Fazendo alusão à configuração de Saraceno (1999, p.66 -68) sobre o processo que foi iniciada em 1964, em Gorizia na Itália, que singularizou a busca da ruptura com a segregação manicomial, a psiquiatria anti-institucional significou a "interrupção da convivência entre técnicos e a ideologia da razão burguesa". E continua afirmando que é o que é necessário para

a mudança da condição dos loucos é a "reconstrução dos nexos sociais, da contratualidade, do acesso às mercadorias e às trocas". Na visão de Basaglia (apud SARACENO, 1999, p. 67), o que se persegue é a liberação, do "corpo aviltado e mísero do internado, ao corpo social", o que pressupõe a interação entre esse sujeito e o contexto.

Sarraceno (1999) também se refere ao psiquiatra Laing, destacando que este reconhece a preponderância do sujeito sobre a psicose, propugnando em seu pensamento a necessidade de "tornar mais humildes" os modelos psicológicos, cuja concepção prepondera a doença, sob a qual encontra-se o sujeito.

Na visão de Sarraceno (op. it., p. 68) existe uma inflação de técnicas psicoterápicas motivada pela busca de uma resposta psicológica à psicose, além da social. É preciso assumir que a desumanidade e as práticas antiterapêuticas são condições, não só do manicômio, mas da ideologia psiquiátrica conservadora, sendo o primeiro produto da segunda. Sem essa consciência acaba-se por reproduzir a mesma ideologia noutros cenários.

Com estas ponderações questionamos se será possível superar essa ideologia psiquiátrica no contexto de dominação burguesa. O nosso entendimento é o de que a ideologia psiquiátrica que molda instituições com características tradicionais, é portadora de interesses econômicos, manifestados não só no lucro obtido pelo tratamento asilar, mas também nos interesses corporativos decorrentes da mercantilização da saúde. E "o trabalho não pode ser outro a não ser o de se ocupar das necessidades e entrar através delas em antagonismo com a instituição (psiquiatria)", e essa aliança entre trabalhadores (o técnico e o usuário destituído desse direito) muitas vezes não se verifica nos modelos de reabilitação adotados (SARACENO, p. 1999, p. 69-72).

Ao conferir uma unidimensionalidade à doença, práticas psiquiátricas conservadoras promovem o ocultamento das mazelas da institucionalização. Contrapôs-se a esta realidade a transformação crítica iniciada por Basaglia na Itália, incluindo outras dimensões no que se refere à crítica ao hospital e ao tratamento das psicoses, trazendo como consequência um novo "perfil pedagógico para os reabilitadores" (SARACENO, 1999, p. 72). As práticas psiquiátricas tradicionais, ao contrário, dentro e fora dos manicômios, habitam os técnicos a produzirem "menos realidade, ou seja, a fazer menos no contexto nos quais agem quando projetam as intervenções". (SARACENO, 1999, p. 72).

Damos destaque para o fato de que tais procedimentos podem se reproduzir em qualquer lugar onde prevaleçam interesses compatíveis com a ordem burguesa, que no contexto contemporâneo está assegurada pelo ideário neoliberal. Este vem acarretando a precarização e privatização das políticas sociais para salvaguarda dos interesses burgueses,

garantidos pela "reconversão do Estado em serviçal de um mercado que, de fato, é manipulado por uma oligarquia financeira mundial" (NETTO; BRAZ, 2006, p. 245).

Ampliando as correlações com o que é apontado por Saraceno (1999, p. 95) identificamos que o lugar onde prevaleça o compromisso com a reabilitação dos sujeitos em tratamento constitui-se como serviço "que se ocupa de todos os pacientes" que dela se beneficiam. No entanto, tem sido identificado que também na reabilitação assegura-se a dimensão individual, visto que "o paciente que não se faz reabilitar ou que se julga não poder ser reabilitado (na verdade, o paciente que não se adapta ao programa de reabilitação oferecido por aquele serviço)", tem como destino um estágio mais baixo na escala de tratamento: retorna ao hospital psiquiátrico ou, lá já estando, ocupa enfermarias mais regredidas. O "mau" serviço procura garantir lugares físicos em escalas inferiores que serão ocupados por aqueles julgados impossibilitados de se reabilitarem. Ao passo que o "bom" serviço, de alta qualidade, caracteriza-se pela multiplicidade de lugares e oportunidades, segundo Saraceno (1999, p. 96), sendo "permeável e dinâmico", onde "os recursos e as ocasiões negociáveis" estão disponíveis permanentemente para pacientes e operadores.

Do contrário, se há uma limitação de oportunidades, caminha-se para uma progressiva cegueira para os recursos e para a possibilidade de "captar as capacidades e os desejos interditos do cenário dado" (SARACENO, 1999, p. 97). Um conjunto de lugares que se intercomunicam caracteriza um "bom" serviço, cujos recursos intercambiáveis estão geograficamente dispostos para uma população de usuários. Opostamente, uma ausência de ofertas terapêuticas acaba por expulsar o paciente. "O bom serviço é, portanto, um serviço com alta integração interna e externa", onde há "permeabilidade dos saberes e dos recursos" (SARACENO, op. cit., p. 97).

A integração interna caracteriza-se pelas estratégias afetivas e organizativas. No "mau" serviço estas podem ser operadas de forma que as atividades e respostas tenham resultados mínimos porque "se trabalha pouco", se "arrisca pouco" e "pensa-se pouco, adotando um pensamento pré-pensado e pronto para uso" (SARACENO, 1999, p. 97). No serviço de qualidade essa integração adota um "alto consumo afetivo, intelectual e organizativo" voltada para as necessidades do usuário e não do serviço.

A integração externa caracteriza-se pela grande permeabilidade dos serviços aos saberes e recursos que o circundam, inclusive àqueles "existentes e não vistos, e tampouco utilizados. O muro do manicômio a ser demolido é qualquer muro que impeça de ver (e usar) outros saberes e outros recursos" (SARACENO, 1999, p. 98).

As comunidades onde se inserem os serviços podem contribuir para o estabelecimento de relações "mais favoráveis" com um serviço de saúde mental. Estas relações são aquelas que se caracterizam por processos complexos de interação e integração que geram alianças e conflitos "capazes de produzir sentido, contratualidade, bem-estar" (SARACENO, 1999, p. 105). As relações entre os serviços e as comunidades podem suprir/gerar as seguintes necessidades/situações:

- a pobreza de recursos institucionais tem, em muitas ocasiões, se mostrado como um possível gerador de recursos não institucionais;
- se as pessoas são um recurso, os pacientes, as famílias e os cidadãos de uma dada comunidade também o podem ser;
- considerar os recursos não institucionais (e a comunidade) como recursos a serem utilizados no serviço significa também gerar conflito e o próprio conflito é um recurso (SARACENO, 1999, p. 105).

Para o autor, algumas experiências têm revelado que estratégias e recursos não institucionais têm sido criados em função da pobreza de recursos institucionais, gerando alternativas terapêuticas e reabilitativas desmedicalizadas, capazes de "manter níveis elevadíssimos de contratualidade dos usuários e de desafiar de forma muito construtiva (mesmo se não privado de conflitos) o entorno social" (SARACENO, 1999, p. 104).

Associando estas reflexões aos avanços obtidos pela Reforma Psiquiátrica no Brasil podemos destacar que o principal desafio para que ocorram mudanças significativas na área da assistência em saúde mental é a responsabilização aos municípios quanto à criação e implementação de políticas municipais para esta área, que priorizem os processos de desinstitucionalização. Esses processos têm como objetivo a transformação do modelo assistencial médico-hospitalar em um modelo de atenção psicossocial na comunidade, em serviços territorializados. A noção de território confere a um serviço de saúde mental, a capacidade de articular e dispor uma rede de cuidados e de suportes para atender às necessidades integrais de seus usuários, assim como propiciar à comunidade que os integra oportunidades de participação que visam promover mudanças culturais a partir do estabelecimento de novas relações com os sujeitos e novas percepções sobre o fenômeno da loucura, incluindo-se a mediação do dispositivo terapêutico.

Amarante (2000,p. 20) enumera três tipos de desinstitucionalização. Aquele que se "almeja" está representado no modelo de desconstrução do aparato manicomial e caracteriza-se "pela predominância crítica epistemológica ao saber médico constituinte da psiquiatria,

onde inclusive a cidadania ultrapassa o sentido do valor universal para colocar em questão o próprio conceito de doença mental, que determina limites aos direitos do cidadão".

Saraceno (1999, p. 17) também discute este tema em termos da psiquiatria anti-institucional, afirmando que o mesmo se constituiu a partir da multiformidade que lhe foi conferida pelo debate entre os saberes. Este autor aponta que, subsequente ao intenso debate dos anos 1970, existe o comprometimento causado pela ausência da crítica quanto à impotência da prática psiquiátrica médica, que se pauta por um saber que preconiza sua exclusividade ou predominância na compreensão e tratamento da loucura, visto que: "o que impressiona na psiquiatria não é sua impotência, mas a ausência de crítica nos confrontos com essa impotência. Uma ausência de crítica culpada, porque não permite que sejam colhidas as relações 'reais' entre melhoras e tratamentos".

Para este mesmo autor (1999), uma avaliação que permitiria enxergar o que de fato contribui para a melhora dos pacientes ou usuários em tratamento, implicaria numa investigação feita, individualizadamente, de quais ações incidem sobre a condição de saúde mental. Sendo assim, quanto a estas ações destaca:

[...] seria importante conhecê-las, porque se descobriria que, provavelmente, as ações que definem os tratamentos formais não são especialmente influentes sobre a evolução das doenças, enquanto que, ao invés dessas, as ações que contornam os tratamentos formais (como, por exemplo, os contextos onde o tratamento se dá, as motivações e as expectativas de quem oferece o tratamento, os 'modos' afetivos e materiais que constituem a assistência, a continuidade e a perspicácia com que são construídas propostas de vida para o paciente) são elementos suficientemente mais decisivos para a evolução do paciente (SARACENO, op. cit., p. 17).

Complementando suas reflexões, o autor esclarece que estas ações informais – assim considerando, provisoriamente, pela referência às ações que orbitam os tratamentos formais – consistiriam "variáveis estranhas à clínica e à terapêutica [que] irrompem sobre a cena e modificam, para melhor ou para pior, as histórias naturais das doenças" (SARACENO, 1999, p. 18). Além disto, considera que a condição dos portadores de transtornos mentais é mais influenciada pelas mudanças relacionadas às dinâmicas sociais, culturais, políticas e econômicas do que pelas "descobertas" da psiquiatria. E, mesmo que estas mudanças sejam influenciadas por movimentos "internos" à psiquiatria, estes não são internos ao "discurso da psiquiatria". Entendemos que o autor refere-se ao discurso reducionista da psiquiatria tradicional, percebida como área de atuação exclusivamente médica e não o campo diversificado, multifacetado e interdisciplinar que constitui a psiquiatria, enquanto objeto de intervenção da saúde mental.

Às práticas de desinstitucionalização e, no rastro do ideário anti-institucional, opõem-se práticas de desospitalização. Se, por um lado, às primeiras corresponde um processo de superação gradual da dependência dos pacientes institucionalizados no que se refere, de acordo com Saraceno (1999, p. 23), aos "automatismos invalidantes que caracterizam o círculo vicioso doença/resposta invalidante à doença"; às segundas corresponde ausência de ações que criem lugares de acolhimento e tratamento adequados às necessidades múltiplas dos ex-internos, transferindo "multidões de pacientes do abandono manicomial ao abandono extra-manicomial", aos ambulatórios cuja prática, na ausência de referência a serviços integrais que ofereçam atenção intensiva, ou de acordo com a necessidade de cada um, caracteriza-se pela pesada e indiscriminada medicalização.

Segundo a visão de Bisneto (2001, p.51),

[...] o importante é que nas instituições em que há uma presença em alguma medida do Movimento de Reforma Psiquiátrica, há concepções psiquiátricas em que a ênfase à dimensão social e política dos problemas mentais é respeitada, propiciando a possibilidade de uma direção emancipadora para o campo da Saúde Mental e do Serviço Social. Portanto, a diferença que queremos estabelecer é entre uma psiquiatria tipo problema-solução, com ênfase na causalidade linear da loucura (psiquiatria tradicional) e uma psiquiatria que vive dialeticamente as contradições da realidade, que recusa as soluções puramente técnicas do problema mental, e que tem de ser política, principalmente as correntes psiquiátricas que colocam em xeque as próprias instituições manicomiais, a desapropriação e a violência perpetrada por elas. Essas linhas psiquiátricas podem ser chamadas de Psiquiatria renovada, de Psiquiatria reformada, de nova Psiquiatria ou de Psiquiatria da desinstitucionalização. Porém, na nossa pesquisa, verificamos que vários estabelecimentos psiquiátricos mesclam serviços tradicionais com serviços renovados e, para além disso, os vários atores dentro das instituições também têm posicionamento teórico variado, produzindo um conjunto contraditório e tenso na prática multiprofissional psiquiátrica.

Na prospecção de uma teoria que fundamenta e posiciona ideologicamente seus autores e atores, ressalta Bisneto (2001, p. 56)

[...] ainda estão presentes as correntes que pensam a loucura como fenômeno social, político, histórico e institucional pela perspectiva crítica e dialética. cremos que é através destas portas que se pode encontrar a expressão metodológica do Serviço Social atual no Brasil em Saúde Mental. O Movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil, ainda carrega teorias que sustentam aspectos institucionalistas ou marxistas: o debate da mediação institucional na prática psiquiátrica, tanto no sentido da discussão da legitimidade de seus fins, quanto da prática em estabelecimentos; que as práticas psiquiátricas não podem ser analisadas tão somente pelo enfoque de um saber científico, mas também pelos seus efeitos políticos e interesses econômicos; e que a luta social embutida no fenômeno da loucura também é uma contrafação das lutas de classes e expressão da dinâmica do capitalismo.

Reiteramos com este conjunto de reflexões que, no Brasil, a desinstitucionalização vem implicando a construção de uma nova forma de assistência, representada principalmente pela criação e articulação dos serviços denominados substitutivos, como referimos anteriormente, e cuja concepção, funcionamento e financiamento vêm sendo possíveis a partir da luta política, cujos participantes encontram-se nos serviços, em governos, administrações públicas, partidos políticos, sindicatos, escolas de qualificação, representações políticas, enfim, nos diversos movimentos sociais e espaços políticos que se organizaram a partir das novas orientações. As medidas de desospitalização têm como meta a redução de leitos psiquiátricos para economia dos recursos gastos com saúde mental. Essa lógica é pertinente às gestões públicas afinadas com o ideário neoliberal e vem causando anulação dos direitos conquistados pelas lutas no campo da saúde mental.

No âmbito da política nacional, destacamos o estímulo à criação de CAPS, sob diversas modalidades, como instância de tratamento ordenadora da rede de cuidados, devendo a assistência ser prestada por equipe multiprofissional, que desenvolva o trabalho de reabilitação psicossocial, com vistas a atingir níveis possíveis de autonomia de seus usuários. Além desta instância existem, dentre os dispositivos que compõem a rede de atenção substitutiva, os SRT, as cooperativas de trabalho, os Centros de Convivência e Cultura, que também implicam na redimensão do trabalho dos profissionais envolvidos, bem como na adoção de intencionalidade para suas ações.

Reiteramos que as práticas, desde então desenvolvidas nestes dispositivos, tiveram como inspiração a experiência italiana, conhecida mundialmente como Psiquiatria Democrática Italiana, que exerceu forte influência no Brasil. A desinstitucionalização e concomitante substituição da assistência hospitalar não se pauta pela negação da doença ou gravidade desta, mas a negação sim "do mandato que as instituições da sociedade delegam à psiquiatria para isolar, exorcizar, negar e anular os sujeitos à margem da normalidade social" (AMARANTE; ROTTELI, 1992, p. 44). Estes dois autores ressaltam que o destaque para a dimensão clínica na assistência preconizada no Brasil foi um aspecto que a diferenciou da referência italiana, cujo principal autor e ator, Basaglia, considerava a clínica psiquiátrica causa do reducionismo a que se submeteu o adoecimento psíquico, desconsiderando suas complexas determinações.

No Brasil o emprego da técnica tornou-se essencial na abordagem das especificidades e no acolhimento das peculiaridades de cada caso, surgindo diferentes tendências na orientação das práticas desenvolvidas nos serviços substitutivos. No âmbito das técnicas que vêm sendo desenvolvidas, como base de sustentação do novo modo de tratar, a reabilitação

psicossocial tem sido reconhecida como privilegiada, correspondendo a um fértil campo de construções teóricas.

No entanto, consideramos que é preciso reconhecer, de acordo com Bisneto (2001:79) que analisa a intervenção multidisciplinar: a prática mostra que, para além das intenções pessoais e dos interesses corporativistas, há a dificuldade da interlocução quando se usam paradigmas diferentes.

Por exemplo, na enfermagem psiquiátrica, o médico pode ter uma visão positivista da Saúde Mental, o psicólogo pode usar diversas teorias psicodinâmicas, o terapeuta familiar pode ter uma concepção sistêmica e o assistente social pode ficar tão ilhado quanto os outros profissionais, com sua visão histórica-estrutural. A possibilidade do assistente social trabalhar em Saúde Mental com um paradigma crítico depende da articulação das outras áreas do conhecimento com linhas históricas e sociais de suas correntes teóricas (BISNETO, Op. cit.: 79).

Também buscando correlação com a nossa experiência, ressaltamos que em serviços substitutivos, a dificuldade na troca e complementaridade dos saberes apontada pelo autor, tem se reproduzido. Especialmente, no que se refere à atuação das assistentes sociais inseridas na saúde mental no nosso município, existe uma tendência de tornar-se especializada na aplicação de técnicas psicoterapêuticas, ou na abordagem que prioriza uma compreensão pautada por um discurso hegemônico despolitizado que circula nos serviços e nos meios acadêmicos. O que, na nossa avaliação, torna-se um problema que repercute na ausência de profissionais que atuem sob a perspectiva do saber e fazer permeados pela crítica que considera as dimensões social, cultural, política e econômica, que historicamente estão implicadas na formação das subjetividades e, por conseguinte, nas determinações do adoecimento psíquico; e a necessidade de intervenção sobre estes aspectos da vida dos usuários dos serviços. Podemos considerar que esta é uma particularidade do município, tendo em vista a formação dos profissionais que atuam neste setor que tende para o tradicionalismo e para o ensino de um conhecimento teórico-prático focado na doença, com a secundarização ou desconhecimento das necessidades do sujeito portador; ou pela inexistência de disciplinas que contemplem o ensino voltado para a saúde mental na perspectiva da teoria social crítica.

3. ECONOMIA SOLIDÁRIA: POLÍTICA SOCIAL PÚBLICA DE TRABALHO - PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS

Não é nossa culpa, nascemos com uma benção
Mas isso não é desculpa pela má distribuição
Com tanta riqueza por aí
Onde é que está,
Cadê sua fração?
Até quando esperar...

E cadê a esmola que nós damos sem perceber
Que aquele abençoado
Poderia ter sido você.
Com tanta riqueza por aí,
Onde é que está
Cadê sua fração?
Até quando esperar,
Até me ajoelhar
Esperando a ajuda de Deus.

Posso
Vigiar teu carro,
Te pedir trocados,
Engraxar seus sapatos...
(Plebe Rude).

3.1. Economia Solidária: (re) invenção do cooperativismo no Brasil

A expressão economia solidária, segundo Menegasso (2000, p. 13), foi introduzida no Brasil a partir dos anos de 1970, e refere-se aos

[...] grupos de produção comunitária, vendas comunitárias, autogestão, cooperativas de trabalho e grupos de trocas, entre outros. Comporta organizações que realizam atividades econômicas marcadas sobretudo por um objetivo social, pela predominância do princípio de reciprocidade, contrariamente à economia de mercado, onde predomina o intercâmbio comercial. Ela ainda define uma forma de economia marginal. É importante lembrar que estas novas formas organizacionais estão sendo consideradas novos espaços, novas formas de geração de trabalho e renda, construídas a partir de uma lógica associativa e não economicista (MENEGASSO, 2000, p.13).

Com esta definição esclarecemos que sob as denominações de economia solidária, economia social, economia popular e economia popular solidária, a primeira vem sendo mais utilizada no Brasil, conforme os autores que estão incluídos neste estudo. Esta também é a nossa opção neste estudo, bem como estamos nos atendo aos aspectos que têm vinculações mais estreitas com os nossos propósitos investigativos.

Compreendendo então que a economia solidária se expressa como forma de

organização social do trabalho por meios diversos, identificamos que na dimensão deste a economia solidária visa extrapolar a perspectiva capitalista. Reconhecemos que a significação do trabalho na teoria social crítica difere da que é preconizada pelo capitalismo, o que nos permite evidenciar a sua conotação como mais uma esfera de alienação do ser humano.

Entendemos que a economia solidária por estar inserida no capitalismo não tem como defender, e até mesmo apostar, no sentido e no valor atribuídos ao trabalho segundo a teoria social crítica¹¹, uma vez que nesta, "[...] *o trabalho é fundante do ser social*, precisamente porque é do ser social que falamos quando falamos de humanidade (sociedade)". O gênero humano, desde os primórdios de sua existência, transformou-se e destacou-se das demais espécies. "[...] sem deixar de participar da natureza, transformou-se, através do trabalho, em algo diverso da natureza [...]; mediante o trabalho, os homens produziram-se a si mesmos (isto é, *se autoproduziram* como resultado de sua própria atividade) tornando-se – para além de seres naturais – seres sociais". Esta análise marxista constitui a base da concepção que afirma a centralidade do trabalho enquanto categoria explicativa da realidade social e enquanto "eixo a partir do qual se organiza a vida social" (NETTO; BRAZ, 2006, p. 37; grifo dos autores).

Esta condição de centralidade do trabalho vem sendo questionada nos últimos trinta anos, "por algumas correntes de peso nas Ciências Sociais" (NETTO e BRAZ, 2006, p. 50), uma vez que algumas estatísticas registram o aumento do número de desempregados nas sociedades capitalistas, estando em profusão idéias como "fim do trabalho", "fim da sociedade do trabalho", e, conseqüentemente, fim da classe trabalhadora. A diminuição do emprego (que incidiu sobre as condições de trabalho, causando sua precarização e aumento da informalidade) deve-se à estrutura do capitalismo.

O fato de parte das Ciências Sociais, em face dos limites da sociedade burguesa, não contribuírem para a sua crítica, mas, ao contrário, colaborarem para desqualificar o trabalho como "um valor superado", esse fato é eloqüente acerca da função legitimadora e apologética dessa parcela das disciplinas acadêmicas (NETTO e BRAZ, 2006, p. 51).

¹¹ Para Marx (1974) o trabalho é a condição para os homens produzirem seus meios de existência a partir da transformação da natureza, e depende, na evolução histórica, do estado em que esses meios são encontrados. Esse metabolismo entre os homens e a natureza necessita que a sociedade crie formas para organizá-lo e estabilizá-lo e assim assegurar que seus membros mantenham sua existência física. Essas formas correspondem ao modo de produção que não só define e determina a reprodução das condições de existência, mas também um modo de vida determinado, a manifestação da própria vida segundo Marx. O que os homens produzem e como produzem determina o que os indivíduos são.

Com base nestas reflexões esclarecemos que a nossa abordagem sobre a economia solidária está centrada na busca de compreensão e de explicação sobre suas possibilidades de contribuição para que seja construída uma "nova" organização social do trabalho, dentro do neoliberalismo. Compreendemos que a economia solidária como alternativa de trabalho e renda vem se constituindo como uma arena de debates, envolvendo desde os clássicos até os pensadores contemporâneos do cooperativismo.

Reconhecemos que a mudança do padrão produtivo – deixando de ser fordista, passando a ser toyotista, ou seja a acumulação capitalista em massa, passa a ser acumulação capitalista flexível – tem provocado a debilitação do mundo do trabalho. Essa precarização do mundo do trabalho pode ser relacionada com o discurso darwinista social preconizado pela elite dominante (RATTNER, 2004), além do individualismo exacerbado e do consumismo desumano. Com esta reestruturação produtiva, que teve seu início nas últimas décadas do século XX, e com o neoliberalismo, tem sido enfatizado o Estado mínimo, o que conseqüentemente provoca "alguns males sociais" deixando em evidência, o aumento considerável do desemprego (SINGER, 2000; RATTNER, 2004).

Destacamos que frente à questão do desemprego existe a enunciação de alternativas como a economia solidária, que parece significar, para um futuro próximo, uma das possibilidades de reverter a exclusão da grande maioria dos trabalhadores, reconhecendo-se que este atinge não somente os pobres, mas também a classe média em todos os países do mundo (SINGER, 2002). Mas consideramos que esta questão precisa estar associada à discussão da desigualdade social, cujos vínculos históricos se explicam pela constituição e o desenvolvimento da sociedade capitalista, concebida como "mal" social impossibilitando a emancipação humana.

Assim, esclarecemos que a busca por um projeto contra-hegemônico que vem sendo apregoada pela economia solidária, pautada no cooperativismo, não é um fenômeno recente. Entre os pensadores clássicos encontramos os defensores e os críticos do movimento cooperativista. Nos primeiros destacamos os socialistas utópicos – Owen, Fourier, Saint-Simon, Blanc – os quais preconizavam que a união dos trabalhadores em cooperativas de produção, de consumo e distribuição de mercadorias provocariam lentamente e gradualmente ruptura com a sociedade capitalista construindo a sociedade socialista. Estes defensores apresentam nos seus escritos que o credo socialista era expressão da verdade absoluta, colocando em questão a propriedade privada na transição lenta e gradual da sociedade capitalista para sociedade socialista (TOLEDO, 2005).

No entanto, os críticos do movimento cooperativista – Marx, Engels, Rosa Luxemburgo – observam que somente com as cooperativas não seria possível provocar uma ruptura com o modo capitalista de produção, pois as cooperativas são um sistema híbrido que une a economia política burguesa com a economia política proletária (TOLEDO, 2005).

Particularizando a realidade brasileira, ressaltamos que nas últimas décadas do século XX, as questões que envolvem a economia solidária passaram a ter grande importância e atenção em diversos espaços, pois também fazem parte do complexo sistema socioeconômico brasileiro as cooperativas autogestionárias, as empresas autogestionárias e as associações dos trabalhadores (SINGER, 2000; FRANÇA FILHO; LAVILLE, 2004). Dessa forma, a economia solidária, em muitos casos, tem sido interpretada como sendo um questionamento da capacidade do Estado em remediar efeitos do mercado, o que, conseqüentemente, demanda o fortalecimento da sociedade civil organizada.

Mas na questão da economia solidária, partindo dos debates existentes, salientamos que existem dois aspectos que chamam a atenção: a crítica ao modo capitalista de produção; o sonho da sociedade socialista. Acrescemos que estes aspectos estão relacionados com a interpretação de que a economia solidária singulariza uma das estratégias de enfrentamento a este modo de produção e que constitui fundamento para a elaboração de uma alternativa de trabalho e renda.

Todavia, com estas explicitações deixamos claro que ao ampliarmos a nossa discussão sobre a economia solidária estamos partilhando do posicionamento de que esta também é uma outra estratégia de fortalecimento da ordem societária capitalista, uma vez que engendra no seu conjunto a "ilusão" de que é possível produzir à margem das diretrizes econômicas e políticas que têm sustentado o neoliberalismo.

Analisando a economia solidária que se fundamenta no cooperativismo, destacamos que as elaborações de Perius e Schmidt (2002) são importantes porque expressam que o ordenamento jurídico das sociedades cooperativas brasileiras se divide em três fases: a primeira de 1903 a 1938 que corresponde à fase da constituição do ordenamento; a segunda, entre 1938 e 1988, vincula-se à fase intervencionista do Estado; e a terceira fase, caracterizada como autogestionária, é inaugurada a partir da CF/88 e seqüenciada com as mudanças que decorreram do Código Civil em 2002.

Assim é que nos referenciamos ao marco jurídico do cooperativismo estabelecido com a Lei nº 5.764/71, destacando que as sociedades cooperativas constituem-se de pelo menos vinte pessoas físicas, que são os verdadeiros "donos" da cooperativa e também os responsáveis pela tomada de decisões. Os cooperados devem assumir cinco funções: realizar o

planejamento, tomar decisões, determinar a execução, controlar as ações da cooperativa e avaliar os resultados (BRASIL, 1971).

Procurando-se evidenciar as determinações legais que estão integradas na CF/88 quanto ao cooperativismo, Perius e Schmidt (2002) destacam como principais: a autonomia, ou seja refere-se ao fim da tutela estatal; liberdade de associação, que está relacionada com o direito de associar-se quanto ao de não permanecer associado; regime tributário adequado, que implica em legislação complementar; reconhecimento das cooperativas de crédito; expansão do cooperativismo na área da saúde.

E com a aprovação em 10.01. 2002, da Lei n. 10.406 - Código Civil - CC (em substituição ao de 1916, englobando o Código Comercial de 1850), foram introduzidas alterações também quanto "às sociedades cooperativas". Ficou estabelecido que a modalidade contratual é plurilateral, através da qual a sociedade se constitui a partir de uma multiplicidade de partes, cuja prestação de cada uma é dirigida a um fim comum. Cada membro é titular de direitos e de obrigações não um para com o outro, mas sim de um para com todos os demais. Desse modo, o contrato plurilateral se caracteriza pela indeterminação do número de participantes e se identifica pela manifestação de vontade de uma multiplicidade de pessoas voltadas à consecução de um objetivo comum (BARROS, 2002, p.1.1003).

Além disto, a regulamentação das cooperativas ganhou um capítulo no CC/2002, que não representa alterações substanciais às determinações de 1971, ou seja a cooperativa continua sendo um tipo especial de sociedade que poderá ser constituída mesmo sem capital e apenas com serviços, não tendo finalidade de lucro. Também continuam como sociedades de pessoas, com forma e natureza jurídica próprias, de natureza civil. Mas quanto ao número de sócios passou a ser o mínimo desde que seja suficiente para compor a administração (BARROS, 2002, p.1.1003).

Com estas referências reafirmamos que a economia solidária, genericamente, abrange todas as formas de manifestação e diversidade de atividades que compõe esse campo temático, sendo um conjunto heterogêneo que visa a construção de uma outra economia, cujas formas de produção, consumo e distribuição a distinguiriam das economias capitalista e estatal (SINGER, 1999, 2002,2006).

Em relação à origem da economia solidária, Singer (2002) expressa que esta coincide com o surgimento do capitalismo industrial, como resposta ao empobrecimento dos artesãos por causa da produção fabril. Motchane (2007, p. 01) concorda que as primeiras experiências e teorias surgiram no início do século XIX, "em reação a brutalidade da revolução industrial", mas, nesta época, afirma que tais experiências compunham o que define como economia

social.

No contexto contemporâneo, segundo Bertucci (2005, p. 42), as primeiras experiências da economia popular solidária surgem "no contexto de exclusão social", derivando-se de projetos de ONG's que buscavam apoiar segmentos empobrecidos, com objetivos emancipatórios e libertadores. O autor defende que estes projetos se diferenciam da filantropia e do Terceiro Setor, pois surgem de parcelas de trabalhadores em situação de exclusão do mercado e das alternativas representadas pelas empresas autogestionárias resultantes da falência das mesmas. A economia solidária no Brasil vem sendo percebida como uma outra estratégia para organização do trabalho e pretende promover o resgate da luta histórica dos trabalhadores, tendo como princípios a luta contra a exploração capitalista do trabalho humano e a satisfação das necessidades de todos os envolvidos.

Motchane (2007, p. 2) esclarece que as diversas modalidades de economia solidária “[...] compartilham cinco princípios sagrados, um objetivo fundamental e exigências sociais: a independência em relação ao Estado, a filiação voluntária dos sócios, a estrutura democrática de poder (uma pessoa, um voto), o caráter inalienável e coletivo do capital da empresa e a ausência de remuneração do capital, eis os princípios”. Para este autor, a economia solidária é uma nova forma de economia social, e surge no contexto de crescimento do desemprego e da pobreza nos anos 1980. Esse crescimento fez com que novas empresas sociais surgissem na Europa, como resposta à incapacidade das políticas públicas de oferecerem soluções eficazes para o atendimento das necessidades, situação gerada pelo recuo do Estado-providência, face a investida neoliberal.

Como proposta política, de acordo com a Carta de Princípios (FBES, 2007a), a economia solidária preconiza a superação do modo capitalista de organizar as relações dos seres humanos entre si e com a natureza. Pretende-se a constituição de uma economia distinta da economia capitalista, promovendo o surgimento de um novo ator social autônomo, capaz de criar novas regras de direitos e de regulação da sociedade em seu benefício. A promoção da economia solidária estimula a associação e a cooperação entre trabalhadores. Estas formas de organização podem contribuir para a posse coletiva dos bens de produção e da renda obtida através do trabalho autogestionário, cuja divisão de tarefas não implica a valorização de algumas funções em detrimento de outras.

As estratégias de organização e as relações do trabalho autogestionário de grupos de cooperação produtiva têm se caracterizado pela informalidade ou pela legalização parcial nas quais os vínculos de trabalho permanecem mais ou menos informais. As formas mais frequentes de legalização são as cooperativas ou associações. A associação não regulamenta

as relações de trabalho produtivo entre seus associados, se constituindo como entidade sem fins econômicos. A cooperativa, embora ainda não tenha garantido aos seus componentes todos os direitos que são devidos, já possui uma regulamentação própria. A reunião de pessoas em torno de uma organização, que pode ser tanto uma cooperativa como uma associação, "lhes permite uma liberdade de atuação no mercado a qual dificilmente gozariam, se insistissem em agir individualmente" (ALCÂNTARA, 2003, p. 38).

Na visão de Singer (2000, p. 138) as possibilidades das organizações de economia solidária se refletem na dimensão de que

Ela aproveita a mudança nas relações de produção provocada pelo grande capital para lançar os alicerces de novas formas de organização da produção, à base de uma lógica oposta àquela que rege o mercado capitalista. Tudo leva a acreditar que a economia solidária permitirá, ao cabo de alguns anos, dar a muitos que esperam em vão um novo emprego, a oportunidade de se reintegrar à produção por conta própria, individual ou coletivamente.

As organizações de economia solidária se distinguem, de acordo com Singer (op. cit.), por duas especificidades: estimulam a solidariedade entre seus membros mediante a prática da autogestão e praticam a solidariedade para com a população trabalhadora em geral, com ênfase na ajuda aos mais desfavorecidos. O princípio da autogestão, que caracteriza as organizações de economia solidária, refere-se ao poder compartilhado e à natureza democrática das tomadas de decisão.

Ressaltamos a preocupação de Singer (1999) com os tipos de cooperativas que precisam ser criadas no quadro da economia solidária como alternativa ao neoliberalismo. Para o autor o novo cooperativismo se opõe à devastação que a globalização ocasiona no seio da classe trabalhadora. Observamos que o cooperativismo salientado por Singer tem se desenvolvido a partir de instituições de apoio que se tornam fundamentais para o desenvolvimento dessas experiências. Essas instituições podem ser agrupadas em três grupos: aquelas ligadas ao movimento cooperativo tradicional e às associações rurais; aquelas ligadas a organizações religiosas ou a movimentos sociais; e aquelas ligadas às instâncias governamentais.

De acordo com Singer (2004) a economia solidária está formada por empreendimentos geridos pelos associados, na maioria dos casos, em atividades de produção, serviço, crédito ou consumo. Este autor, inspirado nas elaborações teóricas de Polanyi (2000) que identifica princípios de comportamentos socioeconômicos não monetários e não mercantis – reciprocidade e redistribuição – associa os princípios da economia solidária ao princípio da

reciprocidade e da dádiva, caracterizando-a como uma economia que se distingue "pelas relações de solidariedade que tece e produz. Em certo sentido, a reciprocidade é o relacionamento básico entre os que trabalham na economia solidária, na medida que todo tipo de associação autogestionária tem por fundamento a ajuda mútua, que não passa dum sinônimo da economia da dádiva" (SINGER, 2004, p. 07).

Conforme Singer (2006a), a forma de administração das empresas é que distingue a economia capitalista da solidária, ou seja, a heterogestão e a autogestão, respectivamente. A heterogestão caracteriza-se pela contradição entre cooperação e competição dentro das empresas, que acaba por determinar a extração do máximo de trabalho e eficiência dos empregados. A autogestão implica em deliberações democráticas, cujos representantes e órgãos de gestão são eleitos pelos próprios trabalhadores, sendo instância máxima de decisão as Assembléias.

Além destas informações consideramos necessário destacar que de acordo com Bertucci (2005, p. 5) as críticas às teorizações sobre a economia solidária consideram-na "como um suspiro 'romântico' dos socialistas utópicos". Na concepção do autor, os pensadores da economia solidária acreditam que esta se constitui enquanto um caminho para a superação, na contemporaneidade, das mazelas do capitalismo, bem como do próprio sistema. Este reconhece como uma proposta "ousada e louvável, cujas experiências vêm se multiplicando, tornando-se uma alternativa (mesmo que ainda incompleta), permitindo que questões importantes, relativas aos ideais de justiça e igualdade, apregoados pelo socialismo, sejam (re)colocadas" (BERTUCCI, 2005, p. 5).

Para este autor, o desenvolvimento histórico da sociedade capitalista modificou este caminho, havendo necessidade de conhecer, desenvolver e expandir novas relações de produção e reprodução social "[...], pois, afinal, sem o desenvolvimento de novas relações – baseadas em princípios como reciprocidade, união, cooperação e solidariedade – não parece haver caminhos para nos aproximarmos de algo que mereça ser chamado socialismo" (BERTUCCI, 2005, p. 20).

O autor discute a produção não capitalista como forma de regulação do produto social. Considera que alguns estudos têm apontado que, "dentro de qualquer sociedade, [existem] situações em que os homens tomam ações econômicas em favor do outro sem esperar nada em troca, movidos pelo dom ou pela dádiva" (BERTUCCI, 2005, p. 20).

Bertucci (2005, p. 45) segue um caminho de reflexão teórica que busca refutar as críticas de autores marxistas à economia solidária motivado pela indagação: "até que ponto o pensamento marxista, que um dia marcou a superação crítica das primeiras formulações

socialistas, pode ainda oferecer condições de análise das novas configurações do capitalismo?". Afirmo que os marxistas perderam "boas" oportunidades de debater formas alternativas de "reorganização e gestão política" expressas em outros movimentos socialistas, tendo ficado à margem das ciências sociais.

Bertucci (2005, p. 47 e 49) se vale destes argumentos para posicionar o cooperativismo e, por conseguinte, a economia solidária como uma destas alternativas. Além do mais, acredita, o vácuo deixado por Marx no que se refere à discussão da transição do capitalismo para o socialismo gerou controvérsias "com diferentes interpretações" por parte dos marxistas. E, segundo o autor, esse vazio teórico pode e deve ser preenchido pelo debate sobre o movimento cooperativista, enquanto "alternativa de totalidade para superação prático-teórica do capitalismo", contrapondo-o ao movimento sindicalista que está na defesa e "em cooperação com o Capital". Para Bertucci "falta uma teoria, ou uma proposta coerente e melhor elaborada para a compreensão de um possível processo de transição".

Em termos de experiências de economia solidária no Brasil, evidenciamos que foi na década de 1980 que surgiram as primeiras, resultantes dos movimentos sociais, fruto de uma situação recessiva e de desemprego que imperava naquele período. Além disto, ONG's e governos populares buscaram formas de organização e gestão do trabalho, a partir de princípios mais democráticos e autônomos. Neste contexto renasce a discussão sobre a organização cooperativa como perspectiva de inserir no mercado de trabalho, parcelas de trabalhadores desempregados. Para tanto, alguns financiamentos de ONG's e prefeituras democráticas subsidiaram a estruturação de cooperativas populares fundadas em bases solidárias de gestão dos recursos.

A discussão sobre economia solidária foi inserida nos debates da Central Única dos Trabalhadores - CUT, no seu VII Congresso Nacional, sendo apontadas como indicações: o combate ao falso cooperativismo; o incentivo à organização dos desempregados; a luta pela criação de linhas de crédito e políticas públicas; a realização de mobilizações conjuntas em defesa do emprego; a implementação de um programa de educação em economia solidária e a atuação na construção de um novo cooperativismo através da Agência de Desenvolvimento Solidário - ADS - (CUT, 1999).

Esta Agência foi criada com o objetivo de gerar novas oportunidades de trabalho e renda em organizações de caráter solidário e contribuir com a construção de alternativas de desenvolvimento social sustentável, democratizar o crédito através de um Sistema Nacional de Crédito Cooperativo, promover a educação permanente dos trabalhadores para a economia solidária, sistematizar e construir novos conhecimentos empíricos e teóricos no campo da

economia solidária, organizar redes de economia solidária e viabilizar a inserção dos empreendimentos econômicos solidários no mercado, formular propostas para a criação de leis e de políticas públicas para a economia solidária e difundir os princípios da economia solidária na sociedade (MAGALHÃES, 2002). Posteriormente, no Fórum Social Mundial realizado em Porto Alegre em 2001, dentro do eixo temático "Produção de riquezas e reprodução social" foram discutidas estas indicações.

De acordo com o diagnóstico do Projeto de Desenvolvimento Solidário da CUT, a acelerada expansão da precarização do trabalho e o aumento estrutural das taxas de desemprego aberto levarão cada vez mais pessoas e/ou grupos em situação de risco ou excluídos do mercado de trabalho a buscarem formas alternativas de sobrevivência, pois o mercado formal de trabalho estará cada vez mais restrito (CUT, 1999, p. 4). Este documento considera que as organizações de economia solidária se contrapõem à onda privatista e privatizante ao criticar a racionalidade do lucro e a exploração do trabalho.

Segundo França Filho; Laville (2004, p. 150), "além das próprias ações diretamente empreendidas pelos grupos, o universo da economia solidária conta com uma série de entidades que atuam como organizações de apoio e fomento ao desenvolvimento das iniciativas". Assim, encontram-se em funcionamento a Cáritas, vinculada à Conferência Nacional dos Bispos do Brasil - CNBB - que criou desde 1980 os Projetos Alternativos Comunitários - PACS; o Movimento dos Sem Terra (MST) que criou em 1989/1990 o Sistema Cooperativista dos Assentados baseado na produção agrícola autogestionária; a ADS da CUT, criada em 1999 em parceria com a Unitrabalho e o Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Sócio-econômicos - DIEESE. A ADS vem qualificando militantes de entidades de fomento e lideranças sindicais para assessorar iniciativas de geração de trabalho e renda no campo e nas cidades.

As Incubadoras Tecnológicas de Cooperativas Populares - ITCPS, inseridas em universidades públicas e privadas a partir de 1990, contam com equipes multiprofissionais formadas por professores, funcionários e alunos de graduação e pós-graduação de várias áreas; desenvolvem ações de assessoria a grupos populares, com atividades de formação em cooperativismo e economia solidária; e prestam apoio técnico e jurídico que viabilizem empreendimentos autogestionários. Estas incubadoras recebem apoio financeiro do Programa Nacional de Incubadoras de Cooperativas - Proninc - da Senaes, cujo objetivo é fomentar experiências de trabalho autogestionário constituídas por grupos populares, através de assessoria técnica multidisciplinar a ser oferecida pelas universidades nas quais faz aporte de recursos financeiros. As ITCPs ficam responsáveis pela formação e divulgação do

cooperativismo e da economia solidária. Em 1999 as ITCPS formaram uma rede que vem aprimorando metodologias de incubação, estando filiada à Fundação Unitrabalho.

A partir dos anos 2000 as experiências de economia solidária vem se expandindo no país, tomando-se direcionamentos diversos, o que inclui a sua vinculação com o aparato estatal, na dimensão de uma política social pública (tratada no item 3.2. deste capítulo). Também entendemos que o crescimento do número de empreendimentos ditos solidários, seus processos de trabalho, inserção nos mercados e efetividade das iniciativas de geração de trabalho e renda para grupos excluídos do mundo do trabalho, são outros aspectos das práticas que caracterizam o desenvolvimento da economia solidária no nosso país, incluindo-se experiências que envolvem portadores de transtornos mentais (tratadas no item 3.3.)

Tomando-se este conjunto de reflexões consideramos necessário apresentar referências críticas sobre a economia solidária, reiterando que estamos nos detendo aos aspectos que consideramos relevantes para o nosso estudo.

Primeiramente enfatizamos que a presença do Terceiro Setor é fundamental para a existência de trabalhos cooperativados. Neste sentido evidenciamos que as relações que se estabelecem entre as cooperativas e o Terceiro Setor vêm ampliando a sua participação no tratamento das seqüelas da exclusão social, econômica, política e cultural das classes subalternas. Esta parece constituir a razão da emergência e/ou expansão do Terceiro Setor, entendido como o conjunto de instituições, organizações não-governamentais (ONG's) e Fundações que, desempenhando funções públicas, encontram-se entre o Estado e o mercado, sem declarar fins lucrativos.

Reiteramos que o Terceiro Setor sempre teve um papel de intervenção nas seqüelas da exclusão social, lembrando que no Brasil as formas tradicionais de solidariedade social fundadas nas relações de parentesco e nos laços comunitários sempre se mantiveram vivas. "Num contexto de políticas sociais ineficientes e excludentes, elas sempre ocuparam um lugar decisivo na sobrevivência da população carente" (LISBOA, 2000, p. 4).

A presença do Terceiro Setor no contexto contemporâneo vem se efetivando devido à diminuição do papel do Estado, principalmente nas políticas públicas. O crescimento da sua funcionalidade tem se expressado por meio do estabelecimento de parcerias tanto com o Estado quanto com o mercado. É a partir dos anos 1980 que o termo passa a ser utilizado também por pesquisadores europeus, que buscam na expressão terceiro setor uma alternativa para as desvantagens do mercado (associadas à maximização dos lucros) e também para as desvantagens do governo (associadas à burocracia inoperante). No Brasil, o termo Terceiro Setor aparece nos escritos de Fernandes (1994), considerando-o como expressão de um

conjunto de organizações e iniciativas privadas que não geram lucros e respondem a necessidades coletivas; tais organizações visam, também a produção de bens e serviços públicos.

Para Montañó (1999b), que avalia a filantropização e assistencialização das políticas sociais desde as transformações processadas pela virada neoliberal, todos esses segmentos, entidades e instituições incluídos no Terceiro Setor se vinculam por interesse econômico. Não é possível pensar que estes arranjos, que se destinam a promoção de políticas sociais abandonadas pelo Estado, são de fato "alternativas" ao capitalismo, cabendo as seguintes perguntas:

de onde provém esse financiamento? pode-se realmente afirmar que os organismos financeiros também não perseguem fins lucrativos?, eles não financiam apenas aqueles projetos que lhes interessam (inclusive pelo aspecto econômico), num processo de seleção de projetos que orienta política e economicamente? e não impõem às ONG's (ao estilo FMI) condições para obterem financiamento?" (MONTAÑO, 1999b, p. 70).

Montañó (1999b, p.40) , faz uma extensa análise das fragilidades teóricas da expressão Terceiro Setor, mostrando que seu crescimento decorre de várias pressões, demandas e necessidades advindas das pessoas, como cidadãos, das instituições e até dos próprios governos. Ela reflete um conjunto nítido de mudanças sociais e tecnológicas, aliado à contínua crise de confiança na capacidade do Estado, o que contribui para demonstrar sua convicção de que o Terceiro Setor "não está à margem da lógica do capital e do lucro privado (e até do poder estatal)", estando integrado ao sistema.

Na visão de Montañó (1999a, p. 71), a propalada solidariedade entre os pares, enquanto argumento que busca justificar a substituição das políticas estatais pelas políticas público-privadas, esconde uma "recusa ao princípio de solidariedade universal [...] [onde] todos contribuem para financiar esses serviços e assistência". Este autor avalia as políticas sociais do Estado de Bem-estar como positivas, pois o atendimento das necessidades "se rege por um princípio universalista" e, considera que "a saída destas respostas da órbita estatal reforça a substituição paulatina da solidariedade universal pelas formas particulares de solidariedade".

A idéia de que o Terceiro Setor é capaz de mobilizar cidadãos em busca de direitos sociais e políticas públicas universais é combatida por Montañó (1999a, p. 19) uma vez que considera que o mesmo desenvolve um papel ideológico claramente funcional aos interesses do capital no processo de reestruturação neoliberal, no caso, promovendo a reversão dos

direitos da cidadania por serviços e políticas sociais e assistenciais universais, não contratualistas e de qualidade, desenvolvidas pelo Estado e financiadas num sistema de solidariedade universal compulsória.

Montaño (1999b, p. 22) ressalta que o Terceiro Setor pressupõe a "um novo padrão para a função social de resposta às seqüelas da 'questão social', seguindo os valores da solidariedade voluntária e local, da auto-ajuda e da ajuda mútua". Quando se retira do Estado a responsabilidade de intervir na "questão social", a dimensão de direito universal do cidadão, no que se refere às políticas sociais de qualidade, fica esvaziada.

Analisando as debilidades teóricas da expressão Terceiro Setor, assim como as abordagens hegemônicas sobre o mesmo, o autor salienta a necessidade de se analisar o conceito de Terceiro Setor a partir da totalidade histórica. A partir das mudanças da realidade contemporânea, promovidas pelo embate desigual entre o projeto neoliberal e as lutas dos trabalhadores, verdadeiras transformações estão se processando nas respostas da sociedade à chamada "questão social" e suas refrações (MONTAÑO, 1999a, p. 183).

O fenômeno que traduz um novo padrão de resposta à questão social deve ser interpretado, segundo Montaño (1999b, p. 184), "como ações que expressam funções a partir de valores". Ainda, segundo este autor, "o que é chamado terceiro setor, numa perspectiva crítica e de totalidade, refere-se a um fenômeno real, ao mesmo tempo inserido e produto da reestruturação do capital, pautado nos (ou funcional aos) princípios neoliberais (MONTAÑO, op. cit., p. 186).

Fica configurada, dessa forma, segundo o autor, uma nova modalidade de abordagem da questão social, modalidade que objetiva "acabar com a condição de direito das políticas sociais e assistenciais, com seu caráter universalista, com a igualdade de acesso, com a base de solidariedade e responsabilidade social e diferencial" (MONTAÑO, 1999b, p. 189).

Também em Antunes (1999, p. 112) encontramos um posicionamento crítico à economia solidária associando suas formas de organização e atuação ao Terceiro Setor. O autor aponta o crescimento do trabalho neste Setor, cuja expansão corresponde ao período de reestruturação produtiva, despontando como alternativa de ocupação, abrangendo o voluntariado em atividades comunitárias e assistenciais, se desenvolvendo "um tanto à margem do mercado".

Segundo este autor, o incremento do Terceiro Setor deve-se ao desemprego estrutural, incluindo a retração no setor de serviços, passando a absorver parte da mão-de-obra desempregada, desempenhando um papel de funcionalidade no momento atual do ordenamento burguês. Assim, apesar da positividade conferida pela atuação freqüente à

margem do mercado, a economia solidária não se constitui enquanto uma alternativa concreta de transformação da ordem estabelecida pelo capital, mesmo propiciando

a incorporação de homens e mulheres que foram expulsos do mercado de trabalho e das relações de emprego assalariado [que] passaram a desenvolver atividades não lucrativas, não mercantis, reinvestindo nas limitadas (mas necessárias) formas de sociabilidade que o trabalho possibilita na sociedade atual. Esses seres sociais vêm-se então, não como *desempregados*, *excluídos*, mas como realizando atividades efetivas, dotadas de algum sentido social (ANTUNES, 1999, p.113; grifos do autor).

Antunes (1999) considera que, se por um lado, estas formas de trabalho representam atividade útil "à margem dos mecanismos de acumulação", por outro, são funcionais ao sistema que procura desvencilhar-se dos compromissos públicos e sociais com os desempregados.

De acordo com as concepções delineadas nos parágrafos anteriores, identificamos posicionamentos que são contrários: a economia solidária constitui-se de empreendimentos e organizações que são identificados como do Terceiro Setor (cooperativas e associações vinculadas a grupos de trabalho ou a movimentos sociais, organizações não governamentais – ONGs), reproduzidor das relações capitalistas burguesas; ou está identificada com o movimento dos trabalhadores desde o seu nascimento por constituir-se alternativa de organização do trabalho ao modo capitalista de produção.

Estas ponderações também têm respaldo nas elaborações de Menezes (2005, p. 105-107), que resultam da análise das produções teóricas entre o período de 1998 a 2003 sobre a temática da economia solidária, configurando-as como "ecléticas, escorregadias, adaptáveis e conciliadoras", revelando a decadência do pensamento crítico, sendo que originariamente este grupo de autores praticava ações e formulava idéias combativas. Como aspectos relevantes desta análise destaca seu posicionamento, considerando que o Terceiro Setor se volta para oferecer "o lócus preferencial das políticas sociais". Identifica a economia solidária com o grupo das "alternativas" do Terceiro Setor, estando comprometida com a perenização do capitalismo e da sociedade de consumo. Ao passo que os defensores do Terceiro Setor partem do princípio de que seria possível pensar alternativas conciliadoras sobre o papel do Estado e do mercado afirmando princípios como "generosidade, lealdade, solidariedade".

Ampliando as reflexões analíticas, Menezes (2005, p. 2) destaca que o seu argumento está fundado na concepção de que as organizações associativas e cooperativistas, formas preconizadas pela economia solidária, não podem substituir as clássicas organizações políticas dos trabalhadores, e acabam por promover a despolitização da questão social, pois estas

organizações estão desagregadas das lutas da classe operária que está fragilizada e em posição de recuo frente às ofensivas da política neoliberal, que busca recompor os patamares de acumulação capitalista através da reestruturação produtiva. Entende que as associações e cooperativas não contribuem para a ampliação e consolidação democrática, pois caracterizam-se por circunscrever as lutas dos vários segmentos que compõem este campo, determinando o "atrofiamento" e "enclausuramento" dos movimentos.

Menezes (2005, p. 2-3) também explicita que a economia solidária se revela como um projeto político de "cunho salvacionista" e de corte conservador, extremamente funcional à "sedimentação da hegemonia do capital e [à] reprodução ampliada da ordem burguesa". Constrói sua crítica trazendo à luz da teoria marxista concepções teóricas dos autores que analisou, considerando que no passado recente estiveram vinculados ao pensamento de esquerda. Estes autores, pela trajetória política, poderiam ser considerados "coadjuvantes da transformação social". Porém, na sua avaliação, estes fizeram um giro à direita, buscando garantir uma "destinação política" para tais teorizações e se afirmam construtores de proposta "'alternativa' ao sistema capitalista de produção e reprodução da vida", mas que, "apenas no plano discursivo, se propõe a superar".

Também de acordo com Menezes (2005, p. 4), a economia solidária encontra seus princípios no anticapitalismo romântico e no socialismo utópico, tendo se transformado numa "poderosa arma de manipulação político-ideológica". Os autores analisados por Menezes (2005, p. 5) que tiveram um passado de envolvimento com os movimentos brasileiros e latino americanos de esquerda, estariam atualmente incluídos no grupo denominado "neo ou pós marxistas", ou mesmo entre aqueles que abandonaram vertentes do pensamento marxista. Para estes, o socialismo seria atingido a partir da generalização do sistema cooperativista que, harmoniosamente, interagiria com o capitalismo, pois a sociabilidade se redefiniria a partir desses valores. No entanto, na análise que realizou, enfatiza que o que vem acontecendo são formas "'clandestinas' de subordinação do trabalho ao capital", com a incorporação dos "segmentos sobranes" através das iniciativas de geração de trabalho e renda.

Menezes (2005, p. 181) avalia, tendo por referência as próprias indicações de Singer, que o cooperativismo não é uma opção dos trabalhadores, expandindo-se em períodos de crise ou retração do capitalismo, sendo ainda "uma estratégia provisória por parte dos trabalhadores mais vulneráveis". Findados estes períodos, os trabalhadores preferem o emprego formal das empresas capitalistas e seus benefícios, refluindo estas formas autônomas e autogestionárias de organização do trabalho, demonstrando que elas não encontram espaço no capitalismo avançado.

Esta ponderação também está relacionada com o pensamento de Marx (2001) que percebia que as cooperativas seriam legítimas quando resultassem de criações dos próprios trabalhadores, independentes da proteção estatal ou burguesa, e a solidariedade que possibilitaria a transformação social deveria ser internacional e proletária. Na perspectiva marxista, a produção cooperativada só resultará num sistema geral se inserida numa economia socialista.

Também as avaliações de Netto (2001, p. 48), são instigantes pois discutindo o "surgimento" oportunista das "novas" definições acerca das velhas categorias imanentes do processo de produção e reprodução capitalista, tais como pobreza, exclusão e questão social, aponta que essas novas definições estão permeadas por uma "anemia teórico-analítica", comparável "à anemia das práticas sócio-políticas" propostas por seus autores como alternativa. Tais propostas retrocedem "ao nível das utopias conservadoras do século XIX", pois se referem ao estabelecimento de "novos contratos sociais que restabeleçam vínculos de solidariedade no marco de comunidades ilusórias". Para o autor estas comunidades resultam da total abstração, cuja lógica advém do pensamento relacionado aos "(novos) dispositivos de exploração".

Evidenciamos que o debate sobre a economia solidária nos faz concordar com Montañó (1999a,b) ao referenciar que em médio e longo prazos o antagonismo entre capitalismo e socialismo, entre capital e trabalho, entre trabalho abstrato, alienado e trabalho emancipado, entre sociedade de classes e exploração do trabalho alheio e sociedade de livres produtores associados persistirá com suas contradições.

3.2. Economia Solidária: Política Social Pública

A busca pela legitimação da economia solidária como uma política social pública foi desencadeada com o primeiro Fórum Social Mundial - FSM, realizado em 2001 na cidade de Porto Alegre. Neste evento foi formado o Grupo de Trabalho Brasileiro - GT Brasileiro - da economia solidária, através da articulação de trabalhadores, movimentos sociais, representantes do poder público, igrejas e ONGs, cuja atuação vem permitindo "a construção da unidade na diversidade, favorecendo o surgimento de uma identidade para o campo da economia solidária, somando as contribuições específicas e diversas de cada organização" (FSM, 2001).

O mencionado GT foi responsável pelo encaminhamento ao Governo do Presidente Lula da carta reivindicando a criação da Senaes. Entre 2002 e 2003 foram realizadas três

plenárias nacionais de economia solidária, sendo que na última foi criado o Fórum Brasileiro de Economia Solidária - FBES - e também apontados para este, cinco desafios:

1. O desafio da busca da sua identidade considerando a diversidade de iniciativas e práticas de diferentes origens históricas e diferentes dimensões sociais, setoriais, regionais; 2. O desafio da superação [do] corporativismo institucional na perspectiva de construção de um projeto político comum, para além dos interesses fragmentados e setorializados ou da hegemonização como prática tradicional; 3. O desafio de incorporar ao projeto da economia solidária, calcada na auto-gestão, os esforços da economia popular, informal, familiar e suas diferentes práticas, em grande parte refém de projetos de cunho assistencialistas, políticas compensatórias ou concepções de complementaridade e integração ao projeto neo-liberal; 4. O desafio de aproximação com movimentos sociais cujas práticas nos inspiram e cujas conquistas fazem parte de um acúmulo comum e da busca de alianças frente a projetos comuns de transformação social; 5. O desafio de construir e conquistar políticas públicas e ver reconhecidos os sujeitos de um outro setor da economia, a economia solidária (BERTUCCI, 2007, p. 1-2).

Cabe destacar ainda, que na última plenária acima mencionada (em 2003), foi criada a Senaes, vinculada ao MTE, com o objetivo de traçar e direcionar a política de economia solidária em todo o país.

A criação do FBES pautou-se por diretrizes que preconizam a interlocução política, cujo objetivo é a construção da economia solidária como política social pública, destacando-se a necessidade da mobilização permanente das bases. O exercício da interlocução vem ocorrendo entre as relações do FBES com a Senaes, visando definir ações e programas compartilhados, tais como o programa nacional de feiras, a campanha nacional de comunicação, o sistema de comércio justo, dentre outros.

A Senaes incorporou ao seu Plano Plurianual a plataforma de lutas definidas na III Plenária. Outros Ministérios também aderiram aos projetos da política social de economia solidária, mas não houve avanços na interlocução entre o FBES e outras áreas do governo. Na avaliação feita por Bertucci (2007, p. 4 - 5) ficam evidenciadas que:

[...] as circunstâncias com que a economia solidária irrompe no espaço público-governamental caracterizam o experimentalismo, seja pelo reduzido orçamento, refeito a cada ano, seja pelas dificuldades de articulação e integração nas esferas governamentais, seja pela atuação episódica. [...]. De forma descontínua, algumas vezes "paralela", com "assimetrias", diferenciações regionais, diferenciação de esforços e compromissos de confluência entre os três segmentos principais, o movimento cresceu (para alguns "inchou") à sombra de quase que um único provedor-interlocutor: a Senaes. Com pouca, ou mínima, capacidade de exercitar seu papel de "controle social", uma das bandeiras levantadas pela Plataforma é de ampliar interlocuções para dentro do Estado e junto à sociedade civil, [aos] movimentos sociais. [...] Permanece um desafio para a economia solidária: viabilizar-se como

estratégia emancipatória, ação estruturante, alternativa concreta de cidadania no rumo de um outro desenvolvimento.

O FBES e os FEES (Fóruns Estaduais de Economia Solidária) realizaram eventos nacionais, como: Encontro Nacional de Empreendimentos; participação e realização do abastecimento da feira no Fórum Social Mundial do ano de 2004; Feira Nacional da Economia Solidária e Cultura. A I Conferência Nacional de Economia Solidária - CNAES - (BRASIL, 2007b) realizada em junho de 2006 em Brasília, foi antecedida por 90 (noventa) pré-conferências locais, regionais e estaduais. Estas últimas nos vinte e sete estados brasileiros, contaram com a participação de mais de oito mil pessoas.

Também sobre estes eventos Bertucci (2007, p. 5) aponta na sua avaliação deficiências que se expressam na insatisfatória mobilização do FBES no que se refere ao enfrentamento da legislação proposta pela Organização Cooperativista Brasileira - OCB - ¹², bem como a participação e a mobilização de outros movimentos nacionais que promoveriam maior aproximação com a economia solidária.

Segundo documento do MTE, por meio do Programa Economia Solidária em Desenvolvimento, a Senaes vem desenvolvendo ações para estruturar-se internamente e para promover a interlocução com a sociedade civil e órgãos do governo. Em 2004 esta Secretaria obteve orçamento próprio para implementar sua política. De acordo com o documento, "foi um ano de experimentação, onde a partir das demandas apresentadas pela sociedade civil e pelas políticas de governo, a Senaes ampliou a esfera de suas ações e experimentou diferentes instrumentos", sendo que a programação para os anos de 2005 e 2006 "expressam a plataforma do FBES e o diálogo com a sociedade civil" (BRASIL, 2007c).

A Senaes busca uma articulação com outras "políticas de geração de trabalho e renda, de combate à pobreza e de inclusão social do Governo Federal e de outros entes federativos". Para isso, desenvolve políticas de fomento "às atividades econômicas orientadas e organizadas pela autogestão". É considerada uma política transversal no interior do Governo Federal, justificada pela crise do emprego formal que jogou grandes contingentes populacionais na informalidade e em situações de trabalho precarizado. Como exemplificações de articulação ressaltamos: com o Ministério do Desenvolvimento Social, articulando-se com os Programas Fome Zero, Bolsa-Família e com a Política Nacional de Assistência Social; com o Ministério do Desenvolvimento Agrário, através da Secretaria de

¹² A OCB é uma entidade patronal dirigida por empresários agricultores latifundiários que se opõem ao direito à pluralidade de representação, excluindo as cooperativas populares; sua legislação exige filiação para que as cooperativas sejam reconhecidas.

Desenvolvimento Territorial e da Secretaria de Agricultura Familiar; com as Secretarias Especiais de Pesca e Agricultura e de Promoção da Igualdade Racial; com o MS, Programa de Inclusão Social pelo Trabalho (BRASIL, 2007c).

Além disto, a realização da CNAES e a criação do Conselho Nacional de Economia Solidária - CONAES, instituído pelo mesmo ato legal que criou a Senaes, constituem ampliações no desenvolvimento da economia solidária. Este Conselho é um órgão consultivo e deliberativo, que promove a interlocução entre a Senaes, a sociedade civil e o Governo Federal: "será composto por 56 entidades divididas entre três setores: Governo, Empreendimentos de Economia Solidária e Entidades Não Governamentais de fomento e assessoria à economia solidária" (BRASIL, 2007c).

De acordo com diretrizes do MTE, a conjuntura tem possibilitado outras formas de organização do trabalho, alternativas de obtenção da renda. Para implementar "políticas de geração de trabalho e renda para a inclusão daqueles menos favorecidos na sociedade, a fim de que exerçam a cidadania com dignidade" o Programa deve, obrigatoriamente, atribuir a mesma importância ao emprego e as relações de trabalho onde não há patrão (BRASIL, 2007c).

Em relação aos objetivos da política de economia solidária destacamos: elaborar e propor medidas para a articulação de Políticas de Finanças Solidárias, em suas múltiplas modalidades, ampliando a escala de suas operações, os serviços financeiros prestados e legitimando novas institucionalidades econômicas; intervir na reformulação do arcabouço legal que regula as cooperativas e propor a adoção de um Estatuto do Empreendimento Autogestionário, que permita consolidar sua identidade, implementar um sistema de proteção a seus trabalhadores e orientar as ações de fiscalização (BRASIL, 2007c).

Quanto às mudanças que se fazem necessárias para a efetivação destes objetivos existe a que se refere à Lei nº 5.764, mencionada no item anterior, que trata das cooperativas. Acrescemos ao que já foi exposto a elucidação de que esta Lei foi produzida em pleno período da ditadura militar e de forte interferência do Estado na economia, trazendo marcas desses aspectos na criação, organização, desenvolvimento e dissolução das cooperativas. Dessa maneira, percebe-se a urgência de nova legislação que consiga abranger a variedade de sociedades cooperativas hoje existentes no Brasil, mantendo suas características gerais e considerando as especificidades de cada tipo. Um passo já foi dado com a promulgação da CF/88, que traz vários dispositivos referentes ao movimento cooperativo. As alterações realizadas pelas determinações constitucionais começaram a ser gestadas a partir do Congresso Brasileiro das Cooperativas de 1980 e do I Seminário Brasileiro das Cooperativas

Agropecuárias, realizado em 1984, que marcaram um novo tipo de relacionamento entre as cooperativas e o Estado (BERTUCCI, 2007).

Outras questões que são postas pelo autor estão relacionadas com a natureza do funcionamento do FBES: este deve assegurar que não haja uma "cabeça sem pés ou com pés de barro". Positivamente, a realização de feiras e cadeias produtivas "revelaram as possibilidades de práticas unificadas e favoreceram as articulações entre diferentes segmentos de empreendimentos". Está programado para o ano de 2007 um processo de avaliação do papel e organicidade do FBES enquanto instrumento de articulação, mobilização e fortalecimento da economia solidária.

Também integrantes do FBES buscam refletir sobre sua atuação e sobre a relação do movimento com o Estado. No que se refere à dependência da sustentação financeira oferecida pelo Estado – que garante o funcionamento de uma complexa estrutura responsável por inúmeras atividades, no âmbito nacional e internacional, desenvolvidas por grupos de trabalho e grupos executivos – aponta-se o comprometimento da autonomia do movimento cooperativista. Esta relação indica haver o tipo de prática decorrente da institucionalização e burocratização, semelhante ao que ocorre com os sindicatos e partidos políticos representativos da luta dos trabalhadores, proporcionado pensar que possa estar ocorrendo a formação de uma elite que pensa a economia solidária de cima para baixo.

Além destas, outras ponderações indicam existir "confusão" relativa ao papel do Fórum (FBES, 2007b), situação potencializada pela criação do CONAES, responsável pelo controle social e co-gestão, já que o FBES vem desempenhando esses papéis. Também evidenciam uma outra situação que coincide com o que vem ocorrendo com os sindicatos, expressa pelo afastamento da base, restringindo sua participação nos debates e decisões. Acrescem ainda a fragilização do movimento decorrente da desarticulação com outras organizações e a não inclusão das "clássicas" pautas das lutas dos trabalhadores, visto que deixa de ser prioritária a defesa pela conquista dos direitos sociais. Esta situação se reflete na maioria das experiências populares da economia solidária, que funciona na informalidade.

Considerando-se a recente criação desta política social pública, que já evidencia questões fundamentais sobre os seus possíveis encaminhamentos, ressaltamos que parece não estar ocorrendo investimento na necessidade de consciência crítica acerca do pertencimento de classe de frações dos setores populares na sua relação com o estado neoliberal. As posições políticas das lideranças do movimento, encastelado na máquina estatal, acabam por confirmar a tese de Menezes (2005), segundo a qual, a unificação dos movimentos sociais e dos trabalhadores e o caminho pacífico para a transformação estão longe de ser alcançados e de

provocar mudanças estruturais.

Ampliando estas ponderações, esclarecemos que a atuação da economia solidária, enquanto política social pública, também contribui para a hegemonia burguesa, pois de acordo com Menezes (2005), esta economia expressa a economia invisível, do trabalho ao qual não corresponde um pagamento, estabelecendo-se pela relação de reciprocidade, existindo como resposta complementar a economia capitalista, numa relação de dependência, viabilizando um sistema de trocas não mercantis para quem não tem renda. Por isso, situa-a como correspondente às civilizações arcaicas. Neste sistema de trocas, as pessoas não estariam contestando o capitalismo, mas posicionando uma economia capitalista dos excluídos, não sendo possível que a sociedade seja transformada pacificamente, desconsiderando suas contradições. É preciso que o poder político seja conquistado através da luta de classes e que seja vitoriosa a classe operária.

Na sua visão, a economia solidária procura constatar a crise do capitalismo sem, contudo, realizar a crítica necessária, dando por inevitável as conseqüências sociais, propondo ações de cunho "salvacionista" na luta contra a pobreza. A idéia de que os cidadãos devem, eles próprios, encontrar saídas para suas dificuldades através do desenvolvimento de suas capacidades é questionada por Menezes (2005), que identifica essa concepção com o neoliberalismo econômico.

De acordo com Menezes (2005, p. 207-208), as concepções teóricas vinculadas à economia solidária, especialmente as de Singer, de cunho reformista, buscam fomentar a crença de que é possível promover "mudanças lentas e graduais", assim como realizar ajustes "pequenos e sistemáticos" dentro do "próprio ordenamento burguês", além das "revoluções pessoais e comportamentais", sem violência, para concretizar a ruptura com a sociedade capitalista.

3.2.1. Estratégias de trabalho para os portadores de transtornos mentais e a economia solidária

A discussão sobre as possibilidades de criação de alternativas de cooperativismo para os portadores de transtornos mentais, no Programa de Inclusão Social pelo Trabalho, foi referida no capítulo um. Também reafirmamos a necessidade de reconhecer o significado e a importância das alusões feitas no início deste terceiro capítulo sobre o trabalho na sociedade capitalista e as implicações de soluções alternativas, como a economia solidária, reconhecida também como política social pública.

Além disto, consideramos essencial reiterar que anteriormente a esta proposta de economia solidária, o trabalho já se encontrava inserido no tratamento do portador de transtornos mentais, com significados diferenciados. Com esta retomada, reforçamos que as atividades laborativas inscritas neste tratamento, historicamente, na sociedade capitalista, sempre tiveram valoração que não se associa à emancipação humana. Neste sentido é necessário reconhecer as especificidades da parcela da população portadora de transtornos mentais.

Estas reflexões constituem para nós a essência do que precisa ser discutido no âmbito da reabilitação psicossocial. Esta é a nossa preocupação central, pois além de temermos a difusão das concepções pós-modernas, precisamos qualificar o debate sobre as possibilidades de trabalho para os portadores de transtornos mentais a serem inseridas no processo da desinstitucionalização, visando ampliar a luta pela conquista de direitos.

Precisamos considerar que, apesar da significativa importância assumida pelas práticas sociais destinadas a promover a geração de trabalho e renda para usuários vinculados aos serviços de saúde mental, trata-se ainda de ações que demandam o aprofundamento das reflexões e das análises críticas existentes. Neste sentido consideramos contributivo tomar como parâmetros o significado do trabalho para as parcelas da população com transtornos mentais e a criação de espaço no âmbito da economia solidária para estas parcelas. Identificamos que, com estes parâmetros, é possível a busca de entendimento sobre a legitimidade destes, na dimensão de que precisam estar associados às perspectivas da desinstitucionalização.

a- trabalho inserido no tratamento do portador de transtornos mentais

A visão que permeia a história do tratamento dos portadores de transtornos mentais, tomando-se as fases iniciais da psiquiatria, evidencia que o trabalho teve diversas funcionalidades, ou seja, componente terapêutico, norma moral, entretenimento.

Nas elaborações de Saraceno (1999, p. 126-128), encontramos referência ao trabalho "como 'inserção laborativa', e que pode [...] promover um processo de articulação do campo dos interesses, das necessidades, dos desejos". Ou seja, no modelo assistencial inaugurado pela desospitalização, que corresponde à assistência extra-hospitalar do tipo ambulatorial, o trabalho vem assumindo as funções de terapia ocupacional, formação profissional ou reinserção em espaços produtivos, de acordo com avaliações que consideram as necessidades individuais e psicológicas dos usuários. Com esta dimensão tem sido valorizado como indicador do funcionamento social, adquirindo papel regulador das relações sociais e

econômicas dos ex-internos, também assumindo papel como "faculdade intra-psíquica de adaptação".

Saraceno (1999) aponta que nesta perspectiva a psiquiatria ignora a complexidade embutida no "sentido" do trabalho, sua "função de produção de sentido econômico, social e psicológico", conferindo-lhe características que buscam a individuação, já que as atividades de reabilitação para o trabalho, considerando aquelas desenvolvidas em países capitalistas avançados, se pautam pela adaptação ao mercado. Acrescentamos que essa concepção nega a essência coletiva do trabalho, afirmando seu caráter alienado nas relações capitalistas. Os resultados dessa forma de inserção no mundo do trabalho refletem-se nas dificuldades de interação social condicionada pelas características individuais.

Além destas configurações, existe o reconhecimento de que o trabalho na vida do portador de transtornos mentais tem ocupado na reabilitação laborativa lugar de precariedade na assistência à saúde mental, integrando-a de forma insuficiente, pontual e inadequada. Cohen (in SARACENO, 1999) considera que o papel do trabalho na saúde mental é "supersimplificado" por não levar em conta a complexidade política, social e econômica do trabalho no contexto capitalista. Assim, ele é idealizado por ignorar as contradições e limites próprios deste contexto. Esta perspectiva explicita que um programa de reabilitação centrado no trabalho deve considerar os interesses econômicos em jogo, que determinam a exploração e a rigidez na organização do trabalho, dificultando uma tolerância que permitiria adaptação às habilidades possíveis e menos exigência quanto à capacidade e competência social. Com relação ao contexto social, devem ser considerados o estigma, as expectativas, o grau de socialização e as relações interpessoais; no que se refere ao portador de transtornos mentais, deve-se considerar o grau de auto-estima e o interesse pelo trabalho enquanto fator de realização pessoal.

Estas referências sinalizam problemas que na visão de Saraceno (1999) precisam ser enfrentados, apontando que no que se refere ao trabalho enquanto possibilidade de reabilitação psicossocial, as técnicas de "adestramento" devem ser superadas para se proceder a uma inversão na lógica de adaptação ao mercado de trabalho, de um ponto de vista alternativo. Este é perspectivado no processo de desinstitucionalização que vem se generalizando em nível mundial, procedendo-se a crítica à terapia ocupacional desenvolvida nos padrões conservadores da psiquiatria tradicional.

É preciso que o processo de desinstitucionalização-reabilitação abranja o contexto social, por isso, deve ser compreendido como um processo cujas atividades promovam mudanças nas concepções, através de intervenções nas relações sociais mais amplas,

favorecendo a transformação de modelos culturais, sociais e econômicos. Nesse sentido, a desinstitucionalização poderá promover a subjetivação do indivíduo (despersonalizado, despossuído), nas relações que possibilitem aquisição de poder contratual, ou seja, a construção de relações sociais e econômicas devem perseguir a posse de recursos que promovam as trocas sociais. Mas, é necessário também desconstruir a lógica que foi imprimida ao trabalho nas instituições psiquiátricas; o "trabalho alienado (como não reconhecido e não pago)", necessário "à reprodução da própria instituição"(SARACENO, 199, p. 129) .

b- experiência italiana em cooperativas

Ao fazer alusão à experiência italiana, Saraceno (1999, p. 133-134) considera que o trabalho anti-institucional, dentro do manicômio, foi possibilitado pela criação de cooperativas, revelando a contradição e potencialidade; ao desvencilhar-se da finalidade terapêutica, o trabalho cooperativado possibilitou aos pacientes constituírem-se juridicamente como sócios. O processo que estabeleceu essa evolução dentro dos manicômios contou com a construção de práticas e saberes que permitiram compreender "mecanismos anti-institucionais do trabalho". A cooperativa é, nesse momento histórico, a forma organizacional mais inovadora; ela não só se constitui como o oposto da lógica da exploração do trabalho dependente, mas ainda como forma concreta de solidariedade. A cooperativa é, de fato, uma forma coletiva de exercício da empresa.

De um ponto de vista jurídico, a Cooperativa Integrada é caracterizada pela presença de sócios "normais" e sócios "inabilitados" (na proporção de pelo menos 40%), e da sustentação das entidades locais (sobretudo as regionais), o que se concretiza em intervenções promocionais (facilidades para equipamentos e locais); facilidade na inserção dos desabilitados (fiscalização dos ônus sociais); intervenções para favorecer a produção (linhas de crédito facilitado e cursos de formação) (SARACENO, 1999, p. 134). Esta cooperativa estaria funcionando como um serviço de tratamento e como lugar de produção para o mercado, tendo a função formativa como fator de mediação entre ambos. Esta realidade explicita a contradição quando confrontada com a realidade dos serviços psiquiátricos, revelada nas competências, recursos e técnicas de intervenção, determinando, na sua medida, a crise do modelo médico.

As cooperativas constituem-se como lugares protegidos que proporcionam o desenvolvimento da autonomia, e, segundo Saraceno (1999, p. 135), acabam por funcionar como deveria ocorrer num bom serviço de Saúde Mental: "as cooperativas, ou melhor, um

sistema inteligente de cooperativas integradas, promovendo a diversificação e multiplicando as atividades, gera espaços adequados a qualquer um". Essa condição permite a superação da "asfixia dos serviços e territórios", apontando uma saída "à entropia" desses espaços que permanecem "rigidamente sanitários". Esta fase evolutiva corresponde à desinstitucionalização do trabalho, numa outra lógica, onde "trabalho e lucro são pontos de partida e não de chegada do processo reabilitativo", diferenciando-se dos modelos reabilitativos que têm por objetivo o trabalho.

Estamos compreendendo que, de acordo com Saraceno (1999), as alternativas anti-institucionais que têm permitido uma efetiva reabilitação psicossocial cujo objetivo é a inserção laborativa de pacientes ex-internos em regiões da Itália, consistem na privatização das práticas relacionadas, uma vez que os serviços não conseguiram atingir parâmetros de qualidade aos quais se refere. Dentro desta proposta, são enfatizadas as oportunidades de negociação e troca, possibilitadas pelos fluxos de comunicação estabelecidos no ambiente de trabalho, bem como a liberdade e a diluição do sofrimento.

Além disto, Saraceno (1999, p. 136) faz distinção entre o trabalho não protegido em mercados protegidos e trabalho protegido em mercados não protegidos, realizado em empresas. Este segundo é "tolerado" e "pouco remunerado, do ponto de vista da auto-estima", e os usuários mais-graves não serão selecionados. Por outro lado, o trabalho em mercado protegido corresponderá a uma menor seleção, sendo oferecida condições mais adequadas de produção, resguardando a coerência e maior significância para o paciente, tornando-se um trabalho dotado de maior sentido, favorecendo a auto-estima, "ainda que sejam muito conhecidos os riscos de assistencialismo derivados da inércia dos cenários de mercado protegido".

Quanto às condições de trabalho referidas, para Saraceno (1999, p. 136) "não há um certo e um errado", mas os cenários onde se darão as atividades produtivas devem necessariamente ser articulados. As cooperativas protegidas de pequeno porte têm rentabilidade econômica menor e permitem um resultado reabilitativo melhor que as cooperativas de produção de grande porte ou as inserções nas empresas. Desta forma, é preciso criar alternativas de trabalho, de organização produtiva e adaptação, promovendo "situações de formação e de trabalho referidos a sujeitos em desvantagem, em grau de confronto positivo com o mercado" (MARTURINI, *apud* SARACENO, 1999, p. 136).

A partir da experiência das cooperativas, Saraceno (1999, p. 137) informa que a

empresa social¹³, caracterizada pelo valor social agregado aos seus produtos, vem se constituindo. Esta noção tem sido difundida na literatura sobre reabilitação psiquiátrica e cooperativismo. "A empresa social tem um caráter de empreendimento não só econômico, mas também social. Ela promove novas redes e novas relações entre sujeitos sociais". A restituição e construção de direitos é de fato o maior empreendimento da saúde mental comprometida com a desinstitucionalização. Mas os direitos reconhecidos muitas vezes não são efetivados, devido à inércia dos serviços que, como os manicômios, "reproduzem cronicidade, dependência, barreiras, exclusões, invalidações" (SARACENO, 1999, p. 139), justificando-se pela escassez de recursos que os torna produtores de míseras ações.

Na visão deste autor, a empresa social constitui-se como possibilidade de encontrar ou inventar "sinergias e interesses, protagonistas e linguagens" que permitam que os recursos e seus processos de consumo e produção circulem. Ou seja, a empresa social é uma estratégia que procura tornar a assistência ("pobre e ineficaz") uma empresa produtiva, ao otimizar e potencializar a utilização dos recursos desperdiçados pelos serviços, convertendo-os, valorizando-os e ativando aqueles que se encontram interna e externamente escondidos. A empresa social atua *no social* com objetivo de produzir assistência e redistribuição (DE LEONARDES *apud* SARACENO, 1999, p. 139).

As experiências exemplares de cooperativas sociais, cujas estratégias de organização abrangem as cooperativas produtivas ou assistenciais, vinculadas a serviços de saúde mental, desenvolvidas nas cidades de Trieste, Parma e Gênova na Itália, configuram-se como "formas privilegiadas de expressão e aplicação da empresa social", representando "importante direção para a transformação dos contextos empobrecidos da assistência" (SARACENO, 1999, p. 140).

As cooperativas integradas formam a empresa social e todos que lá trabalham são sócios ativos e empresários. Os lucros são investidos em novos empreendimentos e capacitação dos sócios. Para atender à diversidade de propostas e oferecer oportunidades de trabalho diferenciado, a empresa social privilegia unidades de produção de pequeno porte que [...] tendem a trabalhar com *mix* de recursos, atores e contextos de origem e natureza diferentes (contaminação e pesquisa das sinergias): combina-se os recursos provenientes dos financiamentos públicos e supranacionais, de fluxos normais da despesa sanitária (os salários dos trabalhadores) e de outras formas extraordinárias de financiamento (bolsa trabalho), dos

¹³ "A empresa social, de fato, é dirigida tanto a usuários quanto aos sujeitos de risco; em ambos os casos, internamente, o conceito de vulnerabilidade social é central, somado ou, talvez, contraposto ao biopsicossociológico de vulnerabilidade individual" (SARACENO, 1999, p. 143).

lucros das cooperativas (SARACENO, 1999, p. 140).

Na visão deste autor, os riscos de mudança e de autonomia são benéficos e a proteção é oferecida em um ambiente cujo dinamismo não é exclusivamente econômico, mas também afetivo e relacional. Entendemos que esse ambiente é importante e, segundo avaliação do autor, é oportunizado por relações público-privadas, onde o *mix* de recursos consiste na privatização de mão-de-obra qualificada.

A qualidade dos processos reabilitativos e terapêuticos consiste na capacidade de propiciar a redistribuições de poder, com o empoderamento dos participantes que "deixam de ser destinatários passivos de assistência e tornam-se, então, produtores de 'competência', ou seja, de recursos" (SARACENO, 1999, p. 142). As empresas sociais devem produzir com qualidade, favorecendo a auto-estima do produtor e a concorrência nos mercados, ficando designado o Terceiro Setor como responsável pelo sucesso da desinstitucionalização na experiência italiana.

Saraceno (1999, p. 142) destaca que a reprodução das experiências das empresas sociais, e com isso, sua transmissão aos trabalhadores, se faz através da sua função competitiva que se contrapõe à "cultura asfixiante da psiquiatria dos serviços, a função de fazer a psiquiatria compreender a diferença entre reprodução (auto-reprodução) e desconstrução".

As cooperativas são apenas um banco de trabalho, um dos instrumentos da empresa social. Esta, no fundo, não é senão a empresa de fazer existir um social, de dar-lhe vigor e matéria. A matéria prima é dada pelos indivíduos, seus saberes e suas estratégias. O importante é que exista um comércio entre eles e nosso dever é vivificar a cena, colocá-la na praça do mercado. Se não fazemos isso, não nos resta senão gerir um resíduo inerte: a doença, a inabilidade (ROTELLI, *apud* SARACENO, 1999, p. 142).

Acrescemos a estas informações as que tivemos acesso devido a nossa participação no Seminário Internacional sobre Cooperativismo: O Cooperativismo Social Italiano - do serviço social ao trabalho integrado, realizado em Brasília (28-30.06.2006). As cooperativas sociais italianas nasceram formalmente a partir da promulgação da Lei nº 381 (1991), vindo ratificar o movimento, que na década de 1970, indicava importantes conquistas civis, como a extinção dos manicômios. "Em poucos anos, surgiu uma extensa e rica legislação em apoio das pessoas desfavorecidas", dando origem, no ano de 2000, à Lei do Serviço Social; "as intensas transformações da sociedade produziram novos tipos de exclusão e marginalização social: os sem-casa, os dependentes químicos, os imigrantes, os encarcerados, novas formas de

desequilíbrio psíquico, desemprego de adultos, etc" (BRASIL, 2006b).

As mudanças ocorridas na sociedade italiana passaram a exigir respostas novas, de natureza social, educacional, terapêutica, etc., pois

o desencanto com as formas tradicionais de mobilização social (partidos e sindicatos) e outros fatores levaram muitos jovens a buscar novas formas de socialização e participação na vida civil, caracterizadas pela solidariedade para com os desfavorecidos. Muitos jovens graduados, não mais atraídos pela segurança de emprego, passaram a ocupar-se em atividades ligadas a essas formas sociais emergentes. A forma organizacional mais consistente com toda essa complexidade era justamente a cooperativa (BRASIL, 2006b).

As cooperativas sociais criaram empregos e ocupações novas, dentre estas o facilitador de inclusão no trabalho; e ainda informações que demarcam a diferenciação entre dois tipos de cooperativas, sendo que as do tipo A:

[...] são formadas por associados-trabalhadores, predominantemente com formação nas áreas psico-sociais e pedagógicas" e se destinam à promoção de negócios, planos e projetos, coordenação de serviços, remuneração de pessoal especializado, formação, atualização e outros serviços, tais como: creches, centros educacionais diurnos para jovens e adultos portadores de necessidades especiais, estruturas residenciais para portadores de transtornos mentais, dentre outros. São financiadas com recursos públicos (BRASIL, 2006b).

Quanto ao que caracteriza as do tipo B, existem como informações:

[...] desenvolvem atividades de produção de bens e serviços, visando a inserção ocupacional de pessoas desfavorecidas (pelo menos 30% das vagas); não pagam contribuições sociais sobre os desfavorecidos e podem celebrar convênios com entidades públicas sem a exigência de licitação pública. Caracterizam-se por: "não [tentar] substituir ou integrar o setor público nas suas ações; agem num campo no qual nenhuma outra organização, pública ou privada, atua; propõem métodos radicalmente inovadores de inclusão dos desfavorecidos – oferta de trabalho real; em diversos casos, as pessoas desfavorecidas tornaram-se dirigentes dessas cooperativas; têm uma postura inovadora que combina com os objetivos econômicos e sociais (BRASIL, 2006b).

A experiência italiana, com estas ordenações, refletem a vigência do neoliberalismo, o que encontra-se explicitado no item 3.4.

b- Experiências nacionais

A retratação de experiências que revelam a inclusão do trabalho em serviços de desinstitucionalização, considerada por nós um dos aspectos centrais deste nosso trabalho, nos

permite retomar referências que foram feitas no primeiro capítulo, quando mencionamos o CAPS/SP e o NAPS de Santos, como pioneiros no país.

A experiência do Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira - CAPS/SP, o primeiro a ser implantado no Brasil, funciona desde 1987, o que contribuiu para a construção de práticas assistenciais em outras localidades. Segundo Goldberg (1996), a criação deste serviço foi uma iniciativa da Secretaria Estadual da Saúde, pois o contexto assistencial anterior, marcado por práticas psiquiátricas tradicionais, apontava a necessidade da invenção de uma nova forma de tratar. A partir de meados de 1990, as iniciativas de geração de trabalho e renda efetivaram a instalação de marcenaria, produção de refeições, serviços gráficos e xérox. Assim, também se revelou na experiência de São Paulo a demanda pela inclusão em iniciativas que gerassem trabalho e renda.

A evolução das práticas clínicas no CAPS/SP correspondeu à autonomia que seus usuários iam adquirindo; a equipe passou a pensar em propostas que prestassem uma assistência mais abrangente, através da incorporação das especificidades ao tratamento que então eram consideradas "extra-clínica", passando o CAPS/SP a funcionar "como instância permanente de mediação social no processo de emancipação da doença" (GOLDBERG, *op. cit.*: 126), criando os projetos de Trabalho e Moradia. A equipe observou a importância da implementação de medidas para a gestão da vida dos pacientes para além do que a clínica em construção realizava naquele momento, passando à criação de novas modalidades de atendimento, como uma cozinha e uma marcenaria.

A criação da Associação Franco Basaglia, em abril de 1989, visou suprir as necessidades que se colocavam e, conveniando-se ao CAPS/SP, pode assessorar o Núcleo de Projetos especiais no desenvolvimento dos projetos Trabalho e Moradia. A Associação facilitou o trânsito entre as idéias e propostas no campo diversificado de tarefas, fruto da crescente ampliação e complexidade das formas de tratamento, e sua realização possibilitou dinamizar uma situação que, na dependência de iniciativas do poder público, poderiam ficar "represadas pela malha da indiferença burocrático-administrativa da Secretaria de Saúde" (GOLDBERG, 1996: 127). Os projetos de Trabalho desenvolvidos por este Núcleo de Projetos Especiais caminharam no sentido de se tornarem profissionalizantes, com a contratação de artesãos e pessoas com conhecimento e experiência nas áreas de gerência e produção, que trabalhavam em conjunto com os pacientes.

Em Santos, a partir de 1989 foi implementado o Programa de Saúde Mental, iniciado na Casa de Saúde Anchieta. O desafio maior era ordenar uma rede de cuidados que emanasse dos Núcleos de Atenção Psicossocial - NAPS, que foram criados como serviços abertos, cada

um com responsabilidade sobre a demanda da saúde mental do seu território, funcionando ininterruptamente, oferecendo a assistência de acordo com a necessidade de cada um, inclusive a internação. Este Programa, com relação ao processo de desconstrução do aparato asilar, é analisado por Leal (1994, p. 60):

Foi exatamente quando o fazer diário mostrou que o projeto de reintegração social era em certa medida impossível, isto é, que a reinserção no trabalho, a readaptação na família não podiam ser igualmente pensadas para todos, que para se preservar a liberdade e os direitos destas pessoas garantindo a sua convivência social era preciso atentar para suas particularidades, buscando alternativas de vida que lhes dessem estas possibilidades, que se criaram as outras unidades do programa, mais tarde suporte para o modelo não asilar.

O referido Programa buscou criar dispositivos comprometidos com a prática que viabilizasse a inserção no trabalho e na família, resgatando as identificações dos sujeitos expropriados pelo regime de tratamento tradicional. O Centro de Convivência desenvolvia atividades artísticas nas áreas plástica, musical, teatral, artesanal e aquelas que eram identificadas como de interesse dos usuários, sendo possível romper com a situação de freqüentes internações, já que o tratamento naquele espaço resgatava a auto-estima, beneficiando o vínculo e estabelecimento de novos laços sociais.

Além disto, foi criada a Unidade de Reabilitação Psicossocial, que procurava constituir-se como um sistema protegido de trabalho, até que seus usuários, na condição de trabalhadores habilitados, pudessem ser absorvidos pelo mercado de trabalho. Buscava-se

criar condições financeiras para a inserção social dos pacientes (aumento de trocas, enriquecimento da subjetividade através do acúmulo de bens, etc.), valorizar os mesmos enquanto seres produtivos, criar mecanismos de trabalho que mesclam produtividade e espaço para a subjetividade e para a transformação do sofrimento psíquico (In-formal-São, n.º 18, Ano II, 1991 *apud* LEAL, 1994: 79).

A escolha dos profissionais a comporem a equipe do Centro de Convivência não se pautou em critérios segundo categoria profissional, pois o cuidado médico ou psicológico não era o eixo do trabalho. O desenvolvimento de atividades artísticas em grupo era o foco e a adesão dos técnicos se deu pelo interesse pessoal ou aptidão artística.

Enquanto a experiência evoluía, verificou-se que a expectativa de que esta Unidade se tornasse um centro de atendimento temporário, até que o usuário obtivesse encaminhamento para o trabalho, não era possível. A maioria dos usuários manteve-se vinculada a unidade, pois necessitavam de orientação e acompanhamento permanente para realizar com

competência as tarefas que desenvolviam. A Unidade voltou-se para a criação de projetos que visavam geração de renda, demonstrando que, antes mesmo de tornar-se uma política nacional, já havia a avaliação de que criar estratégias com esse fim se colocava como prioridade para a condição da inserção cidadã. Também passou a desenvolver projetos de trabalho através de parcerias com a Prefeitura, setor privado e apoio da comunidade, garantindo retaguarda ao tratamento realizado pelos NAPS, oferecendo ao usuário o trabalho remunerado.

No percurso histórico de seu desenvolvimento, a experiência de Santos enfrentou reveses, como analisa Tenório (2002: 10):

como se sabe, a vitória do campo conservador nas eleições municipais de 1996, ratificada em 2000, delineou um quadro de grave ameaça ao Programa de Saúde Mental. Embora nenhum dos cinco Naps tenha sido fechado, equipes foram desarticuladas, lideranças do processo estão sofrendo forte retaliação e os antigos proprietários da Casa de Saúde Anchieta estão tentando reaver judicialmente a propriedade da clínica, com o beneplácito da administração atual. Mesmo com seu futuro ameaçado, porém, a experiência de Santos continua sendo uma referência paradigmática da implementação de novas formas de tratar em saúde mental.

Além destas duas experiências pioneiras destacamos, entre as que vêm sendo efetivadas, as de Porto Alegre, Rio de Janeiro, Campinas e Belo Horizonte nas quais encontramos referências que contribuem para ampliar a nossa discussão sobre a estratégia de trabalho e renda para os portadores de transtornos mentais.

A experiência da cidade de Porto Alegre (RS) denominada GerAção-POA, vem se desenvolvendo desde 1995. As atividades de geração de trabalho e renda iniciaram dentro de um serviço de moradia para portadores de transtornos mentais, passando a constituir-se como um núcleo das atividades do CAIS-Centro (serviço tipo CAPS) da Secretaria Municipal de Saúde. Em parceria com a Saúde do Trabalhador, atualmente possui autonomia em relação aos serviços, funcionando em um espaço público próprio para as atividades de trabalho, descaracterizando-se como serviço de assistência à saúde propriamente.

A GerAção-POA estimula o desenvolvimento de potencialidades, capacitação, promove debates e discussões sobre a organização do trabalho e as repercussões no processo saúde-doença. O reconhecimento do trabalhador pelo coletivo, as relações que se estabelecem, através de seus atos e projetos são constitutivos para a saúde do trabalhador, possibilitando a identidade e promovendo qualidade de vida (BARFKNECHT, K.S., BERTUOL, M. e FERREIRA, C. V., 2004: 06).

O programa promove a reabilitação psicossocial através de atividades que se voltam para a inserção de seus usuários no mundo do trabalho, com a peculiaridade de priorizar a recuperação da saúde e condição de ser (ou poder vir a ser), este usuário, um trabalhador.

Atuam no programa técnicos das duas áreas (saúde mental e saúde do trabalhador) que atendem usuários dos dois setores. A assessoria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul apontou novos caminhos, nascendo novas parcerias. As parcerias intersetoriais constituem-se de uma rede de apoio, sendo estas: Secretaria Municipal de Produção, Indústria e Comércio (SMIC) que trabalha na vertente da economia solidária através do Núcleo de Economia Popular Solidária, e com a Fundação de Assistência Social e Cidadania (FASC); Secretaria Municipal da Cultura, através da Unidade Editorial; Secretaria Municipal do Meio Ambiente; Casa do Artesão da Fundação Gaúcha do Trabalho e Ação Social; Setor Gráfico do departamento Municipal de Água e Esgoto; e Fóruns de Economia Solidária. As atividades decorrentes das parcerias vinculadas à SMIC e FASC, que se desenvolvem no programa, procuram capacitar e acompanhar a formação de grupos de gestão solidária.

Os usuários do programa de reabilitação psicossocial através do trabalho são encaminhados pelos serviços de saúde mental do município (incluindo a atenção primária), inclusive alguns hospitais com os quais mantém convênio, e do Centro de Referência de Saúde do Trabalhador. São oferecidos cursos de capacitação nas áreas de economia solidária, serigrafia e arte, esta última constituindo-se como espaço de expressão e criação. Para o usuário ser acolhido pelo programa, é necessário que ele queira retornar ao trabalho. É preciso também que o usuário tenha autonomia ou possibilidade de adquiri-la no programa e que se mantenha vinculado ao serviço de tratamento (FERREIRA, 2006).

A vinculação à Oficina de Geração de Renda é temporária e visa oferecer orientação para que os usuários busquem alternativas para inserção no trabalho. Vinculadas a esta estão as Oficinas de Trabalho onde os usuários adquirem experiência de trabalho, compreendendo atividades de aprendizagem, produção, vendas, gerenciamento. Alguns usuários optam pelo trabalho formal.

A organização das oficinas de produção é feita pelos próprios usuários que ficam responsáveis pelo livro-caixa, de controle de estoque e de presença. Cada uma delas conta com o máximo de dez usuários, sendo coordenadas por dois profissionais e a maioria não conta com monitores que são uma reivindicação dos participantes. A renda resultante das vendas é distribuída para os trabalhadores na proporção referente à presença e não à produção, sendo também utilizada na compra de material de consumo para as oficinas; esse processo tem os usuários como gerenciadores. As oficinas de produção são a de Bijuteria, que utiliza

material natural reciclado (sementes e plantas); de Cartões e Embalagens; de Papel Reciclado que trabalha com a fibra do papiro cedido pelo Parque Moinho de Vento; de Culinária; de Serigrafia.

Os grupos de gestão solidária incubados – Seração Artes Gráficas, Gerabiju e Arco-íris – estão em fase de constituição, passando por processos de qualificação das relações cooperativadas para inserirem-se no mercado como grupo coletivo de trabalhadores.

Existe ainda no programa o trabalho com grupos, como o Grupo de Produção, incumbido de atender às encomendas que demandam produção extra, como aquelas destinadas à comercialização em eventos específicos. Os usuários que compõem este grupo "possuem autonomia para trabalharem sem a mediação de um dos coordenadores das oficinas" (BARFKNECHT; BERTUOL; FERREIRA, 2004, p.10). O Grupo de Comercialização busca criar alternativas para circulação dos produtos, inserindo-se numa cadeia de participação e comércio solidários, incluindo seminários, feiras e outros eventos municipais e regionais. Através do Fórum, foram criadas duas lojas que recebem o nome de "Etiqueta Popular", e outra que recebe o nome de "Porto Alegre Solidária", onde os usuários dividem a administração e escalas de vendas com participantes de outros grupos.

Conforme avalia Ferreira (FOLHA DE SÃO PAULO, 07/2007), “a renda obtida pelas iniciativas de trabalho ainda é insuficiente [...]”. Até 2004 não havia formalização das iniciativas de geração de trabalho e renda vinculadas aos serviços de saúde mental de Porto Alegre.

As experiências de emprego e geração de trabalho e renda do estado do Rio de Janeiro recebem o apoio de instituições que reúnem-se sob a sigla NUSAMT, o Núcleo de Saúde Mental e Trabalho vinculado à Secretaria de Trabalho e Renda do Estado do Rio de Janeiro. Segundo Pazos (2004, p. 48), "o grupo é, predominantemente, técnico [...] e reúne profissionais e instituições conveniadas". Além da citada Secretaria, também fazem parte do grupo a Secretaria Municipal de Saúde (RJ), o Instituto Franco Basaglia - IFB, a Associação Casa Verde, a Escola de Serviço Social e o IPUB, ambos da UFRJ, e as associações de usuários da rede de serviços da saúde mental do estado: Associação dos Amigos do Cais – Amocais - vinculada ao Instituto Philippe Pinel, a Associação dos Parentes e Amigos do Complexo Juliano Moreira - Apacojum, a Associação dos Usuários, Familiares e Amigos do Caps Pedro Pelegrino - Aufacaps - de Campo Grande e a Associação de Usuários, Familiares e Funcionários do Centro Psiquiátrico Rio de Janeiro - Aufacep. A autora esclarece que esta é uma rede institucional solidária, garantida pelo grupo de representantes que pensa estratégias,

produz legislação e projetos de geração de renda e trabalho para usuários de serviços de saúde mental.

A parceria da Secretaria de Trabalho com a Secretaria de Saúde surgiu da detecção, pela Ouvidoria do Trabalho, da necessidade de formalizar uma política para os trabalhadores com transtornos mentais que compareciam nas agências para fazer o cadastramento no Programa de Intermediação de Mão-de-obra - IMO. A transversalidade das políticas de trabalho e de saúde mental no nível estadual estabeleceu então que os demandantes de trabalho e emprego com transtornos mentais seriam encaminhados aos serviços de saúde mental, e os usuários destes serviços passariam a ser atendidos pelos programas e projetos do NUSAMT.

Um dos principais instrumentos de trabalho do NUSAMT é o Balcão de Oportunidades e Projetos que trata de encaminhar o atendimento das necessidades daqueles que o procuram, sejam de tratamento em saúde mental ou de trabalho. Este atendimento é garantido pelo convênio que mantém o Núcleo, através do plantão de um técnico da saúde mental no Balcão. Os encaminhamentos são feitos pelos serviços assistenciais correspondentes. É necessário também que o usuário participe de grupos de trabalho que discutam temas afins no serviço responsável pelo tratamento e encaminhamento, sendo que este passará a contar no NUSAMT, quando for admitido, com um técnico de referência que irá acompanhá-lo durante todo o processo. As instituições conveniadas têm por rotina desenvolver o trabalho com grupos de usuários em oficinas que promovem estratégias de retorno ao trabalho.

Além dos convênios estabelecidos com empresas para o encaminhamento de trabalhadores para o emprego, existem os projetos de capacitação e treinamento e de geração de trabalho e renda. Dentre estes o Projeto Coco Verde é desenvolvido pela Amocais no Instituto Pinel. Este consiste na venda de água de coco em carrocinhas, projeto que já era desenvolvido para atender à população egressa de presídios, sendo estendido aos usuários da saúde mental. O projeto abrange medidas ecológicas, como a utilização da casca do coco para o fabrico de xaxins. Desde 2002 duas carrocinhas funcionam à entrada do referido Instituto, e outra no *campus* do IPUB.

Outros projetos são desenvolvidos, caracterizando-se pela produção de bens e serviços nos moldes de uma cooperativa informal, tais como a Cooplins, onde são prestados serviços de limpeza; a Coopcon, que presta serviços na construção civil e naval. Existe também a Cooperativa Praia Vermelha que fabrica alimentos. Esta Cooperativa funciona desde 1996 no Instituto Pinel e consta da preparação e venda dos alimentos.

A autora salienta que todas as relações estabelecidas a partir deste projeto foram fontes de ampliação da participação e promoção dos produtos da Cooperativa que possui um quiosque para venda nas instalações do Conselho Regional de Engenharia e Arquitetura e outros pontos de venda, como durante a realização de eventos.

A Cooperativa recebe a assessoria da Incubadora tecnológica de Cooperativas Populares da UFRJ, ampliando sua competência e capacidade, além de outras formas de participação política dos usuários em fóruns e eventos.

De acordo com Monnerat (2006), no município do Rio de Janeiro existem cerca de 500 usuários participando de 60 projetos de geração de trabalho e renda, distribuídos entre as atividades de artesanato e feiras livres (17); bijuterias (06); cantinas (06); agrícolas (02); livraria e editora (02); cosmética (01); brechó (07); reciclagem e artesanato de papel (08); alimentos (07); *silk screen* (02); marcenaria (01). Existe um programa de capacitação para o trabalho.

A saúde mental desenvolve projeto de capacitação junto à Secretaria Municipal de Trabalho. Já foram desenvolvidos cursos subsidiados por esta Secretaria, com apoio de outros órgãos da administração pública e ONGs. Como resultado, os projetos de empreendedorismo são apresentados à coordenação do Fundo Carioca ("programa que fornece matéria prima e/ou equipamento de trabalho para os participantes de projetos de capacitação da Prefeitura") (MONNERAT, 2006, p. 34), e, caso sejam aprovados, recebem os equipamentos orçados em até R\$800,00.

A experiência de Campinas (SP) no campo do trabalho vinculado à serviços de saúde mental, segundo relato de Alcântara (2006), desenvolve-se junto ao Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira que é fruto de parceria municipal público-privada. Este é composto por unidades assistenciais que são consideradas substitutivas ao tratamento hospitalar. O Núcleo de Oficinas e Trabalho - NOT, referido por Leal (2004), é uma de suas unidades assistenciais, o que denota uma concepção de lugar e de relações de trabalho diretamente vinculados aos serviços. Os usuários, técnicos e familiares vinculados ao NOT formaram a Associação Cornélia Vlieg com o objetivo de viabilizar o funcionamento administrativo, financeiro e comercial das oficinas. Os produtos originados desta iniciativa recebem a marca "Armazém das Oficinas", desde que foi avaliada a necessidade de identificação dos produtos das oficinas do Núcleo, para que adquirissem competitividade no mercado.

O NOT desenvolve atividades profissionalizantes para técnicos e usuários e tem como objetivos: "contribuir para a inclusão de pessoas portadoras de transtornos mentais e promover e viabilizar projetos de geração de renda, e estimular a inserção no mercado de

trabalho e a formação, por meio da educação, para o trabalho" (ALCÂNTARA, 2006, p. 35). Segundo a autora, a experiência junto ao projeto revelou uma condição de limitação dos usuários para se vincularem ao trabalho do lado de fora da instituição, sendo poucos os que saíam e, mesmo assim, retornavam pela insegurança quanto ao que fazer mediante um episódio de crise no ambiente de trabalho. Desde a constatação dessa realidade, o NOT passou a organizar as atividades de trabalho dos usuários envolvidos no projeto na perspectiva do cooperativismo.

Até 2004 eram atendidos 230 usuários em 12 oficinas, sendo estes encaminhados por demais unidades assistenciais da saúde mental. A estrutura conta com a Oficina de Ladrilho Hidráulico que funciona conjuntamente com a Oficina de Construção Civil que prestam serviços às residências terapêuticas e à unidade hospitalar. A Oficina Agrícola possui parceria com a Secretaria Municipal de Saúde no desenvolvimento do Programa de Fitoterapia, onde são produzidas ervas medicinais nas oficinas, sendo a produção destinada à Prefeitura: os usuários desta oficina recebem uma bolsa que varia de R\$30,00 à R\$500,00, sendo que o valor repassado corresponde ao tipo de atividade e a avaliação de desempenho. Outros produtos são desenvolvidos nas Oficinas de Mosaico, de Artesanato, Gráfica, Serralheria, Marcenaria e Culinária. Como na experiência de Belo Horizonte (comentada a seguir), a produção nas oficinas busca um funcionamento em rede, ou seja, uma oficina oferece produtos complementares ou matéria-prima para as demais.

"Cada oficina é coordenada por um profissional da saúde mental, seja psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, enfermeiro, nutricionista" (ALCÂNTARA, op. cit: 36). Existem também os monitores das oficinas que são os profissionais do ofício, responsáveis pela produção e qualificação dos usuários naquela atividade.

Há a exigência de que os usuários em tratamento, encaminhados para as oficinas produtivas estejam "estabilizados", sendo que os técnicos da unidade produtiva juntamente com os técnicos dos serviços de assistência à saúde mental discutem sobre a forma mais adequada de inserção nestas oficinas. Esclarece Alcântara que o NOT não faz exigência de que os usuários estejam aptos para o trabalho. Entretanto, "não há lugar para os casos mais complexos e mais graves nas oficinas porque o ritmo de produção é muito rápido", pois,

a Associação funciona nos moldes cooperativistas, o que é um desafio, pois percebemos que o caminho não era preparar pessoas para competirem no mercado de trabalho, mas mudar a lógica. Ao invés de pensarmos que a pessoa iria ficar apta para competir no mercado de trabalho, percebemos que era o produto que deveria ser competitivo, que deveria ter qualidade e ele que deveria ir para o mercado (ALCÂNTARA, 2006, p. 37).

Segundo Guerra (2004), em Minas Gerais desenvolveu-se um modelo de assistência em saúde mental afinado com os princípios do SUS, com influência basagliana e psicanalítica. Consideramos que este modelo, entretanto, não pode ser generalizado para o espaço mineiro. Cabe-nos lembrar que o movimento antimanicomial em Belo Horizonte, desde os anos 1980, contou com uma militância ativa, organizada atualmente como Fórum Mineiro de Saúde Mental, contando com a participação, em sua maioria, de trabalhadores, usuários e familiares destes. A maioria dos integrantes é proveniente da Região Metropolitana de BH, não havendo contudo restrição quanto à participação de pessoas de outros municípios.

O referido modelo está constituído, basicamente, por 07 Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM), com a estrutura de CAPS, Centros de Convivência, Centros de Saúde com profissionais da saúde mental, seis residências terapêuticas e leitos psiquiátricos. Segundo Guerra (2004, p. 43) o tratamento *strictu sensu* dos usuários da rede é realizado pelos CERSAMs e pelos Centros de Saúde, sendo que a frequência aos Centros de Convivência representa "um primeiro passo em direção à cultura, à produção e ao trabalho".

Fica evidenciado que em Belo Horizonte, as atividades produtivas que ocorrem nas oficinas dos Centros de Convivência têm um resultado insuficiente em termos da obtenção da renda, devido haver um escoamento incipiente e precário das mercadorias. Todavia, existe um outro lugar onde acontece a produção que gera trabalho e renda: constitui-se das cooperativas, "que irão lidar cotidianamente com as exigências do mercado de trabalho e do mercado consumidor" (GUERRA, 2004, p. 44).

Com estas explicitações constatamos que a pesquisa sobre as atividades de oficinas (que identificamos como sendo terapêuticas e/ou produtivas) desenvolvidas nos Centro de Convivência de Belo Horizonte, "evidenciou uma ruptura entre a estrutura e o alcance das oficinas e o campo do trabalho protegido. Este exige empreendimentos e infra-estrutura mais sofisticados, implicando um outro passo no projeto de saúde mental" (GUERRA, 2004, p. 44). Também segundo esta autora, não existe uma linearidade entre as atividades desenvolvidas nas oficinas, que supostamente funcionariam como uma primeira etapa; e a produção voltada para o mercado nas cooperativas, uma segunda etapa. O que ocorre é que as experiências são peculiares, cujos territórios marcam uma diferenciação na área saúde mental.

A ampliação destas constatações foi por nós obtida nas elaborações de Silva (2006, p. 53 e 58) onde encontramos referências de que, só "tardamente" iniciaram-se projetos de trabalho na saúde mental em Belo Horizonte, a partir de 1999, em parceria com o movimento social, a partir do estabelecimento de um processo de qualificação profissional. Esse processo

culminou com a criação da Suricato em maio de 2004 – Associação de Trabalho e Produção Solidária, que organiza vários projetos, fazendo com que os usuários passassem desta condição para a de "empreendedores de projetos de trabalho e gestores de uma experiência". Esta consiste de três grupos de produção: marcenaria que prioriza a restauração de móveis: "utilizamos todos os cacos de móveis do poder público"; oficina de mosaico "que tem possibilitado um escoamento grande da produção, porque aproveitamos muito das habilidades e do potencial artístico e criativo dos usuários na criação dessas peças"; oficina de costura, com a produção de bolsas e outros produtos.

A argumentação de Silva (2006) é esclarecedora de que a produção se estabelece na rede formada por estas três unidades produtivas. As experiências de geração de trabalho e renda são sustentadas por uma articulação interinstitucional e intersetorial, conformando uma rede de parcerias: Secretarias Municipais de Saúde; de Abastecimento; e de Planejamento; ONG's (como o Instituto Marista de Solidariedade); o movimento Graal no Brasil; e o Fórum Mineiro de Saúde Mental. Em relação aos níveis de participação destacamos que as primeiras têm o papel de incubar as experiências e oferecer recursos – financeiros e infra-estrutura – para sustentação dos grupos de produção e as ONG's com subsídios através da captação de recursos.

O processo de cada grupo é bastante distinto e é permeado pela delicada definição do principal produto a ser trabalhado em cada grupo. A renda obtida ainda é pequena, especialmente quando a ela não está agregado nenhum outro benefício. "Quando o usuário tem um benefício, essa renda tem um outro sentido e um outro valor" (SILVA, 2006, p. 58). As unidades produtivas funcionam em espaços públicos diferenciados (onde podem também funcionar iniciativas de outros grupos, como no Mercado Municipal e em centros comunitários), localizados na capital (que conta com aproximadamente 2,5 milhões de habitantes).

Também há como argumento: "vamos usando a estratégia do MST, que é ocupar, resistir e produzir, e não saímos de jeito nenhum" (SILVA, 2006, p. 59). Junto às iniciativas dos usuários são encontrados outros empreendedores da economia solidária, feirantes e comerciantes tradicionais.

Percebemos nesses anos que, de algo que era uma contingência, na ausência do poder público, alguma coisa se organiza e permite que elaborem uma metodologia de trabalho. Nesses anos, é possível dizer que foi sendo organizada outra forma de pensar essa questão entre os usuários e o grupo de técnicos na cidade. O trabalho perde aquela característica de indicação terapêutica e passa a ser uma opção e um risco

tomados pelo usuário, sustentados em parceria com alguns técnicos e outras pessoas da cidade (SILVA, 2006, p. 59).

No discurso reproduzido acima é afirmada a "frágil sustentação" do poder público na manutenção desta proposta, apesar de apoiar com – "recurso financeiro que é a menor parte" – visto que é a parceria com o Terceiro Setor o que possibilita assegurar alguns recursos às unidades produtivas. Estas se desenvolvem desvinculadas dos serviços de saúde, apesar de contar com seus técnicos, pois que essas "ações ainda tão isoladas" estão restritas "à atividade militante de algumas pessoas no campo da Reforma" (SILVA, 2006, p. 59).

Além disto, Silva (2006) esclarece que a inclusão de usuários dos serviços de saúde mental no mundo do trabalho é uma demanda posta e que precisa efetivamente se tornar uma política social pública. Esclarece também que as atividades inerentes a esta inclusão pertencem a um campo de reduzido conhecimento nas particularidades que compõem a área da saúde mental. E ainda informa que esta política não poderá se isentar de conciliar a ética libertária, que alimenta os movimentos contemporâneos pela Reforma Psiquiátrica, que têm como uma de suas estratégias a do trabalho para a reabilitação psicossocial.

c- Programa de Inclusão Social pelo Trabalho

A Coordenação Nacional de Saúde Mental do MS lançou em 2004, as bases para alicerçar o desenvolvimento de experiências no país quanto às possibilidades da economia solidária assumir a construção de uma política específica de geração de trabalho e renda nos serviços de saúde mental. Estas bases singularizaram a aproximação entre as áreas da saúde mental e da economia solidária (MTE) que foram explicitadas no I Congresso Brasileiro de CAPS (28.06 a 01.07.2004), onde houve ampla manifestação a respeito da comunhão de princípios e pressupostos entre estas duas áreas. Neste evento, houve a indicação de que seria necessária a expressão, na prática, desta construção, para que avançassem juntas as políticas de saúde mental para a inclusão produtiva de portadores de transtornos mentais e de economia solidária (conforme referenciado no primeiro Capítulo).

Em novembro de 2004 o MS, através da mencionada Coordenação, juntamente com o MTE, através da Seneas, realizaram a Oficina Nacional de Geração de Renda Trabalho de Usuários de Serviços de Saúde Mental. Esta Oficina marcou o início da parceria entre a Área Técnica da Saúde Mental e a Senaes, reunindo 78 participantes, representantes de usuários, familiares, técnicos e coordenadores vinculados à experiências que se desenvolvem no país, com o objetivo de debater e propor ações para fomentá-las.

O Ministro da Saúde, naquela época, considerou que

É preciso construir ações objetivas, por meio de políticas públicas e de participação da sociedade, para que tais experiências se consolidem, ampliem, superem e possam atender com mais efetividade às necessidades dos usuários, propiciando uma cooperação solidária de toda a sociedade com o processo de superação dos manicômios (BRASIL, 2006a, p. 8).

Durante a realização da Oficina Nacional foi identificada a diversidade das experiências e duas características comuns, segundo (o participante e titular da mencionada Coordenação) Delgado (2006a, p. 9): "a angústia por serem frágeis e com pouca sustentação institucional e financeira, e a certeza dos bons resultados obtidos e da adesão dos usuários. São boas e frágeis, eficazes porém inseguras". E aposta "na construção de um suporte institucional de apoio e financiamento", a partir do estabelecimento da transversalidade entre as duas políticas.

Delgado (2006a, p. 9) nos oferece ainda uma leitura da evolução da utilização das atividades e do trabalho no campo da saúde mental:

as novas experiências demonstram que suas referências teóricas nascem de origens diversas, às vezes contraditórias, mas o determinante ético é, em todas, a produção da autonomia e a inclusão social dos usuários. O componente da antiga reabilitação pelo trabalho no marco asilar vai sendo aos poucos integralmente substituído pelas novas exigências de compreensão que a vida diária com o mercado capitalista e com a sociedade excludente impõem. Portanto, o marco referencial da Economia Solidária de certa forma propicia um caminho mais promissor para os embates práticos e teóricos desse novo campo no mundo da reforma psiquiátrica.

Na visão de Singer (2006a, p. 11), (como participante do evento e titular da Seneas) "a economia solidária e o movimento antimanicomial nascem da mesma matriz – a luta contra a exclusão social e econômica. Uns são excluídos (e trancafiados) porque são loucos, outros porque são pobres". Desta constatação surgem as questões que o autor formula: “[...] a loucura tem graus: só os dotados de mais autonomia devem ser escolhidos para formar cooperativas? E o trabalho é terapêutico por si ou pelo resultado pecuniário que proporciona a quem o exerce?”

Estas questões que permearam a Oficina Nacional e permeiam o cotidiano das práticas junto aos serviços de saúde mental, continuaram a ecoar nas discussões e debates que se seguiram, originando propostas que foram elaboradas pelos grupos de trabalho, como: criação e consolidação da Rede Nacional de Experiências de Geração de Renda e Trabalho em Saúde Mental; criação de um mecanismo de articulação entre a Área Técnica de Saúde Mental e a

Senaes e suas respectivas políticas; criação e manutenção de incubadoras que apoiem, capacitem e fomentem iniciativas de geração de renda e trabalho em saúde mental (BRASIL, 2006a, p. 13).

Frente a estas propostas cabe-nos elucidar que a mencionada Rede Nacional existe virtualmente, através da internet, constituindo-se de um grupo de discussão, para troca de experiências, sugestões, divulgações e orientações que mantém regularmente o contato e está aberto a novas participações. O que se planeja é que futuramente esta rede se concretize numa cadeia de produção e consumo, o que demandará um caminho ainda a ser percorrido, que depende de investimentos institucionais e legislação adequada.

Como mecanismo de articulação entre as duas áreas (saúde mental e economia solidária), foi oportunizada pela Portaria nº 353 (7.3. 2005) - que é Interministerial (SM e MTE) - a institucionalização de um Grupo de Trabalho - GT - composto por 14 membros (titulares e suplentes), com mandato de um ano e com a função de discutir e propor uma política intersetorial para as ações destinadas a promover o trabalho e a renda para usuários dos serviços de saúde mental. Este Grupo foi composto por representantes dos dois Ministérios; do Colegiado Nacional de Coordenadores de Saúde Mental e da Rede de Gestores de Economia Solidária; pelo FBES; pela Rede de Experiências de geração de Trabalho e Renda em Saúde Mental; e por usuários inseridos em experiências de geração de trabalho e renda vinculados a serviços de saúde mental. Entre as atribuições do GT determinadas pela mencionada Portaria destacamos:

[...] propor e estabelecer mecanismos de articulação entre as ações das políticas de saúde mental e economia solidária; propor mecanismos de apoio financeiro para estas experiências; propor atividades de formação, capacitação e produção de conhecimento na interface saúde mental e economia solidária, bem como do marco jurídico adequado; Propor mecanismos de parceria interinstitucional, no âmbito nacional e internacional (BRASIL, 2006a, p. 113).

No que diz respeito ao apoio financeiro, o MS publicou a Portaria nº 1.169 (07.2005) que regulamenta o incentivo financeiro que pode ser repassado para os municípios que o solicitarem, sendo condição que os mesmos desenvolvam programas de geração de trabalho e renda junto aos serviços de saúde mental, para investimento nos grupos de produção. O valor a ser repassado fundo a fundo varia entre 5 mil e 15 mil reais, de acordo com o número de pessoas inseridas no programa. A maioria dos municípios que o solicitaram e cumpriram as exigências estabelecidas pela Portaria já o receberam, sendo que foram revertidos para compra de equipamentos, material de consumo para oficinas de produção e montagem de

serviços do tipo Centro de Convivência, em parceria com os municípios, para instalação das iniciativas.

Desde a realização da Oficina Nacional (2004), a Coordenação Nacional de Saúde Mental vem promovendo ações voltadas para o fortalecimento destas iniciativas, como a criação da Rede de Experiências virtual cujas discussões o GT passou a acompanhar; o Cadastro de Iniciativas de Saúde Mental e Trabalho - CIST, realizado pela Área Técnica da Saúde Mental.

Dentre as realizações desta Coordenação juntamente com o GT, destacamos o treinamento denominado Turma Nacional para Formação de Gestores Públicos de Saúde Mental em Economia Solidária, que teve como objetivo "capacitar gestores da saúde mental a fomentar, incrementar e apoiar iniciativas de inclusão social pelo trabalho, norteadas pela Economia Solidária". Este treinamento contou com a participação de 40 municípios que, após as 30 horas presenciais de participação no curso que se realizou em Brasília, seguiram acompanhados por tutoras que auxiliaram na elaboração do Plano Municipal de Ação para Inclusão Social pelo Trabalho em Saúde Mental.

O trabalho do GT Interministerial tendo sido concluído em março de 2006, foi apresentado em relatório, no qual constam recomendações dirigidas às iniciativas, aos gestores e aos Ministérios. As recomendações do GT Interministerial visam oferecer diretrizes para constituição de uma política que busca na transversalidade criar condições favoráveis para o seu desenvolvimento através do financiamento e gestão compartilhados. Entretanto, só poderá se concretizar no nível local, onde as diversidades irão impor as adequações necessárias.

3.3. Interrelação entre trabalho e portador de transtornos mentais

As elaborações que estão incluídas nos itens anteriores são demonstrativas de que as iniciativas, realizações e proposições voltadas para o trabalho como uma das estratégias para a prestação de serviços públicos ao portador de transtornos mentais, vêm apontando que ainda existem caminhos que precisam ser percorridos ou ampliados. A nossa preocupação é reiterar que a existência de caminhos não pode ser reconhecida sem que se estabeleça correlação com aspectos que consideramos essenciais, apontados anteriormente, ou seja: no contexto capitalista neoliberal ocorre a desresponsabilização e a desoneração do Estado também com as políticas sociais públicas, o que conseqüentemente se expressa na transferência para a sociedade do compromisso com a promoção de práticas sociais dirigidas a parcelas

populacionais consideradas em situação de exclusão.

Com a exposição que apresentamos sobre a experiência italiana, identificamos que as medidas inclusivas delineadas, referentes àquela realidade, buscam alternativas assistenciais privatizantes, cuja sociabilidade supere as limitações inerentes às práticas psiquiátricas tradicionais e sua auto-reprodução, não sendo colocado em questão, o que também significa a terceirização da assistência. Esta política, na nossa avaliação, além de promover a substituição do tratamento manicomial para o tratamento em serviços abertos, está promovendo a privatização da assistência, e busca sua generalização.

Chamamos atenção para o discurso que reitera a competição e o desenvolvimento das empresas sociais numa economia de mercado. Apesar de voltarem o interesse para o desenvolvimento humano e social dos participantes e da própria sociedade, não pode ser desconsiderado que as relações estabelecidas nesta dinâmica reproduzem a sociedade burguesa e sua racionalidade instrumental que promove exploradores e explorados, em nações desenvolvidas e em desenvolvimento.

Conforme analisa Duriguetto (2006), se considerarmos a realidade atual das relações entre países pobres e ricos, conformada pelo fenômeno da globalização, constataremos que, seus efeitos, pela diversidade de aspectos e impactos sobre a vida social, podem ser avaliados de acordo com os interesses em jogo. Os Estados nacionais são essenciais para garantir a implementação das medidas que favorecem a economia globalizada, sendo que "a regra do jogo vigente é a de que todos devem competir, mas só poucos podem ganhar" (CHESNAIS, *apud* DURIGUETTO, 2006, p. 44). Se não houvesse a opção por adotar políticas favoráveis à liberalização econômica por parte dos governos, haveria entraves para que se estabelecesse o interesse das nações capitalistas que comandam o jogo e a exploração dos países em desenvolvimento, cujo pertencimento à economia globalizada depende ceder às regras, independentemente dos custos sociais que vêm causando.

Fica assim reforçada a identificação de que o cooperativismo social na Itália vem contribuindo para a privatização do bem-estar social, situação esta que se assemelha ao que vem ocorrendo no Brasil. Afinal, o neoliberalismo também encontra-se globalizado, havendo o que temer, ou seja, as conseqüências nefastas que vem acarretando nos diversos países. E entre estas as resultantes da reestruturação produtiva foram enunciadas como facilitadoras da criação de alternativas como a economia solidária.

Mas procurando particularizar a realidade brasileira, evidenciamos que existe como produção significativa a de Leal (2004), que trata, em termos analíticos, das iniciativas de geração de trabalho e renda, vinculadas à desinstitucionalização.

A produção analítica de Leal (2004, p. 12) nos esclarece que as atividades que buscam criar tais oportunidades tornaram-se, no período mais recente, parte da tarefa do cuidado nos serviços de saúde mental, especialmente em CAPS que têm o território como recurso assistencial e base de apoio para suas ações. Estes se voltam para a geração de renda e trabalho revelando-a como "dispositivo capaz de promover novas relações entre os sujeitos e criar redes sociais permeáveis à articulação de pessoas com transtornos mentais graves" e do próprio serviço, promovendo "o enfrentamento da desqualificação de que são vítimas esses pacientes".

Esse aspecto aparece como um dos elementos importantes para impedir que os serviços substitutivos permaneçam voltados sobre si mesmos, isto é, permaneçam exclusivamente referidos à malha formada pelos dispositivos sociais que tomam a experiência da loucura exclusivamente em seu aspecto negativo. Essa marca aumentaria em muito o risco de os serviços de base territorial repetirem as características próprias das estruturas asilares (LEAL, 2004, p. 12).

Na visão desta autora, a aproximação entre a assistência e o trabalho no campo da saúde mental se deu de forma diversificada nas experiências nacionais, gerando modos e resultados diversos. Destaca uma crença presente nas mesmas: "as ações de reabilitação, de inserção social pelo trabalho, configuram fase final/e ou posterior ao tratamento". Esse pensamento tem implicações para o percurso do sujeito nos dispositivos de tratamento, pois significa que, de acordo com esta concepção, só os usuários graves "compensados ou estabilizados" poderiam se beneficiar das estratégias geradoras de trabalho.

Leal (2004) também argumenta, que é preciso identificar os modos e objetivos da aproximação entre a estratégia do trabalho e assistência em saúde mental, para que se possa compreender as conseqüências, principalmente, para a vida dos sujeitos alvo das ações. Além disto, examinando experiências e modelos internacionais, aponta que quando o trabalho é encarado como indicador de cura e retorno à normalidade, há a separação entre terapia e reabilitação. A maioria dos programas enfrenta dificuldades, revelando uma complicada articulação entre saúde mental e trabalho, muitas vezes devido à idealização das propostas, não sendo consideradas as complexas e contraditórias relações no mercado de trabalho formal no mundo contemporâneo (que atribuímos à redução do número de trabalhadores necessários à produção e reprodução da sociedade capitalista, superexploração, sobretrabalho, flexibilização); a necessidade de intervenção no contexto de trabalho, promovendo mudanças de concepções; o não envolvimento ou participação de familiares e comunidade no processo de reabilitação.

Também identificamos em Leal (2004, p. 19) que a importância do trabalho na área da saúde mental não deriva do campo médico-psiquiátrico, mas do campo da assistência social. Enfatiza o legado biológico com o qual se comprometeu a prática médica, cujo desenvolvimento histórico determinou a desconsideração das demais dimensões do sujeito e das relações que determinam as condições materiais de vida. Não há dúvida de que a dicotomia que separa as ações do campo do cuidado daquelas do campo da assistência social é pouco produtiva para a clínica. Nos termos em que é posta, ela não apenas restringe a dimensão do indivíduo à biologia, como evidencia uma outra dissociação constitutiva da nossa cultura: a separação da noção de indivíduo do conceito de sociedade.

Concordamos com a autora quando refere que esta divisão do ser humano é promovida pela cultura ocidental hegemônica que produz uma linguagem limitante para a compreensão da realidade enquanto totalidade social (e dos sujeitos que nela produzem e se reproduzem). Entretanto, a linguagem que permite a compreensão ontológica dessa realidade existe na teoria social crítica, fundamentalmente a formulada por Marx. Esta linguagem é própria das disciplinas do campo social, mas não deve ser exclusiva das mesmas. O problema relativo à compreensão instrumental e irracional no campo de tais práticas, que desconsidera a existência dessa realidade diversa, contraditória e reificada que nos cerca, no nosso entendimento, deve-se aos interesses hegemônicos.

A ampliação das contribuições de Leal (2004) nos remete à referência de que a concepção dualista – que, entendemos, conforma o pensamento que percebe o indivíduo apartado do contexto social onde se desenvolve – frequentemente determina ausência de crítica e práticas excludentes dos sujeitos acometidos por quadros agudos, negando-lhes oportunidade de participar das atividades reabilitativas que objetivam o trabalho como estratégia de reabilitação psicossocial.

Reiteramos que a economia solidária posiciona as experiências derivadas das práticas sociais que abrange como capazes de promover a inclusão de grupos considerados em situação de vulnerabilidade ou exclusão social. Consideramos os portadores de transtornos mentais com histórico de tratamento em instituições psiquiátricas tradicionais, um grupo que acumula desvantagens originadas da condição de saúde – que, de acordo com estudos já apresentados, os expõe a um tipo de vulnerabilidade individual (reativa a ambientes estressores) – e da condição social gerada pela institucionalização – a cronificação ou exclusão, segundo autores já examinados.

Com base nestas reflexões, buscamos confrontar as possibilidades de mudança das condições materiais de vida de usuários de serviços de saúde mental a partir da

implementação da proposta de transversalidade entre as áreas da saúde mental e a do trabalho, mas consideramos necessário incluir nessa discussão, categorias teóricas que ampliam a sustentação a esse debate. Informamos que autores como Castel (1998) e Kovaric (2002) têm considerado que as abordagens acerca do tema da exclusão social vêm expressando modificações correlatas ao processo de desenvolvimento do capitalismo. Particularizando-se a expansão de políticas de corte neoliberal, que se assenta também na mundialização da regulamentação econômica operada pelos mercados globalizados, estas concepções que relacionam a ampliação e o aprofundamento da pobreza à conjuntura atual de fragilização da cidadania e precarização da proteção social, buscam privilegiar as manifestações do fenômeno – exclusão – que se torna autônomo e desvinculado das contradições que o determinam.

A condição de desabilitados para viver em sociedade ou desfiliações de um núcleo social de suporte, a perda de direitos e precarização dos serviços coletivos, segundo indicações de Castel (1998) e Kovaric (2002), relacionadas com fenômenos da atualidade – desemprego, informalidade, flexibilização – são características de uma vulnerabilidade contemporânea e apóia-se na idéia de que esta condição passou a atingir populações antes protegidas por direitos, sejam amplos ou restritos.

No caso do Brasil, de acordo com Kovarick (2002), a ausência de direitos caracteriza uma condição anterior de vulnerabilidade e, na situação atual, a perda de direitos incorporou novos contingentes, exacerbando essa condição.

Para Castel (1998, p. 24 - 41) a exclusão contemporânea – ou a desfiliação – é a conjugação dos efeitos negativos advindos da "ausência de participação em qualquer atividade produtiva e o isolamento relacional". Segundo este autor, "falar de desfiliação (que refere como um fenômeno da exclusão social que ocorre no contexto atual) não é ratificar uma ruptura, mas reconstruir um percurso. A noção pertence ao mesmo campo semântico que a dissociação, a desqualificação, ou a invalidação social" (CASTEL, 1998, p. 26). Ou seja, desfiliação refere-se à dissociação do vínculo social causada na atualidade pela situação de desemprego ou precariedade do trabalho, associada à ausência de proteção social, segundo o processo histórico de construção da sociedade salarial.

Entendemos que as concepções até aqui tratadas tomam a situação de vulnerabilidade como um fator de exclusão. O termo exclusão (ou seu "novo" sentido) tem sido utilizado para expressar a consequência do desemprego estrutural, um fenômeno decorrente da crise da sociedade salarial, segundo Castel (1998).

De acordo com Oliveira (1997, p. 53), excluídos e incluídos são produtos do mesmo processo econômico que produz riqueza e miséria, sendo que esta última condição é funcional

para a acumulação da primeira¹⁴. Esta visão antidualista permite argumentar a favor de que toda situação de miséria é produzida e integra o processo de acumulação capitalista. Excluídos (desempregados ou trabalhadores precários) em essência são explorados, pois têm sua situação determinada pela lógica do lucro extraído da exploração do trabalho coletivo¹⁵.

Na concepção de Martins (2002, p. 12-13), o uso da expressão *exclusão* adverte para a necessidade de tomada de consciência. O trabalho intelectual crítico é um fator importante relacionado à prática social e política, pois promove o desvelamento da estreiteza e deturpações da "concepção limitada e limitante" que encerra o uso do termo exclusão enquanto categoria explicativa da realidade social. Por trás desta estreiteza funcional está o projeto neoliberal de sociedade, visão que o senso comum não alcança.

¹⁴ Mesmo os catadores de lixo alimentam a extração de mais-valia, considerando os intermediários existentes entre catadores e a indústria, estando então, os catadores, integrados à economia (OLIVEIRA, 1997).

¹⁵ No capitalismo desenvolvido, caracterizado pelo trabalho na grande indústria, "não é o operário singular, mas, cada vez mais, uma capacidade de trabalho socialmente combinada que se converte no agente real do processo de trabalho em seu conjunto" (MARX apud NETTO e BRAZ, 2006, p. 113).

4. GERAÇÃO DE TRABALHO E RENDA - SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL DE JUIZ DE FORA

"[...] E não lhes falaste da ilha desconhecida, Como poderia falar-lhes eu duma ilha desconhecida, se não a conheço, Mas tens a certeza de que ela existe, Tanta como a de ser tenebroso o mar, Neste momento, visto daqui, com aquela água cor de jade e o céu como um incêndio, de tenebroso não lhe encontro nada, É uma ilusão tua, também as ilhas às vezes parece que flutuam sobre as águas, e não é verdade ... mas quero encontrar a ilha desconhecida, quero saber quem sou eu quando nela estiver, Não o sabes, Se não saís de ti, não chegas a saber quem és, O filósofo do rei, quando não tinha que fazer, ia sentar-se ao pé de mim, a ver-me passar as peúgas dos pagens, e às vezes dava-lhe para filosofar, dizia que todo homem é uma ilha, eu, como aquilo não era comigo, visto que sou mulher, não lhe dava importância, tu que achas, Que é necessário sair da ilha para ver a ilha, que não nos vemos se não nos saímos de nós[...]" (José Saramago).

4.1. Saúde mental no cenário juizforano: construção de política pública

A trajetória do município de Juiz de Fora, no que se refere à construção de uma política pública de assistência à saúde mental, é marcada pela primazia de interesses privados que no percurso histórico correspondente aos avanços alcançados pelos movimentos organizados do setor em várias localidades do país, manteve sob sua influência as medidas emanadas da esfera pública, na proteção de um modelo asilar centrado no hospital privado.

Até a institucionalização das AIS, em 1986, a assistência psiquiátrica à população de Juiz de Fora e micro região, incluindo alguns municípios da Zona da Mata e de outros estados, era prestada por sete hospitais psiquiátricos privados. Os atendimentos realizados pelos ambulatórios do extinto INPS eram inexpressivos frente ao número excessivo de internações. Além disto, estes ambulatórios serviam como porta de entrada para as internações, estando responsáveis pela emissão das Autorizações para Internações Hospitalares - AIHs.

A partir da organização das instâncias gerenciais das AIS, a Comissão Local Interinstitucional - CLIS-JF - designou um Grupo de Trabalho - GT - responsável pela elaboração da proposta de reorganização dos serviços na área da saúde mental, seguindo-se a elaboração e a implementação do Projeto de Reformulação da Assistência em Saúde Mental

na Micro-Região. Como resultado, emergiram debates e uma frágil organização de um reduzido número de trabalhadores da área que manifestavam-se insatisfeitos e interessados em mudanças. Este Grupo foi formado por psiquiatras das instituições colegiadas das três esferas de governo: Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde - SES -, através da Diretoria Regional de Saúde - DRS/Juiz de Fora (hoje Gerência Regional de Saúde - GRS/Juiz de Fora), e o extinto INAMPS. Posteriormente, este grupo agregou psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros.

Com a discussão do tema Assistência em Saúde Mental nas AIS, o I Seminário de Assistência em Saúde Mental de Juiz de Fora, realizado em abril de 1986, ofereceu subsídios para a elaboração do Projeto de reordenação da rede assistencial em saúde mental e o GT transformou-se na Comissão Executiva de Saúde Mental - CESM. Esta Comissão organizou o I Encontro Regional de Saúde Mental em novembro do mesmo ano, com o objetivo de oferecer treinamento inicial para profissionais que comporiam as equipes multidisciplinares para implantação do trabalho contemplado no Projeto de reformulação assistencial.

Em abril de 1987 a CESM coordenou o II Seminário de Assistência em Saúde Mental que, com a discussão do tema Organização Interinstitucional das Ações de Saúde Mental, apresentou sugestões de uma política para o setor à SES/DRS Juiz de Fora. Em outubro daquele ano também realizou-se o III Encontro Regional que resultou no estabelecimento de critérios para as internações psiquiátricas na região de abrangência da então designada DRS, transformado em resolução pela Comissão Intermunicipal de Saúde - CIMS/JF. A criação do Serviço de Urgência Psiquiátrica - SUP - no Pronto Socorro Municipal - PSM representou um importante avanço naquele momento.

A proposta de reformulação da CESM respeitava as diretrizes preconizadas pelas AIS, ou seja, a universalização, descentralização, regionalização e hierarquização das ações de saúde mental, prevendo a cobertura de 10% da população da micro região. O nível básico seria responsável pela oferta de consultas ambulatoriais e pela realização de um trabalho preventivo nas comunidades pelas equipes das unidades de saúde que receberiam treinamento específico; os casos agudos e graves referenciados pelos níveis primário e terciário seriam atendidos no nível secundário por equipes multidisciplinares, compostas por psiquiatra, psicólogo, assistente social e enfermeiro. No nível terciário, além dos leitos de hospitais psiquiátricos privados, planejou a criação de 30 leitos de curta permanência (72 a 120 horas) no SUP que seria aparelhado para se tornar porta de entrada para a rede hospitalar; e a criação de 40 leitos para pacientes em fase aguda no Hospital [geral] Dr. João Penido. Também previa treinamento de pessoal e atendimento a doenças específicas decorrentes de complicações de quadros psiquiátricos como o alcoolismo (MENDES, 2000, p. 36).

Apesar dos avanços obtidos a partir das formulações propiciadas pela implantação das AIS no município, os debates que se articulavam no país em torno da Reforma Psiquiátrica brasileira não atingiram Juiz de Fora, apartada do contexto mais amplo devido a hegemonia das práticas psiquiátricas conservadoras. Uma parcela dos trabalhadores da saúde mental com posições mais avançadas não ampliou sua influência, não havendo articulação com outros grupos ou movimentos que pudessem sustentar mudanças mais profundas. E mesmo as mudanças de cunho preventivista não foram exitosas.

Os documentos consultados, que registram a curta história da reestruturação da assistência em saúde mental em Juiz de Fora naquela época, apontam "questões políticas" como o motivo da não implementação das reformas programadas e da dissolução do órgão que foi constituído para este fim:

Em fevereiro de 1988 foi extinta a Comissão Executiva de Saúde Mental pela CIMS após a realização do III Encontro Regional, sem clara exposição de motivos. Os serviços passaram a ser oferecidos pelos ambulatórios do INAMPS, da SES – DRS/JF no então denominado Centro Regional de Saúde e hospitais psiquiátricos com a contratação de 603 leitos na época, mas, na realidade, com uma taxa de ocupação em torno de 1.492 AIH/mês. A taxa de cronificação dos pacientes internados em 1991 atingiu 70% (MENDES, 2000, p. 37).

A contundência da cultura manicomial no município evidenciou-se neste recuo. Juiz de Fora marchava na contra mão do movimento antimanicomial, caracterizando-se pela indiferença dos trabalhadores frente à resistência do modelo asilar e à manutenção das práticas que reforçavam interesses corporativos. Esta peculiaridade local influenciou o destino das políticas setoriais gestadas ao longo dos anos de 1990, onde o grupo representante dos interesses privados pode salvaguardar-se como força política ocupando cargos no planejamento e nas atividades técnicas. Paradoxalmente, em Minas Gerais, trabalhadores da saúde mental engajavam-se no MTSM. Em Belo Horizonte, no mesmo ano de dissolução da CEMS em Juiz de Fora, realizou-se um seminário com a participação de trabalhadores da saúde mental de todo o país, com o compromisso de realizar a discussão sobre a desconstrução do aparato manicomial e a construção dos serviços substitutivos.

As mudanças políticas ocasionadas pelo governo estadual eleito em 1991 determinaram a recondução de alguns representantes do MTSM mineiro a cargos administrativos nesta gestão (MENDES, 2000). Neste mesmo ano o governo deu início à Auditoria Especial em Saúde Mental, coordenada pela Comissão Especial de Saúde Mental, composta por militantes do MTSM. Esta medida atingiu todos os hospitais psiquiátricos públicos e privados do estado, elaborando-se um diagnóstico da situação, com vistas a

favorecer uma reordenação do sistema público de assistência em saúde mental. As equipes de auditoria examinaram 4.227 dos 6.559 pacientes internados naquele período, concluindo que 82% da população internada poderia estar se beneficiando do atendimento extra hospitalar, sob o ponto de vista clínico. A constatação da necessidade da instalação de redes de serviços substitutivos, respaldados em projetos terapêuticos voltados para a construção de direitos de cidadania da população asilar, resultou em recomendações aos municípios que praticavam taxas exorbitantes de internação motivadas pela elevada oferta de leitos hospitalares psiquiátricos que alimentava a indústria da loucura.

A auditoria focou especialmente a rede hospitalar dos municípios de Belo Horizonte, Barbacena e Juiz de Fora que formavam o que era conhecido como o "corredor da loucura".

Em 1991, essas regiões compreendiam, segundo dados do Relatório, uma população geral de 5.089.080, 21 hospitais psiquiátricos perfazendo um total de 5.994 leitos; contabilizando, cerca de 2.200 habitantes por leito, tendo sido aprovada para o estado de Minas pela POI de 1988 a distribuição de 5.000 hab./leito. Juiz de Fora apresentava a proporção de 412 hab./leito, com a característica de serem todos os leitos em serviços privados contratados. As três regiões concentravam 73,18% dos leitos, representando 30% da população do estado (MENDES, 2000, p. 38).

A auditoria concluiu que havia uma alta taxa de cronificação dos pacientes internados, situação agravada pelo fato de que os hospitais em geral apresentavam fortes características de confinamento com presença de celas fortes. Os hospitais de Juiz de Fora não atendiam as normas técnicas do MS, especificadas nas portarias estabelecidas para o fim de saneamento e adequação mínima destas estruturas. A avaliação realizada pela Comissão de auditoria indicou a necessidade de redução de cerca de 3.000 leitos no estado e adequação dos restantes às normas ministeriais, restando àqueles em que tais medidas não fossem suficientes, a imediata reforma ou fechamento.

O principal papel do Relatório da Auditoria Especial de Saúde Mental em relação à Juiz de Fora foi revelar a situação existente na cidade, o grande número de leitos hospitalares e, principalmente, a indústria da loucura. [...]. Houve então em Juiz de Fora significativa diminuição do número de leitos psiquiátricos dos hospitais privados, criação de novos serviços e adequação de seis hospitais ao nível IV de acordo com a Portaria [SAS nº 408 de 30 de dezembro de 1992] [...]. Um hospital psiquiátrico deixou de funcionar (MENDES, 2000, p. 40).

O trabalho da Auditoria Estadual teve como desdobramento a criação de um projeto de saúde mental para o estado. Para Juiz de Fora foram determinadas como diretrizes a definição

de uma porta de entrada para as internações, vinculada ao serviço de urgência psiquiátrica, responsável pelas emissões de AIHs; assessoria para implantação de serviços extra hospitalares; criação de leitos no Hospital Dr. João Penido da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG); criação do atendimento à crises em dispositivos como CAPS ou NAPS.

Com a implantação do SUS/JF, a partir de 1991, houve a criação da Coordenação de Saúde Mental em 1992. Foi instituída a Comissão Municipal de Saúde Mental - CMSM - pelo então Secretário Municipal, incumbida de "elaborar propostas técnicas que redefinem a assistência em saúde mental na cidade de Juiz de Fora, estruturando assim uma política de saúde mental para o município" (JUIZ DE FORA, 1992, p. 1).

A Comissão priorizou naquele momento a criação da central de vagas para coibir as internações "extra-cotas", ou seja, internações para além dos leitos contratados, que enriqueciam os proprietários dos hospitais, e a criação de serviços ambulatoriais que atendessem a clientela psicótica e alcoolista que até então tinha como opção de tratamento os hospitais psiquiátricos. Além disto,

Estava prevista a criação de dois NAPS [...]. Não constou dessa proposta qualquer referência aos avanços teóricos e técnicos a que já se chegara desde o desenvolvimento das primeiras experiências construídas no Brasil. Aspectos fundamentais como territorialização, atendimento de crises, reabilitação psicossocial, intervenção na cultura para contribuir com a construção de concepções antimanicomiais não foram contemplados. Buscou-se tão somente contemplar os parâmetros estabelecidos pelas portarias do MS, cuja função era garantir a regulamentação destas experiências que se anteciparam ao interesse político institucional. No momento em que a desconstrução do hospício era o mote de todas as campanhas nacionais e lutas dos MTSM, Juiz de Fora dependia da iniciativa institucional para promover reparos no setor. Neste sentido e em essência, nada poderia efetivamente alterar a lógica manicomial e nisso o Plano foi claro, pois pretendia apenas romper o 'círculo onde a doença mental tem o hospital psiquiátrico como único destino' (MENDES, 2000, p. 41).

Estas propostas, constantes do Plano Municipal de Saúde Mental elaborado pela Comissão, foram submetidas ao referendo popular na plenária final da I Conferência Municipal de Saúde Mental - CMSM, realizada em 1992. E em 1994, foi criado o Instituto de Saúde Mental - ISM, órgão que passou a gerenciar os recursos do setor.

No decorrer deste processo não foi constituído nenhum grupo que se voltasse para a defesa da luta pela Reforma Psiquiátrica. No entanto, em 1997, quando foi realizada a II CMSM, um grupo de trabalhadores formou o Fórum de Saúde Mental. Porém, a despeito de posições militantes pela Reforma Psiquiátrica de alguns de seus participantes, o Fórum estava

atravessado pelos interesses políticos partidários em jogo, determinando sua extinção logo após a aprovação de um texto que deve ser considerado muito avançado, constante do relatório final daquela Conferência. O debate promovido na ocasião favoreceu a proposição de uma política mais condizente com os pressupostos da reforma psiquiátrica. Contudo, sua aprovação não repercutiu na sua implementação.

Nesta época, a gestão municipal procurou garantir investimentos nos setores que priorizava, utilizando os recursos financeiros que economizava com a desospitalização psiquiátrica, deixando de criar, com estes recursos, a rede substitutiva ao tratamento hospitalar. Como resultado, houve a precarização do atendimento. Um jornal local¹⁶ publicou diversas reportagens neste período, denunciando a qualidade ruim da assistência psiquiátrica privada causada pela diminuição de leitos que repercutiu, com o passar do tempo, na inviabilidade econômica dos hospitais, e a precariedade da assistência pública causada pela insuficiência e ineficácia do tratamento extra-hospitalar.

Quanto à constituição da rede de serviços na área da saúde mental, mencionamos que existia o CAPS Casa Viva que havia sido credenciado em 1996 pelo MS (originado do Programa de Atenção ao Psicótico - PAP); o Programa de Atenção a Dependência Química - PADQ - que, junto com o PAP, foi criado a partir do primeiro Plano Municipal de Saúde Mental - e outros que foram criados no decorrer da gestão que vigorou do ano de 1997 ao ano de 2004 devido à reeleição do mesmo grupo político. Cabe evidenciar que todos os programas recebiam o nome da patologia destinada a tratar. Neste período a coordenação do Departamento de Saúde Mental, nomenclatura que substituiu a de Instituto, foi efetivada por um representante do poder público municipal e um representante do Serviço de Psiquiatria do Hospital Universitário da UFJF.

A partir do final dos anos 1990, o poder público municipal manteve a organização da assistência numa lógica hospitalocêntrica, apesar de ter levado a cabo um desastroso processo de desospitalização. Os serviços ambulatoriais que foram constituídos sem ampliação e treinamento da mão-de-obra, priorizavam o atendimento dos casos de menor gravidade e menor complexidade, segundo uma lógica pautada pela prática psiquiátrica tradicional de medicalização e internação dos casos mais graves que necessitavam da atenção intensiva. O CAPS Casa Viva foi sucateado e, como não se constituiu enquanto um dispositivo substitutivo, só pode efetivar-se como um serviço voltado para a convivência entre usuários, técnicos, estagiários, funcionários e alguns familiares. Fechado em si mesmo durante um

¹⁶ Tribuna de Minas, 31.08/03.09/04.09/09.09.2003; 19.03/18 e 19.07/20.07/23.07/17.08.2004.

longo período, com um funcionamento muito precário de oficinas terapêuticas e de produção, algumas destas atividades às custas de parcerias público-privadas e através da renda gerada pela comercialização dos produtos das oficinas.

A partir de 2006, a Coordenação da Saúde Mental em Juiz de Fora procurou adequar o sistema às diretrizes da política nacional, condizentes com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica brasileira. Entretanto, muitas dificuldades interpõem-se neste caminho, dentre elas a falta de respaldo popular e a cultura eminentemente manicomial. Como o município não atingiu um nível de organização social que permitisse constituir um movimento pró Reforma Psiquiátrica, as medidas que visam suprir as graves deficiências acumuladas no período anterior (como insuficiência de serviços públicos, de número de trabalhadores, ausência de qualificação, dentre outros) dependem exclusivamente das iniciativas institucionais, submetidas à vontade política que determina as prioridades do momento e aos interesses divergentes. O corporativismo presente neste meio torna alvo da ofensiva privatizante ou do conservadorismo profissional e acadêmico, medidas possíveis que tenham como objetivo o reordenamento da rede assistencial, com vistas a torná-la pública e substitutiva ao aparato manicomial.

A rede de saúde mental do município compunha-se de seis hospitais psiquiátricos privados com equipes multiprofissionais. Todavia, a crise econômica que se abateu sobre estas instituições devido à diminuição das internações levou a uma crescente perda de qualidade do atendimento prestado, com diminuição do número de profissionais e fechamento de um destes. As sucessivas avaliações realizadas pelo PNASH-Psiquiatria constataram as condições deficientes do funcionamento dos hospitais, sendo que dois dentre estes foram recentemente descredenciados (Portaria/SAS nº 501 - 13.9. 2007) por não terem atingido a pontuação mínima em tais avaliações, e por não terem se adequadado às exigências.

Nos cinco hospitais existe a disponibilidade de 570 leitos psiquiátricos; dentre estes, cerca de 190 são destinados a pacientes *asilares* e 150 aos *eletivos* (ambas as condições traduzem o número de pacientes institucionalizados, um total de aproximadamente 340 pacientes). Entre as internações dos casos *agudos*, cerca de 80 são determinadas por ordem judicial. Essa situação retrata um ambiente que mescla as características tradicionais que tipificam as instituições marcadas pelo abandono e pela cronificação, com a situação gerada por internações cujas causas remetem ao uso ou tráfico de drogas e de criminosos considerados pacientes psiquiátricos, causando o que vem sendo considerado a judicialização das internações psiquiátricas. A violência nestes ambientes intensificou-se. Nos últimos dois

anos têm sido envidados esforços junto ao Ministério Público e ao Poder Judiciário para que sejam coibidas intenações indevidas.

Também existem os atendimentos ambulatoriais prestados em serviços públicos especializados e em Unidades Básicas de Saúde e pelo PSF. No decorrer dos anos de 2006 e 2007 foi possível a implantação do PVC que beneficia cerca de 20 usuários da rede, a criação de um CAPS para atender crianças e adolescentes, um CAPS para atender usuários de álcool e outras drogas e o Centro de Convivência Recriar. Os critérios de acesso à atenção especializada, antes excludentes (de acordo com critérios de 'pertencimento' a determinados códigos da Classificação Internacional de Doenças – CID 10), estão sendo processualmente substituídos pela noção de território. Faz parte do planejamento da saúde mental, de 2007, a criação um novo CAPS tipo II para adultos; um CAPS tipo III (24 horas); e 10 SRT, o que possibilitará a ampliação destes Serviços, uma vez que já existem dois em funcionamento.

A configuração da rede de saúde mental existente nos permite pensar que ainda não constitui prioridade do poder público municipal e nem da sociedade local a ampla defesa dos direitos dos portadores de transtornos mentais, especialmente no que se refere aos serviços desinstitucionalizados. Mesmo com as limitações existentes, reconhecemos que parcelas de categorias profissionais, de familiares e de usuários vêm se empenhando nas possibilidades de diversificação destes serviços; encontra-se em funcionamento o Centro de Convivência Recriar, voltado para o desenvolvimento das atividades de trabalho dirigidas a familiares e usuários que constituíram a Associação Trabalharte, instalada neste serviço.

4.2. Trabalharte: possibilidades de geração de trabalho e renda

4.2.1. Processo de criação e de formalização

As origens da Trabalharte estão vinculadas às Oficinas de Produção que eram realizadas por portadores de transtornos mentais e familiares do CAPS Casa Viva. Este Serviço atendia a usuários, em sua maioria, quadros psicóticos graves que encontrava-se em tratamento assumido por uma equipe de profissionais dispostos a superar as deficiências geradas pelas carências institucionais. Esta equipe recentemente foi ampliada, estando responsável pelo atendimento da população usuária e pelo matriciamento das equipes de atenção primária do território que compreende as regiões sul e sudeste da cidade, e vem recebendo supervisão clínico-institucional propiciada pela publicação da Portaria/GM nº 1174 (7.7.2005), que regulamenta o repasse de incentivo financeiro ao município para seu custeio.

Em termos de atividades terapêuticas e de produção, que constituem as Oficinas do CAPS Casa Viva, tem sido possível a realização das intervenções dos profissionais das áreas de enfermagem, psicologia e serviço social, estagiários e monitores junto aos usuários e familiares. Entre as produções destacam-se as artísticas, cujo acervo conta com obras de reconhecido valor e que vem sendo mostrado em exposições organizadas também para a comercialização.

A experiência acumulada neste CAPS, a precariedade de recursos para seu funcionamento e o descaso do poder público municipal com a saúde mental constituem os fatores explicativos da decisão de criar alternativas, tomada por um grupo formado por profissionais, usuários e familiares deste serviço. A busca de alternativas levou ao interesse na implantação de uma cooperativa que permitiria contornar, ou até mesmo superar as dificuldades e limitações então existentes.

Em outubro de 1999, representantes deste grupo iniciaram contatos com a Intcoop/UFJF¹⁷ buscando ter acesso a informações e a orientações sobre as possibilidades de criação de uma cooperativa, que também poderia contribuir para ampliar as possibilidades de inserção de integrantes do CAPS no mundo do trabalho.

A Trabalharte foi formalizada em 2001 como uma Associação e não como cooperativa. Esta opção passou por um processo de discussão dos "prós e contras". O argumento mais forte, que determinou para o grupo que este não poderia se constituir enquanto cooperativa, foi a impossibilidade de beneficiários do INSS (auxílio doença, aposentadoria por invalidez, BPC) manterem vínculo de trabalho, situação que acarretaria a perda destes. Restou para o grupo a opção pela formalização como Associação ou por seguir na informalidade. Segundo registro existente no livro de Reuniões da Associação esta situação foi assim retratada:

"Foi colocado para o grupo a respeito da decisão de compô-lo enquanto Associação: organizar uma associação de trabalho e arte com a gestão de usuários e familiares, enquanto saída. Os "cooperados" estão avaliando as possibilidades de optar entre ficar na informalidade ou se registrarem" (TRABALHARTE, 2001/2004, p.05).

¹⁷ A Intcoop, conforme menção no terceiro capítulo, compõe a rede nacional de ITCPs. No caso de Juiz de Fora, a realização destas atividades está voltada para a organização de grupos de discussão, de eventos, fóruns, feiras e demais programações locais em torno da economia solidária. A participação dos integrantes das cooperativas e associações incubadas em atividades fora da cidade, como reuniões do Fórum Estadual de Economia Solidária (MG) e Fórum Regional da Zona da Mata Mineira, feiras e eventos da economia solidária têm sido possibilitados pela articulação dos quadros profissionais e estagiários da Intcoop com o movimento organizado da economia solidária. A condição de participação dos militantes da economia solidária se dá enquanto empreendedor ou técnico de agências de fomento.

"Porém, na legislação da Associação fica proibido o retorno financeiro aos seus integrantes, [restando] converter a renda em benefícios para os membros (por exemplo: [compra de] remédio, roupas, alimentos, reinvestimento na Associação)".

Esta formalização decorreu da Assembléia Geral Ordinária realizada em julho de 2001 que contou com a participação de 31 sócios fundadores, sendo 07 familiares e 24 usuários. Desde então, as atividades que compunham as oficinas de produção de bolsas em tecido, pintadas individualmente por usuários artesãos e confeccionadas por familiares em máquinas de costura reta e overloque cedidas pela Associação Casa Viva, passaram a fazer parte das atividades do grupo que buscou organizar-se nos moldes de uma cooperativa.

A Diretoria da Associação é composta por um(a) presidente, um(a) vice-presidente, um(a) secretário(a), e um(a) tesoureiro(a). O Conselho Fiscal é composto por seis membros: três titulares e três suplentes. Existe também, como órgão executivo, um Conselho de Admissão formado por cinco membros que avalia a inclusão de novos associados. A Trabalharte admite como sócios usuários e familiares de serviços de saúde mental e membros da comunidade interessados nesta causa. Os profissionais (servidoras públicos municipais) que trabalham junto a esta Associação são responsáveis pela assessoria aos seus integrantes.

O trabalho da Intcoop junto aos usuários, familiares e técnicos permitiu a aquisição de conhecimentos e treinamentos de habilidades por parte daqueles que conseguiram acompanhar as atividades que abrangeram a formação em cooperativismo, as relações grupais, técnicas de produção, propaganda e comércio. Os cursos de treinamento adotaram instrumentos que permitiram lidar com as limitações que dificultavam os processos de aprendizagem. O trabalho interdisciplinar, envolvendo técnicos da saúde mental e da incubadora, permitiu que tais instrumentos fossem construídos.

Os profissionais e os estagiários da Intcoop que atuam junto à Trabalharte participaram das reuniões e Assembléias da entidade desde sua criação, assim como vêm prestando assessoria jurídica e realizando o trabalho contábil, como ilustra o registro existente no livro de Reuniões da Associação:

"MG, coordenadora da Intcoop responsável pela RESJUF [Rede de Economia Solidária de Juiz de Fora], explica aos associados o que são empreendimentos solidários e o que são redes de empreendimentos solidários. A explicação contou com a participação dos associados que auxiliaram com exemplos" (TRABALHARTE, 2001/2004, p. 32)

A atuação destes profissionais constitui importante colaboração ao trabalho dos profissionais da saúde mental, pois desde que foi possível a interação disciplinar, as

intervenções tornaram-se mais amplas, no sentido de oferecer aos usuários apoio em outras áreas do conhecimento. Esta interação também contribuiu para o fortalecimento político institucional, para ampliação do espaço de atuação profissional, e para ampliar o reconhecimento da importância da inserção de usuários da saúde mental no mundo do trabalho.

Além destas informações destacamos que por meio do livro de atas da Diretoria da Trabalharte existe o registro de um ponto de pauta referindo-se à discussão dos problemas relativos à sua vinculação com o CAPS, ocupando o mesmo espaço, pois "os problemas do CAPS misturam-se à dinâmica da Associação, prejudicando o desenvolvimento das atividades da Trabalharte. Concorda-se que há uma necessidade da Associação se desvincular do CAPS" (TRABALHARTE, 2001/2007, p. 5,).

Em decorrência desta situação foi pensado pelo grupo anteriormente mencionado, que poderia ser buscado apoio para a construção de um Centro de Convivência para abrigar as atividades da Trabalharte, que era também uma de suas reivindicações, tendo sido registrado esta possibilidade no livros de Reuniões:

"IS informa sobre a possibilidade da criação de um centro de convivência. Todos os presentes estão de acordo (TRABALHARTE, 2001/2004, p. 31).

A concretização desta necessidade ocorreu em maio de 2006, quando foi inaugurado o Centro de Convivência Recriar.

4.2.2. Organização e funcionamento

O integrantes da Trabalharte, no momento em que realizamos este estudo totalizavam 46 pessoas, sendo 25 homens e 21 mulheres, na faixa etária entre 19 a 59 anos de idade, prevalecendo a faixa etária entre 38 e 48 anos. Deste total existiam quatro familiares. Apesar de coexistirem no Centro de Convivência usuários com grave sofrimento mental em estados mais ou menos preservados dos prejuízos possíveis (em decorrência da gravidade, do uso crônico de medicação ou da própria cronificação institucional), existem aqueles que têm se manifestado mais identificados com a situação de "normalidade", se comparados aos usuários do CAPS Casa Viva.

Alguns sócios formais não estavam participando das atividades desenvolvidas por dois motivos: se desvincularam da associação, mas ainda não foram oficialmente desligados; ou estão afastados, freqüentando o CAPS Casa Viva, só retornando ao Centro de Convivência

quando há atividade de trabalho para atender encomendas de um número maior de produtos. É importante ressaltar que já há alguns meses esse tipo de venda não é realizada. A produção tem sido diversificada para atender um mercado varejista instável e inconstante.

As atividades da Associação abrangem a produção de bolsas, sacolas, mochilas e embalagens, em sua maioria, havendo também produção de vasos ornamentais texturizados ou decorados pelos artesãos, camisetas silkadas e customizadas, velas, bijuterias e outros produtos artesanais.

Para que pudéssemos ter conhecimento sobre a Tralharte realizamos a observação documental nos livros de registro das reuniões, no período de 2001 a 2007, incluindo as atas das Assembléias Gerais Ordinárias e Extraordinárias e as reuniões da Diretoria . Os livros que registram as reuniões da entidade compreendem o período de fevereiro de 2001 a agosto de 2007, num total de 209 reuniões que contou com a participação média de 15 associados por reunião, além de profissionais, monitores e estagiários dos serviços (CAPS, Centro de Convivência e Tralharte) e da Incubadora. Os relatórios iniciais registram o processo de formalização da Associação, bem como da organização das oficinas de produção.

Destacamos então que as reuniões semanais do grupo de trabalho objetivaram discutir o cotidiano das relações interpessoais, a movimentação relacionada à compra de matéria-prima, venda de produtos, organização e participação em feiras e eventos.

Estas atividades têm favorecido a reabilitação psicossocial dos participantes no que se refere à aquisição e treinamento de habilidades para o trabalho manual e cognitivo, para as trocas afetivas e sociais, principalmente daqueles participantes mais ativos e interessados. Alguns associados beneficiam-se mais das atividades externas do grupo através do envolvimento com a representação da entidade, por ocuparem um cargo na Diretoria. Dessa maneira viajam, interagem com grupos provenientes de outros segmentos, falam para públicos diferenciados, dentre outros.

Desde sua criação a Tralharte obtém melhor resultado financeiro quando vende um número grande de produtos, a venda no atacado, e isto foi possibilitado pelo interesse de grandes lojas e empresas locais. O problema está na desvalorização do produto frente ao interesse dos negociadores em obter maior lucro na revenda, ou na compra pelo menor preço, no caso da produção destinada a eventos ou a tornar-se material promocional (a ser oferecido a grandes ou melhores clientes da empresa ou loja que adquire os produtos da Tralharte).

As grandes empresas, para as quais foram realizadas vendas no atacado de artigos promocionais e os eventos nacionais, regionais e locais constituíram os segmentos mais importantes que realizaram negócios com a Tralharte no período analisado. As lojas e

confeções foram outro segmento a estabelecer um maior volume de negócios. As vendas no varejo, em consignação em lojas, também constituíram formas de comércio dos produtos da Associação.

Apesar da Trabalharte ter conquistado uma "fatia" de mercado, que pode explorar devido a adequação de uma produção voltada para objetos promocionais, para consumo e distribuição (objetos utilitários adquiridos por empresas e patrocinadores ou promotores de eventos para distribuição), a inconstância no fornecimento dos mesmos tornou-se um fato problemático que repercutiu na renda dos trabalhadores, fato este relacionado à produção sazonal concentrada nos últimos meses do final de cada ano. Encontramos situação semelhante na experiência que vem sendo desenvolvida em Porto Alegre (RS), segundo depoimento prestado em entrevista concedida para reportagem publicada no jornal Folha de São Paulo (2007): "[...] em fim de ano, quando temos encomendas grandes, ou quando vamos participar de alguma feira, ganhamos bem mais".

Mesmo nos períodos de maior produção, a renda não atingiu o salário mínimo para aqueles que trabalharam mais, nem houve remuneração durante todos os meses para os trabalhadores. Esta situação repercutiu em depoimentos que demonstraram a insatisfação com a falta do trabalho e da renda. Na maioria dos depoimentos dos associados o trabalho é mais valorizado que a renda, havendo mais densidade destes discursos. Observamos também, na leitura das atas, uma grande capacidade produtiva dos associados, além da inventividade e criatividade de monitores, estagiários, técnicos, usuários e familiares na adequação das técnicas de pinturas utilizadas para cada encomenda às habilidades e capacidades dos mesmos.

Abaixo destacamos alguns registros que retratam o cotidiano da Associação, de acordo com o Livro I (2001 à 2004) e o Livro II (2005 à 2007). Nestes registros observamos que existem como assuntos predominantes os que revelam as encomendas feitas por empresas diversas, especificando-se a quantidade e os tipos de produtos, bem como as previsões e recebimentos de pagamentos, assim referenciados:

"Estamos conseguindo cumprir a encomenda da CJ (confeção e lojas que comercializam vestuário) antes do prazo. [...] No dia 23 [de março] deverá ser recebido o dinheiro da firma CJ correspondente a 250 sacolas. Recebemos [nova] proposta da CJ de estarmos tecidos para a confeção de roupas."

"A FS (farmácia de manipulação local) fez a encomenda de 500 imãs de geladeira."

"A CJ Solicitou da "cooperativa" bolsas pequenas, que serão vendidas nas lojas, sendo o valor total repassado para a "cooperativa". A M. (grande empresa montadora de

automóveis) também fechou com a "cooperativa" sacolas tipo embalagens. O pedido inicial é de 100 sacolas por mês."

"IS (profissional) informou que a M encomendou 250 bolsas grandes que irão para São Bernardo do Campo – SP, para uma feira de eventos [as bolsas foram produzidas em três semanas]."

"IS (profissional) falou sobre o contrato com a farmácia WE, onde serão produzidas 400 bolsas até o dia 05 de novembro [para um evento nacional antropológico]."

"ME (estagiária) levanta a pauta a respeito da produção de [100] bolsas para a Conferência da Terceira Idade. Ontem foi comprado parte do material a ser utilizado."

"IS fala sobre a nova produção que a Trabalharte fará para a Conferência de Saúde da População Negra. Ela reforça a importância de que haja a participação de todos, por ser um evento grande e por ter pouco tempo (prazo) para a entrega."

Também são referenciadas situações que retratam a qualidade do trabalho, a previsão de escoamento da produção, necessidades de mudanças tanto do ponto de vista produtivo quanto ao empenho dos associados, como pode ser constatado pelos seguintes registros:

"[...] a qualidade do trabalho está muito boa, mas estamos só com a M. como cliente certo, fixo."

"IS (profissional) informa que a remessa de 500 bolsas será findada nos próximos dias."

"IL (associado/usuário) fala da importância de haver uma intenção na arte, não basta fazer para vender. É preciso dedicação para se fazer com eficiência."

"JA (associado/usuário) expõe o problema de que algumas pessoas não se preocupam em fazer um bom trabalho, demonstrando falta de interesse em pintar e preocupação apenas com o pagamento, o que leva a um trabalho de baixa qualidade."

"JA (associado/usuário) lembra que o pagamento por hora não está proporcionando, necessariamente, a qualidade da pintura das bolsas."

Além destas situações encontramos as relacionadas como as preocupações dos associados devido a existência de estoques de produtos, bem como as oscilações que são vivenciadas pelos associados, em termos de ausência de trabalho, de material para a produção, carências de recursos humanos e materiais, bem como consequências e intencionalidades:

"IS (profissional) informa sobre a quantidade de bolsas que possuímos estocadas, devido estarmos com poucos clientes no momento. Propõe que talvez não seja possível continuar pintando nessa quantidade."

"IS (profissional) observou que a reunião está vazia e o motivo é a ausência de trabalho na 'cooperativa'. Enfatizou a importância das atividades continuarem no ateliê."

"AB (associada/usuária) fala que 'sente muita falta do trabalho'."

"SD (monitor) informa que não tem material de consumo na oficina de artes. Os usuários estão sem desenvolver as atividades que sempre desenvolveram. MP (associada/usuária) comenta que 'isso não é bom para a cabeça de ninguém.'"

"AX (associado/usuário) e outros usuários falam da falta de atividades no CAPS e na 'cooperativa'. Os usuários expõem sobre as dificuldades de estarem sem atividades."

"Debateu-se sobre o pouco número de técnicos do CAPS."

"Familiars mostraram-se indignados com a falta de materiais no CAPS. Mostraram também vontade de mobilizarem-se para reivindicar junto aos gestores."

"A 'cooperativa' fez uma doação de R\$4,00 para comprar açúcar e manteiga que estavam em falta no CAPS."

São predominantes também as discussões que retratam à insuficiência da renda, as formas de restituição da renda resultante da produção, gerando manifestações, explicações e apresentação de propostas para a efetivação e às formas de cálculo da mesma:

"Discute-se sobre a forma de pagamento da pintura; por hora ou produção."

"Os presentes novamente queixam-se da falta de pagamento pelo trabalho, aliás, AE (associada/usuária) falou que tem sido 'atormentada' por queixas de outras pessoas que querem saber quando vai sair o pagamento."

"IB (usuária/associada) levanta uma pauta questionando sobre a forma de remuneração: se mais justo seria pagar por tempo ou por quantidade (produção). O grupo aponta que neste processo tem que ser avaliado o que é melhor: ser contado por horário ou por quantidade."

"Discutiu-se sobre as dificuldades dessa nova forma de pagamento e, ao mesmo tempo, as vantagens da legalização da Associação. Debateu-se sobre os problemas da legislação, o que foi bastante questionado pelo YS (associado/usuário), que está muito insatisfeito com esta forma atual de repasse, que retira sua autonomia."

"LC (associado/usuário) queixa-se novamente de ter que trazer as notas para poder receber."

"IS (profissional) explica novamente a questão do pagamento: na 'cooperativa' não há salário, não há como garantir um pagamento mensal."

As dificuldades que são vivenciadas pelos associados referem-se à natureza dos vínculos existentes, que expressam distribuição de responsabilidades, organização interna, centralização de esferas de poder, podendo-se particularizar que decorrem da participação dos mesmos nesta Associação, refletindo o cotidiano que vivenciam, sendo ressaltadas:

"Foram feitas reclamações com relação às compras da 'cooperativa' que tem como responsável o AD (associado/usuário). O comprador não tem atendido aos pedidos, se atrasando, mesmo quando o pedido é feito com antecedência."

"JA (associado/usuário) fala sobre a necessidade de se organizar o atelier, as pastas de desenhos. As pessoas que usam o espaço estão deixando a mesa suja de tinta e não estão guardando os materiais."

"A área de produção ainda está muito centrada nos técnicos."

"Quanto aos problemas que vêm surgindo nas relações de trabalho, a maioria parece que consegue relevar os problemas que vêm em consequência das crises e algumas atitudes agressivas. Houve várias opiniões: YS (usuário/associado) acredita que é preciso não dar ouvidos, não dar confiança que dá bom resultado. Outros dizem que quando não estão bem, procuram se afastar do grupo para não haver conflito. LF (usuária/associada) contrapôs sua situação de afastamento devido a internação, sugerindo que deve-se ter tolerância com o afastamento das pessoas e que não deve haver pressão para muito trabalho."

"AD (usuário/associado) fala de sua dificuldade no momento, de estar inserido no trabalho da 'cooperativa', em função do seu estado mental. O grupo sugere que ele dê um tempo."

"PG (usuário/associado) estava afastado da "cooperativa" e pretende retomar seus trabalhos na pintura. O grupo se expôs bastante receptivo ao seu retorno."

"MP (usuária/associada) retornou hoje para a "cooperativa" e foi muito bem recebida pelos demais "cooperados"."

Com relação à participação de associados incluindo-se eventos, como os de economia solidária e da área de saúde mental, bem como visando a inserção no Conselho Municipal de Saúde, foram destacados nos registros de atas, sendo que os integrantes da Diretoria da Trabalharte os que mais participam:

"A Trabalharte e o Conselho Municipal de Saúde estarão promovendo este evento [18 de maio, dia nacional da luta antimanicomial], conforme foi acordado na reunião."

"Reunião Extraordinária da Cooperativa. Objetivo primordial: eleição de representantes para o Conselho Municipal de Saúde. A votação foi feita e decidiu-se que LS (associada/familiar) será titular e MP (associada/usuária) será suplente."

"MP (associada/usuária) comenta que ML (associada/familiar) ficou como titular e ela como suplente, ambas conselheiras de saúde."

"MP (associada/usuária) nos informa que esteve ontem em Belo Horizonte com a SM (profissional) num evento sobre a regulamentação das leis estaduais da reforma psiquiátrica. MP nos adianta informações dizendo, por exemplo, que o choque elétrico e os maus-tratos praticados por funcionários dos hospitais foram proibidos."

"LS (associada/familiar) diz que a Conferência Municipal de Saúde foi satisfatória. Ela espera mudanças positivas."

"RQ (estagiária) e MP (associada/usuária) se dispuseram a viajar para Belo Horizonte para trabalharem na feira de economia solidária."

"ME (associada/usuária) fala da sua participação no evento do Fórum de Economia Solidária em Muriaé [MG]. Trouxe bolsas da feira de trocas."

A ampliação do conhecimento sobre a Trabalharte implicou também na realização de entrevistas, que nos possibilitaram ter acesso a depoimentos contributivos para o nosso estudo.

4.2.3 Vozes em desinstitucionalização, incluindo o trabalho

A amostra que selecionamos para a realização das entrevistas foi integrada por sete usuários do Centro de Convivência, integrantes da Trabalharte, com vínculo formal ou informal, pois o grupo considera aqueles que se vinculam às atividades desenvolvidas junto à Associação, também sócios, mesmo que na condição de informais.

A escolha dos entrevistados ocorreu a partir da avaliação feita por nós, de acordo com discussões que realizamos com outros profissionais integrantes das equipes que trabalham no referido CAPS e no Centro de Convivência. Nesta avaliação ponderamos sobre a necessidade de selecionar usuários com condições de compreenderem o roteiro da entrevista, assim como da possibilidade dos mesmos oferecerem informações a partir da articulação de idéias, opiniões e críticas a respeito das questões que lhes seriam apresentadas. Dessa forma, o critério de seleção dos entrevistados pautou-se pela condição destes encontrarem-se preservados de prejuízos cognitivos mais acentuados, causados tanto pelos transtornos mentais quanto pelo processo de cronificação.

Com base nestes critérios selecionamos quatro usuários que freqüentavam o CAPS para tratamento e o Centro de Convivência para continuidade da reabilitação psicossocial. Três entrevistados realizavam o tratamento no Programa Transtorno do Humor – PTH - (serviço ambulatorial vinculado ao DSME que oferece consultas psiquiátricas e psicoterapia), e freqüentavam o Centro de Convivência. Dois entrevistados receberam alta do CAPS, que freqüentavam como alternativa de convivência e para realização de atividades artísticas e produtivas. Continuavam realizando acompanhamento médico – no CAPS e no PTH (houve uma transferência do CAPS para este Programa).

a- perfil dos entrevistados

A caracterização destes entrevistados em termos de perfil inclui a faixa etária compreendida entre 32 e 49 anos de idade; quatro do sexo feminino e três do sexo masculino. Com relação à escolaridade encontramos: dois com o primeiro grau completo e cinco com o segundo grau, (destes três cursaram técnico em contabilidade, um realizou o curso de eletrônica e uma fez o curso normal). Seis entrevistados encerraram o curso antes do adoecimento mental e um fez o curso em período de tratamento que iniciou-se aos 08 anos de idade

"[...] por crises convulsivas que eu dava. Minha família não tinha muitos conhecimentos, muito simples, muito humilde, pobres sem formação. Então me levou num neurologista que falou 'o problema dele é psiquiátrico'. E comecei a tomar medicação e fazer consultas com um médico psiquiatra. Até uns doze anos eu fui atendido. Quando por volta de doze anos, mais ou menos, a minha mãe – nós éramos uma família muito numerosa, oito filhos – não dava conta de dar essa assistência, me levar ao médico, fazer o acompanhamento, as consultas eram demoradas, era pelo SUS. Ela interrompeu o tratamento. Então, dos meus doze aos meus dezoito anos eu fiquei à deriva com o tratamento" (E7).

As experiências de trabalho foram limitadas para a maioria dos entrevistados, em termos de emprego formal. Dois entrevistados, num período anterior ao que foi acometido por transtornos mentais, trabalharam como auxiliares de serviços gerais; um em escritório de engenharia; e outro numa fábrica de tecidos. Uma entrevistada trabalhou por três meses num escritório de contabilidade, em período posterior ao adoecimento. Uma das entrevistadas é dona de casa. Outro entrevistado trabalhou por um período maior, conforme depoimento:

"Cheguei a trabalhar como técnico em aconselhamento em dependência química [...] numa equipe multidisciplinar aqui no SM (hospital psiquiátrico). [...] Tinha vínculo trabalhista, recebia. Não tinha carteira assinada porque a gente não chegou a constituir firma. A gente estava constituindo. Era um grupo autônomo, e a gente fazia do hospital um hospital dia por nossa conta [...]. Não deu certo em termos porque eu saí, eu tive um problema, voltei [...] porque esse trabalho era contra [...] era para recuperação de drogadito. [...] Eu acabei recaindo. Aí ficou uma coisa incoerente, eu falo pra você não usar droga e uso. Não vale, não é? Aí eu saí" (E7).

O mesmo entrevistado mencionou outra experiência:

"[...] eu tinha dois empregos, eu era moto-boy nessa época [em que passou a receber o auxílio doença]. Eu trabalhava entregando água durante o dia e à noite entregando pizza. Tinha carteira assinada, pagava as contribuições, os impostos. [...] [nessa época] não estava bem. Eu vivia em surto, andava pela rua dirigindo moto, cantando

eloquentemente. Usava droga, causava acidente, o guarda me parava, ficava nervoso e abafava. Às vezes me tomava dinheiro" (E7).

Quanto à moradia, um entrevistado mora sozinho; uma entrevistada é divorciada e mora com um filho; os outros cinco residem com familiares (pais, irmãos e outros). Excetuando-se uma, os demais entrevistados encontram-se na condição sócio-econômica de pobreza, com renda familiar variando entre um a dois salários mínimos. Três são beneficiários do INSS (auxílio doença, BPC e pensionista) sendo que em uma situação o benefício é recebido pela mãe que o administra; uma entrevistada recebe pensão após o divórcio; e três são dependentes dos familiares. Em três casos a renda obtida é administrada pelo próprio entrevistado.

Duas entrevistadas que dependem dos seus familiares e um entrevistado que mora com os mesmos expressaram que:

"Em casa, por exemplo, eu sou uma pessoa muito humilhada, eu sou uma pessoa que fica de lado, não valorizam o que eu falo" (E3);

[desejo] "deixar de me colocar nas mãos do meu pai financeiramente. Eu sou dependente dele até hoje, não sou aposentada, o governo não me aposenta" (E5);

"[...] eu tenho quarenta anos, já era pra eu estar com a minha vida definida, tendo a minha casa. Casa essa que eu perdi" (E7).

b- transtornos mentais: diagnóstico e tratamento

Quanto aos transtornos mentais, todos os entrevistados estavam diagnosticados com níveis severos e persistentes: psicoses ou transtorno bipolar, sendo que dois casos estavam associados ao consumo de álcool e outras drogas; e outros dois à deficiência mental leve.

Com relação à experiência com internação em hospital psiquiátrico apenas uma entrevistada revelou que não passou por esta situação. Os demais passaram por repetidas internações, em períodos curtos ou longos.

Os entrevistados revelaram que fazem uso de medicação anti-psicótica e/ou estabilizador do humor, sendo que apenas um informou que há dois meses está sem medicação, mas que está fazendo psicoterapia acreditando estar melhor. E ainda, sobre estar atento à possível necessidade de medicação manifestou:

"Não, não estou atento não. Estou desfrutando. Estou desfrutando, estou comemorando a minha liberdade, porque a medicação, ela te deixa alienado. Se ela faz um bem mental, que eu até questiono hoje, ela te deixa alienado, ela diminui a sua potência sexual. Ela tem a parte danosa. E essa parte danosa me preocupa" (E7).

Além disto dois expressaram sobre a condição em que se encontravam:

"[...] eu fui designado aqui pra cima, pro centro de convivência, porque eu já melhorei, meu tratamento está em bom andamento" (E1).

"Eu hoje estou assim, praticamente estou bem! Estou quase curada" (E3).

Com relação à cronificação, encontramos nos textos consultados como principal fator deste estado as internações prolongadas, situação identificada com a institucionalização de pacientes psiquiátricos. Para os fins deste estudo, utilizamos a categoria cronificação como expressão dos prejuízos pessoais e sócio-econômicos causados pela institucionalização. Entendemos que a cronificação determina a exclusão a que queremos referir como o impedimento ou a dificuldade de acesso ao trabalho, à renda, aos bens de consumo e principalmente à autonomia e à independência. Ou seja, uma exclusão que restringe direitos inclusive os de cidadania.

Dentre os entrevistados que opinaram sobre a cronificação, não existe apropriação desta expressão, assim como não identificaram que os prejuízos que levam a exclusão podem ser determinados por esta situação. Têm a percepção de que suas dificuldades são decorrentes dos transtornos mentais e, por esse motivo, acabam sendo imputados como de ordem individual:

"É uma ajuda enorme de vocês da Prefeitura. Pensaram muito bem neste setor, porque a gente da psiquiatria fica jogado pela rua, ninguém dá serviço não, fala: 'há, não agüenta serviço, bebe remédio'. Quer dizer, arrumaram um serviço mais fraquinho, mais devagar, que são as artes, fazer artes, pra gente trabalhar e ainda reverter a renda financeira pra gente" (E1).

"Quando eu vim pro centro de convivência, o primeiro controle que eu fiz com a Dra. IS foi no dia da luta antimanicomial. Quando ela falou da luta eu levei um susto, eu falei: não, o hospital é melhor. Levei um choque. Eu não compareci no dia da luta, boicotei e falei com a IS que eu era a favor do hospital, que no hospital eu tinha me ressocializado. (E7).

"Os dois são bons [o hospital psiquiátrico e o CAPS]" (E2).

O depoimento de um dos entrevistados sobre o tratamento hospitalar revelou ser este a única opção, num passado recente da sua vida:

"Quando foi agora, nos últimos dois anos, foi que eu tive mais crises, pesadas mesmo, que eu me internei na psiquiatria mesmo" (E7).

A manifestação de medo diante do ambiente hospitalar expressou a violência e ameaça que para este entrevistado já eram conhecidas:

"Num primeiro momento foi muito ruim porque eu levei um susto, tinha medo, tinha medo de apanhar, tinha medo de ser estuprado, violentado, porque acontece isso lá dentro, eu vi" (E7).

A experiência que vivenciou reflete as condutas que passou a adotar visando conquistas e/ou permissões que lhe garantiam se manter no ambiente hospitalar, mantendo hábitos que parecem não ter correspondência com as necessidades do tratamento que requeria:

"Quando estava já nesse segundo mês [de internação] eu consegui me adaptar ao hospital, consegui fazer laços afetivos com o hospital. Comecei a cuidar dos pacientes, a dar banho nos pacientes, a pentear o cabelo dos pacientes. Aí isso me fez ver que aquilo ali era a saída, pra não correr os riscos que eu tinha medo. Até a dona do hospital passou a me liberar pra eu poder ir pro pátio, fazer trabalho de pintura, pintar meio-fio, ficar na portaria recebendo carros, recebendo pessoas, atendendo telefone. [...] quando eu queria droga no hospital eu conseguia com o [funcionário], [...]. Quando eu queria passar o dia inteiro dormindo, eu dava mais cigarros pro [funcionário], eles me davam mais comprimidos durante a noite, aí eu dormia a noite e o dia, ninguém me incomodava. Não estava a fim de fazer nada [...]. Quando eu não estava a fim de dormir e passar a noite virado jogando baralho, dava cigarros, dinheiro, dez reais, também não tomava medicação. Então era um grande negócio. Eu que determinava o meu tratamento, porque também já tinha conhecido o sub-mundo da droga que funciona nessa mesma metodologia. Você pode comprar as pessoas, você pode negociar, não tem valores, não existe valores. Existem bons profissionais, conheci bons profissionais nesses hospitais" (E7).

As complementações feitas por este entrevistado são essenciais para a compreensão do entendimento que passou a ter diante das circunstâncias em que se colocavam para que pudesse garantir a sua existência, associando-se à participação de recursos institucionais, legais e familiares:

"E então, fiquei no primeiro mês acuado. Quando foi o segundo mês eu fugi. Aí eles chamam a polícia, chamam a ambulância, capturam o sujeito igual a um prisioneiro. [...] É, passei aquela vergonha toda na rua. Pessoas que me conheciam presenciaram. E pegou e me voltou para o hospital, e minha família me interditou judicialmente. [...] Aí eu tive que cumprir mais três meses de internação compulsória. [...] Depois disso eu tive mais duas internações [...]. E a minha mãe foi no médico apavorada, me levou ao médico e chegou lá e falou assim: 'ele usa droga e mistura com remédio!' Aí o cara falou assim, 'interna'. Bateu o martelo. E eu falei: 'eu não usei droga, eu estava dormindo, ouvindo rádio'. Mas doente, convalescido com a medicação, eu não tinha coerência para argumentar. Ele bateu o martelo, 'interna', eu fui parar no hospital mais trinta dias" (E7).

E a falta de perspectiva em relação à vida, de um modo geral, num passado recente, pois há um ano este entrevistado não é internado:

"Passei a viver isso, mas dentro da psiquiatria ocorreram coisas, assim, muito lamentáveis, concernente a perspectivas de melhora, porque ela te suga a ficar lá dentro. Você entra com uma proposta de ser asilar, de se tornar asilar. Lá tem muito asilar. Então, ser asilar é um negócio. Eu pensava que eu ia ser. Eu pensei que eu ia ficar morando lá" (E7).

c- experiência adquirida nos serviços de desinstitucionalização

A situação retratada pelo entrevistado 7 nos possibilita iniciar as manifestações que nos foram apresentadas sobre a vivência em serviços de desinstitucionalização. A partir do que foi expressado por este, em situações anteriores a esta vivência, podemos perceber pelo seu depoimento como passou a sentir, considerando que se encontrava nos últimos seis meses freqüentando o Centro de Convivência:

"O centro de convivência é uma modalidade muito nova pra mim de tratamento. Sou muito livre aqui dentro, e expandiu meus relacionamentos aqui dentro. Eu me relaciono com todo mundo aqui, da faxineira ao LL, a todo mundo. [...] Quando eu peguei o encargo na tesouraria da Tralhartarte, pra mim foi um susto porque você ter uma atitude desonesta no passado e de repente você ter um dinheiro na sua mão, você contrapõe e fala: 'e agora, será que eu vou dar conta?' essa foi a primeira coisa que veio na minha [cabeça]: 'será que eu vou me comportar'. Mas eu descobri que eu sou uma pessoa honesta, capaz de gerenciar algo com muita propriedade, sem que o meu passado vire um fantasma atrás de mim, 'vou te pegar', ou coisas dessa natureza. Assim que funciona dentro da Tralhartarte, por isso que eu consigo desenvolver, comecei a aprender a pintar, que eu gosto. Não sei desenhar, sei pintar, misturar as tintas, apanhei vínculo muito forte com os estagiários, brinco muito com eles" (E7).

Na perspectiva da reabilitação psicossocial, os entrevistados reconheceram que as atividades desenvolvidas junto a Tralhartarte promovem habilidades, sendo a produção artística a motivação maior e o trabalho burocrático reconhecidamente necessário, incluindo o exercício em cargos da Diretoria - motivo de orgulho, valorização, aprendizagem, responsabilidade, liderança etc. Também por estar participando desta Associação tem sido possível a obtenção de conhecimentos sobre os direitos do portador de transtornos mentais, a libertação do medo que ficou impregnado com o tratamento hospitalar e as possibilidades de ampliar o relacionamento, participação em eventos, em atividades de planejamento da Associação:

"Eu faço atividade com arte. [...] Tenho reuniões, as reuniões da diretoria da Tralhartarte que a gente faz o planejamento do último ano, e têm as exposições, as

feiras livres [...]. Fui a Muriaé (MG) pela Trabalharte, representando a Associação. Participo das reuniões, do fórum de Economia Solidária, da RESJUF, a Rede de Empreendimentos da Economia Solidária" (E1).

"Aqui [no centro de convivência] eu canto e desenho. Fiz um quadro [que foi vendido]. [...] As bolsas, de vez em quando eu pinto bolsas também, quando tem bolsas pra fazer. [...] Eu sou Secretário da Trabalharte; eu tenho a função de copiar o que eles falam, participar com eles. [...] Ainda não estou fazendo não [as Atas da Trabalharte]. Estou treinando. Estou [participando das reuniões]: a de terça feira [de reuniões da Diretoria]. Estou participando das duas" (E2).

[a experiência na Trabalharte é] "muito boa. Foi uma coisa útil, uma coisa que eu aprendi a enxergar um pouquinho o que é a arte, e também a parte burocrática. Voltei a ter uma noção dentro do ramo da contabilidade. Porque eu passei a fazer parte da Diretoria, e também peguei responsabilidade da parte burocrática, da contabilidade, boletim de caixa, e também um pouquinho como chefia, como presidente e tesoureira" (E3).

"Tenho aprendido coisas novas. Sobre as Leis, os direitos e deveres do doente mental. Aquela Lei que a FE [estagiária] mostrou pra gente. Está aqui o papel. Agente aprende mesmo. Nós discutimos, eu, a FE e a RO [usuária]. [...] eu tenho direitos, eu estou no centro de convivência, ninguém pode chamar a polícia, o Samú pra gente mais. [...] só quando você está muito nervosa, quando não tem jeito mesmo é que encaminha pro HPS (Hospital de Pronto Socorro onde funciona o Serviço de Urgência Psiquiátrica - SUP)" (E4).

"A convivência com um e com outro ali, como eu falei com a IS (técnica) tirou meu medo de lidar com pessoas. Os hospitais psiquiátricos me trouxeram isso, o medo de pessoas. E aqui esse medo desapareceu. Dentro da Trabalharte eu comecei a estudar, principalmente com O MDF [tipo de material utilizado em oficina de artesanato], e me identifiquei com a pintura [...]; mexer com o MDF e com pintura é deixar a mente se elevar pelo que está no inconsciente e transbordar naquela pintura, esse tipo de coisa" (E5).

"Eu frequento o CAPS e o Centro de Convivência. Eu gosto dos dois (E6).

"Porque quando você pega um cargo da tesouraria igual eu peguei, você acaba exercendo uma certa liderança, mesmo que pequena e limitada, mas as pessoas recorrem a você, te vêm como referencial em certos tópicos, em certas coisas" (E7).

d- cooperativismo e economia solidária: possibilidades de trabalho

O conhecimento acerca do conceito de cooperativismo era limitado para alguns que alegaram pouco contato ou dificuldade com as discussões, ou queixaram da falta de orientação e investimento dos técnicos visando a apropriação do mesmo. Para outros prevaleceu a associação conceitual com a expressão "união" das pessoas.

Eu acho que é trabalhar em conjunto, ajudando uns aos outros. A Trabalharte é uma cooperativa. Agente trabalha em sistema de cooperativa, mas ainda não é uma cooperativa, é uma Associação. Mas agente já está vendo pra agente ser uma cooperativa" (E1).

“É uma união?” (E2).

“É uma parceria entre várias associações e cooperativas que trabalham em conjunto, cada um com sua arte, e ter essa parceria de trabalhar junto, ter uma proposta de renda, seja ela qual for, talvez mensalmente ou periodicamente, de cada evento, de acordo com a venda. É muito legal essa parceria, esse vínculo com as pessoas” (E3).

“Cooperativismo é uma reunião de pessoas que tratam de um mesmo fim, têm um mesmo fim. Isso que eu acho que é cooperativismo, na minha opinião” (E4).

“Quando eu comecei aqui eu não entendia o que estava acontecendo de nada. Como eu te falei, eu dei um pulo no escuro. Aí tem um erro também da trabalharte comigo, ainda eu vou conversar com a IS (profissional) quando eu tiver oportunidade. Eu entrei sem saber de nada, o quê que era. [...] Quer dizer, ninguém me explicou nada de nada, eu ficava perambulando por aqui sem saber o quê que era, e às vezes me pego ainda no ar, o quê que está acontecendo” (E5).

“É a união das pessoas” (E6).

“O cooperativismo é todo mundo cooperando pra produção [...], todo mundo se sentir integrado na produção [...]; não vai haver uma hierarquia. [...] É a coisa gostosa do negócio, entendeu?” (E7).

Quanto à economia solidária também as dificuldades de conceituação foram evidenciadas por motivos semelhantes, sendo que apenas um dos entrevistados revelou comparação com o capitalismo, chegando a reconhecer a necessidade de estratégias para comercialização dos produtos da Associação:

“Seria pra ajudar as pessoas mais pobres, que não têm uma renda muito alta, então faz parte da economia solidária pra ter uma renda; se precisar de terapia, do centro de convivência, do CAPS, pra juntar [trabalho e tratamento]” (E1).

“É ser solidário, né? É ser bom, distribuir” (E2).

“Economia solidária é um trabalho, é um movimento, parceria com outras entidades, com outros empreendimentos. Você também se solidariza, você compartilha, troca de mercadorias, vende. Nos eventos estão os estandes um ao lado do outro, dialogando, você conhece todas as pessoas ou muitas delas, quase todas. Você participa de empreendimentos grandes, como eu já participei, a trabalharte já participou, como o de BH (Belo Horizonte-MG) que ocorreu no mês de novembro do ano passado, meia semana de trabalho lá em BH, um evento grande” (E3).

“Economia solidária, tentar arrumar um dinheiro que todos nós podemos receber. É isso que eu acho que é economia solidária” (E4).

Não tem opinião (E5).

“Ajuda de uns pros outros” (E6).

“[economia solidária está associada] à noção de preço justo pelo produto final, sem visar a exploração, o lucro excessivo. A gente trabalha dentro da economia solidária, mas vivemos debaixo do sistema capitalista massacrante, o que é um outro desafio

você sobrepor a isso, sair sobre isso. (...) quando você vai expor seus produtos no mercado, você também se interessa por esse caminho (...) tem que entrar por essa via pra poder colocar o seu produto, e o seu produto não é um produto que vai ter uma aceitação pelo preço, mas sim pelo prazer de ser consumido, porque ele tem uma história. É um produto que tem uma história, ele não tem um merchandising, é diferente" (E7).

Além destas informações dois entrevistados avaliaram espontaneamente o significado do trabalho na perspectiva do cooperativismo e da economia solidária, reconhecendo-se as possibilidades de convivência, como proporcionadoras de conhecimento sobre outras pessoas em situações diferenciadas, valorizando-se os relacionamentos, a adequação do *lugar* para o portador de transtornos mentais, a parceria que se estabelece na produção, a busca por melhorias:

"Eu estava falando para outras psicólogas, é uma coisa muito importante estar podendo juntar com mais pessoas e fazer o trabalho, porque a gente vê que tem pessoas piores e melhores do que a gente. Aí a gente se encaixa no trabalho pra fazer melhor" (E1).

"Faz muito bem a mente estar aqui. [...] É uma parceria entre várias associações e cooperativas que trabalham em conjunto, cada um com sua arte, e ter essa parceria de trabalhar junto, ter uma proposta de renda, seja ela qual for [...]. É muito legal essa parceria, esse vínculo com as pessoas. [...] É vantajoso [esse tipo de contato e relacionamento], ajuda ao paciente com transtorno mental a ter um trabalho diferente, é uma oportunidade, é um motivo. Oportunidade de você despertar, de fazer amigos, ter amizade, contato com outras pessoas, outros lugares, outras cidades, ou na própria cidade que estamos. [...] Porque as pessoas que estão ao nosso lado, elas se sentem valorizadas e têm sentimentos" (E3).

Com relação ao sentido atribuído ao trabalho pelos entrevistados, tem mais importância os ganhos afetivos e sociais proporcionados por laços de amizade e convivência que favorecem a inserção em grupos diferenciados e novas relações inter-pessoais; e cognitivos, através da aquisição de conhecimentos e habilidades. Estes expressam componentes do processo de reabilitação, contribuindo para minimizar prejuízos e limitações causados pelos transtornos mentais e pela sua cronificação:

"É isso que eu acho, essa idéia foi muito importante mesmo, essa de juntar a gente pra fazer arte, pra fazer uma terapia, e ainda trazendo renda financeira. [...] [Trabalhar significa] levar uma vida normal, não ficar perambulando por aí, pela cidade". (E1).

Não opinou (E2).

"É uma coisa muito útil e que você além de aprender várias coisas, você se familiariza com colegas de trabalho, você distrai a sua mente, você busca outras coisas, outros conhecimentos, você aprende mais, aprende coisas diferentes,

compartilha com outras pessoas o que você sabe. As conversações, os diálogos. É muito útil estar fora de casa para trabalhar" (E3).

"Eu não tinha aonde ir, eu ficava pensativa em casa, eu ficava nervosa, nervosa. E então agora eu me acalmei, graças a Deus. [...] e eu não estou muito visando dinheiro. Pra mim é uma terapia ocupacional" (E4).

"[o trabalho significa] Ser alguém na vida, como ser humano" (E5).

"Ajuda no desenvolvimento, distrai a mente, senão fica pensando coisas" (E6).

"Esse trabalho me agrada, me interessa. É mais humano também" (E7).

A obtenção da renda tem relevância, porém, a precariedade com que se desenvolveram as atividades parece contribuir para que este fato fosse relevado diante dos ganhos mencionados. Mesmo assim, chegaram a expressar sobre a necessidade de manutenção deste espaço e reconheceram a fase em que a Associação se encontrava. Além disto, um entrevistado manifestou valorização sobre o que lhe era pago na Associação, considerando que além deste rendimento possuía benefício previdenciário.

"É precária a renda da Tralharte por que a Tralharte ela está desassistida pelo órgão municipal. Então a Tralharte está se descaracterizando. Se a gente não lutar, definitivamente, a Tralharte vai assumir o papel da Prefeitura aqui dentro do Centro de Convivência. E isso não vai ser legal. E se a Tralharte sair, o Centro de Convivência fecha; e se o Centro de Convivência fechar, a Tralharte não existe"(E7).

"Está dando pra pagar [as contas no final do mês com o salário que recebe da previdência]. Não dá é pra eu me vestir muito bem. O salário é muito pouco. Mas o dinheirinho aqui do centro de convivência, do CAPS, das exposições, às vezes quando vem eu compro uma roupa novinha" (E1).

4.3. Existem caminhos, mas é necessário refinar os conceitos

O conteúdo que expusemos, que expressa a sistematização das informações coletadas tanto nos livros de reuniões quanto nas entrevistas, nos possibilita refletir sobre a Tralharte como mais uma das experiências de criação de estratégias para que serviços desinstitucionalizados possam oferecer ao portador de transtornos mentais possibilidades de trabalho.

A correlação que fazemos com o que abordamos nos três primeiros capítulos se evidencia primeiramente no reconhecimento de que em Juiz de Fora, com as dificuldades e limitações mencionadas, existe a busca pela concretização do que tem sido difundido como

serviços substitutivos. Por meio do acesso a informações percebemos que profissionais, usuários e familiares têm buscado acompanhar os considerados avanços para além da simples desospitalização.

Reconhecemos que, em Juiz de Fora, a tentativa de se instituir a *Trabalharte* articulando-se com a *Intecoop*, constituiu um avanço para a entidade inserida na realidade que retratamos. Devemos reconhecer suas contribuições em termos de assessoria e de acompanhamento das atividades.

Reiteramos que a realidade que encontramos tem, segundo a nossa percepção, correspondência com o que em outros municípios foi e/ou continua sendo efetivado, considerando-se as experiências anteriormente apresentadas. Fases de idealização, construção, implementação, realizações possíveis e expectativas de superação dos limites e de obstáculos, bem como de não continuidade.

Neste sentido ressaltamos que a *Trabalharte* está vivenciando sua experiência neste início de milênio, e este é um dos momentos críticos em termos conjunturais. Estamos nos deparando com a agudização das contradições sociais, que pareciam não ser tão profundas quando foi desencadeada a Reforma Psiquiátrica Italiana, que ofereceu subsídios para as discussões e formulação de estratégias para esta Reforma no âmbito brasileiro. Também não nos encontramos mais no momento em que a CUT pensou na inserção da economia solidária como potencialidade para o enfrentamento da questão do desemprego.

O real então está posto e é este que nos move. Frente a este real precisamos ampliar as nossas reflexões sobre o que encontramos. Histórias de desinstitucionalizados que estão "apostando" nas alternativas de serviços como CAPS, Centros de Convivência, Oficinas de Produção e Terapêuticas, que lhes estão sendo ofertados. Para estes portadores de transtornos mentais é que precisamos continuar a nossa luta, pois os resultados apresentados nos mostram o quanto necessitam destes tipos de serviços. O reconhecimento que expressaram e as tentativas de "acerto" ficaram evidentes.

O acesso a espaços que lhes proporcionam vivências de afeto, ampliação de relacionamentos e de possibilidades de inserção em experiências de participação social no contexto capitalista neoliberal, como Conselhos, eventos, campanhas, feiras, também têm o reconhecimento dos envolvidos neste nosso estudo. Acrescido ainda da aprendizagem quanto ao funcionamento de uma Associação, desempenho de papéis, atribuições, responsabilizações, capacitação para atividades laborativas, incluindo-se a ampliação sobre a lógica do mercado capitalista, considerando-se a demanda por produção, dimensões da comercialização, necessidade de recebimento e de distribuição de ganhos.

Certamente estas conquistas são inestimáveis, mas comparando-se ao que vem sendo ofertado para a maioria da população pela sociedade contemporânea (causando pauperização e agudização da situação de miséria), nos parece sobreestimado. Mas está é mais uma constatação de que as conquistas do capitalismo parecem não ser passíveis de finalização. Por isto também consideramos importante ampliar as nossas reflexões sobre a particularidade do nosso estudo, mostrando que as contradições se revelam sob mais aspectos.

Entre estes mencionamos a maneira pela qual a chamada vulnerabilidade individual se relaciona com a condição de portadores de transtornos mentais para o desenvolvimento de atividades de trabalho. Outro relaciona-se à forma como a vulnerabilidade social os expõe a condições que determinam, no caso dos entrevistados, pobreza e/ou dependência financeira, mesmo trabalhando. Podemos indicar que existe a persistência de situações que determinam a interrupção do desempenho das atividades produtivas, seja por períodos mais curtos ou mais longos; seja no decorrer de algumas horas num dia de trabalho, a maioria das vezes sob alegação de cansaço mental ou físico. Exemplificando, houve um caso, dentre os entrevistados, em que a associada se afastou por um período de aproximadamente seis meses devido a sobrecarga de trabalho para a sua condição. Em situações como esta, o afastamento do trabalho determina a suspensão da renda (já insuficiente), uma vez que o vínculo de trabalho é marcado pela informalidade.

O caso de Juiz de Fora se assemelha ao que é avaliado por Ferreira (FOLHA DE SÃO PAULO, 2007): a renda obtida pelas iniciativas de trabalho nas experiências desenvolvidas em Porto Alegre, organizadas sob a denominação Geração Poa, ainda é insuficiente, e até 2004 não havia formalização das iniciativas de geração de trabalho e renda vinculadas aos serviços de saúde mental daquela cidade (FERREIRA, 2006).

Segundo Monnerat (2006) Pazos (2006), as experiências de geração de trabalho e renda do município do Rio de Janeiro (RJ) também se organizam enquanto Associações, sendo consideradas "cooperativas informais". Recebem o apoio e investimento de instituições governamentais e não governamentais vinculadas a entidades e serviços de saúde mental, com a participação de técnicos, usuários e familiares.

O mesmo ocorre em Campinas. Segundo Alcântara (2006), usuários, técnicos e familiares vinculados ao programa de geração de trabalho e renda junto aos serviços de saúde mental do município formaram uma Associação com o objetivo de viabilização administrativa, financeira e comercial das oficinas que também funcionam como cooperativas informais.

Consideramos assim que – existindo a condição de vulnerabilidade social associada à condição de transtornos mentais – a política e os serviços assistenciais que propõem desenvolver atividades de geração de trabalho e renda devem fazer investimentos de recursos que possibilitem o enfrentamento da precariedade com que se inserem parcelas da população em oportunidades de trabalho, pois a contribuição é restrita ou inexistente para a superação da condição de vulnerabilidade. Esta é a forma pela qual, mesmo trabalhando, permanece a condição.

Os ganhos obtidos com o desenvolvimento de atividades de trabalho, na experiência estudada, que vem se desenvolvendo desde 1999, não repercutiram até aqui no enfrentamento da condição de impedimento ou dificuldade de acesso à renda digna, que expõe o grupo considerado a situações de pobreza e dependência.

Se a cronicidade, como aponta Saraceno (1999, p. 56), apoiado nos estudos de Ciomp, consiste num "artefato social" resultante de processos psicossociais, não pudemos deixar de contextualizar as condições sócio-econômicas, em grande parte, determinantes da cronificação, examinadas nos capítulos anteriores. Cabe-nos ainda correlacionar tal contexto às condições materiais de desenvolvimento da experiência analisada que busca seu enfrentamento, a fim de proceder uma avaliação da mesma, bem como do favorecimento do exercício do direito ao trabalho que encontra-se legitimado.

Consideramos fundamental avaliar as condições institucionais onde se desenvolve o trabalho dos associados, como também na institucionalização do grupo de trabalhadores que criou a relação de dependência denunciada pelo entrevistado em tópico anterior ("se a Trabalharte sair, o Centro de Convivência fecha; e se o Centro de Convivência fechar, a Trabalharte não existe").

Não podemos deixar de considerar como preponderante no cenário de desenvolvimento das políticas públicas a tendência para promoverem a terceirização dos serviços. Esta é a realidade na qual atuamos. Também está posto que a estratégia constitui a principal argumentação daqueles que defendem a tese de esgotamento do Estado implicada no recrudescimento de práticas liberais, que vêm determinando a precarização da assistência e recuo dos direitos já conquistados, especialmente os relativos ao trabalho.

Acontece que, nesta avalanche de criação de ONGs, determinadas a prestar serviços assistenciais (muitas delas formadas por técnicos desempregados), de publicações de editais para financiamento de projetos emanados de várias instituições governamentais, de parcerias público-privadas, e da crescente privatização dos fundos sociais, ganhou vulto, determinado

por um outro processo, de busca de estratégias de sobrevivência de grupos que pertencem a segmentos vulnerabilizados, a criação deste tipo de organização.

Existe uma complexa relação das organizações que se formaram em torno da luta pela Reforma Psiquiátrica e as iniciativas de geração de trabalho e renda junto aos serviços de saúde mental. Algumas organizações sem fins econômicos (Associações) foram criadas para dar sustentação fiscal às iniciativas. Porém, outras destas, que agregam usuários, familiares e técnicos, apesar de darem sustentação a tais iniciativas, possuem uma trajetória pertinente ao campo dos movimentos sociais. Como avalia Silva (2006), o "esforço militante" é muitas vezes um componente fundamental para o desenvolvimento destas experiências de geração de trabalho e renda.

Não negamos serem portadores dos riscos e prejuízos conseqüentes da diminuição dos gastos públicos os esforços para os sujeitos não integrados desenvolverem atitudes autônomas, aquelas relacionadas ao trabalho auto-gestionário, que poderão repercutir numa autonomia desprovida de suportes, como nos alerta Castel (1998). Também consideramos que o problema relativo às "cooperativas informais", que implica na falta de suportes sociais, recai na ilegalidade de seu funcionamento que repercute na falta de regulamentação das relações de trabalho que vêm se tornando, conforme expressão dos entrevistados, motivo de insatisfação devido às "saídas possíveis" que vêm sendo encontradas para viabilizar as iniciativas econômicas. Isso vem causando distorções no que diz respeito ao estatuto legal e à compreensão que os trabalhadores podem fazer de direitos e deveres nas relações que estabelecem entre si, com a sociedade e com o Estado.

As características peculiares aos grupos de trabalho provenientes destes segmentos, organizados enquanto Associações ou informais, em nossa opinião, os constituem como protótipos das cooperativas sociais, cujo modelo nos remete à experiência italiana e apontam para situações que também podem representar riscos no que se refere à terceirização da assistência.

Reiteramos que as experiências que apontamos, relativas à geração de trabalho e renda junto aos serviços de saúde mental em municípios brasileiros, especialmente a que estudamos, revelam distorções e precariedades que requerem urgência na correção do rumo tomado, o da informalidade e renúncia fictícia ao interesse na atividade econômica (caso das Associações), sob pena de sucumbirem frente às dificuldades que vêm enfrentando. Neste sentido retomamos Castelfranchi (apud SARACENO, 1999: 59), "a influir sobre o resultado final [dos processos de reabilitação] estão, quer as expectativas em si, como fenômeno psicológico-

relacional, quer os fundamentos dramaticamente materiais das expectativas (pobreza, relações, direitos, etc.)".

Acreditamos que a política que preconiza a geração de trabalho e renda, pautada pelo avanço da condição de cidadania desde a ampliação de direitos, especificamente, pela garantia do direito ao trabalho, deve considerar os aspectos relativos à proteção social e a garantia da renda mínima, levando-se em conta as especificidades da situação de vulnerabilidade.

Contudo, este fato não encerra a questão. Existem evidências de que o trabalho contribui para uma existência mais digna, dotada de sentido, como depuseram nossos entrevistados, podendo "promover um processo de articulação do campo dos interesses, das necessidades, dos desejos" (SARACENO, op. cit.: 126). Retomando, o sentido e o valor que são atribuídos ao trabalho na sociedade capitalista influenciam e determinam os benefícios que os portadores de transtornos mentais gravemente desabilitados podem obter desenvolvendo-o. O projeto terapêutico de cada sujeito envolvido em atividades laborativas deve atentar para os motivos que despertam seu interesse. Ao profissional cabe o cuidado de considerar o trabalho um aspecto essencial da reabilitação psicossocial. O desenvolvimento de atividades laborais pode contribuir para a ampliação do exercício de cidadania pelas razões que nossos entrevistados enumeraram. Porém, a forma precária com que se desenvolve compromete significativamente a efetivação de direitos individuais e sociais .

A política para o setor, bem como o serviço responsável pelo desenvolvimento de tais atividades, não podem colocá-las num lugar de precariedade na assistência, nem integrá-las de forma degradada, pontual e inadequada, como dito antes. O papel do trabalho na saúde mental não pode ser "supersimplificado" nem idealizado, como salienta Cohen (apud SARACENO, 1999). Concordamos com o autor que o projeto político mais amplo, de desinstitucionalização, deve ter como objetivo promover mudanças nas concepções através de intervenções nas relações sociais. Porém, para que isso ocorra, é necessário ampliar os gastos da assistência. Promover mudanças conceituais implica na promoção das condições materiais da assistência e da vida das pessoas, o que requer investimento público em serviços essencialmente públicos. A qualidade dos serviços prestados à população usuária, acreditamos, está condicionada às exigências de que precisam ser realmente públicos, universais, gratuitos e integrados. Este fato aponta para o redirecionamento dos rumos democráticos.

Ampliar direitos para o exercício de cidadania, principalmente das pessoas provenientes de segmentos considerados em desvantagem, vulneráveis ou excluídos do acesso à renda pelos processos próprios da acumulação capitalista, significa distribuir a riqueza

produzida pelos mesmos mecanismos. Tais exigências constituem apenas um começo e enquanto não dermos uma guinada visando a construção de um projeto contra hegemônico não podemos vislumbrar potencialidades para o caminho na direção da conquista do socialismo.

CONCLUSÃO

A história da loucura nos séculos XVIII e XIX é quase sinônimo da história de sua captura pelos conceitos de alienação e, mais tarde, de doença mental. Esse processo tem seu significado vinculado à criação de um novo modelo de homem – novo sujeito na modernidade. Examinar a história da loucura nos remeteu à análise de como a modernidade se constituiu enquanto forma de pensamento e organização social e como ela forjou um modo de lidar com a loucura, fenômeno humano e social. Em outras palavras, uma análise da produção de saberes que representa o exercício do poder sobre sujeitos que constitui a modernidade. Através do princípio do confinamento e do ideal da normatização do sujeito louco, no asilo foi sendo produzida uma nova experiência do fenômeno da loucura.

Sequenciando as nossas preocupações neste estudo, ressaltamos que tivemos a intencionalidade de abordar as questões relativas não só à saúde mental, mas articulá-las à teoria social crítica, visando contribuir com os debates que foram sendo construídos em torno da Reforma Psiquiátrica. Com isso, queremos reafirmar a potencialidade das produções teóricas, dos modelos de reabilitação psicossocial, das mudanças introduzidas com a desinstitucionalização que vêm culminando com a legitimação jurídico-formal e com práticas diversas em serviços públicos. Reconhecemos que os objetivos desta Reforma visam a inserção dos sujeitos usuários em serviços substitutivos, contribuindo para as discussões quanto à conquistas de direitos e ampliação do exercício da cidadania dos portadores de transtornos mentais, particularizando-se o do trabalho. Nestas discussões, reiteramos o nosso posicionamento de que entendemos que, "a cidadania não é algo que vem de cima para baixo, mas é resultado de uma luta permanente, travada quase sempre a partir de baixo, das classes subalternas [...]" (COUTINHO, 2000, p. 51).

Também compreendemos que a universalização da cidadania, uma das características da modernidade que vem se constituindo a partir dos direitos – "fenômenos sociais" –, resulta do processo histórico, e que não se efetivou na sociedade capitalista que criou esta ilusão. Neste aspecto, consideramos fundamental reiterar, tivemos a preocupação de sinalizar e particularizar as controvérsias sobre o direito ao trabalho frente aos limites postos por esta sociedade.

Deixamos claro que a democracia que defendemos está alicerçada nas contribuições de Coutinho (2000, p. 50) que nos ensina ser necessária "a presença efetiva das condições

sociais e institucionais que possibilitam ao conjunto dos cidadãos a participação ativa na formação do governo e, em consequência, no controle da vida social". Isso por que

[...] os indivíduos constroem coletivamente todos os bens sociais, toda a riqueza material e cultural e todas as instituições sociais e políticas, mas não são capazes – dada a divisão da sociedade em classes antagônicas – de se reapropriarem efetivamente desses bens por eles criados (COUTINHO, 2000, p. 50).

Com estas explicações reforçamos que com o nosso estudo fica evidenciado que não estamos vivenciando potencialidades democráticas na realidade brasileira no contexto contemporâneo, pois todos os indivíduos não estão tendo condições "de se apropriarem dos bens socialmente criados, de atualizarem todas as potencialidades de realização humana abertas pela vida social" (COUTINHO, 2000, p. 50). De acordo com este autor, à modernidade ainda resta o papel de cumprir o prometido, desde sua inauguração: a libertação da opressão e da alienação que emancipará todos os homens e todas as mulheres.

Também com estas explicações reiteramos que, na área da saúde mental, as discussões que vêm sendo colocadas quanto à inclusão no trabalho de parcelas populacionais portadoras de transtornos mentais precisam ser ampliadas, principalmente no que se refere à sua vinculação com a economia solidária, também legitimada como uma política social pública.

A abordagem contemporânea sobre a loucura se inspira, em grande parte, na análise histórica da sociedade e nas formas de saber-poder da modernidade, tendo como ponto de partida, portanto, a noção de produção histórica que tem sido muito cara às ciências sociais e humanas das últimas décadas, pretendendo um enfoque crítico ao seu fazer ciência. Pensar em produção histórica de saberes, instituições, objetos de conhecimento, formas de sociabilidade, de trabalho, de sensibilidade, de comunicação, de subjetividade, remete a uma mesma operação metodológica na produção de conhecimento: não considerar as coisas e eventos como naturais e acabados; buscar a compreensão de um momento histórico-social para entender a emergência de novos olhares e práticas sobre o homem; e considerar o próprio homem como sujeito histórico. A necessidade de historicizar os objetos torna-se função de todos aqueles que buscam analisar o homem e a sociedade contemporânea, e vem sendo a convergência de grande parte do debate atual.

Todo o debate crítico em torno da saúde mental e do processo de reforma psiquiátrica na atualidade, bem como a literatura da área, colocam a desconstrução como uma busca de superação dos paradigmas clássicos, de crítica da verdade e neutralidade nas ciências, de problematização das concepções naturalistas de subjetividade, saúde, doença e loucura e de

reconstrução de sua complexidade. Colocam também a incapacidade da psiquiatria de curar o seu objeto de intervenção, a doença mental (BASAGLIA, 1979 e 1985; ROTELLI, 1990).

A desconstrução está relacionada à noção de invenção, de construção do real, de produção da subjetividade, recolocando em discussão a ciência e a psiquiatria. "Desconstrução" do dispositivo psiquiátrico em seus paradigmas fundantes. Desconstrução como uma ação prática de dismantelamento das incrustações institucionais que cobriam a doença; foi necessário tentar colocar entre parênteses a doença como definição e codificação dos comportamentos incompreensíveis, para buscar suprimir as superestruturas dadas pela vida institucional, para poder assim individualizar quais partes eram de responsabilidade da doença e quais eram da instituição, no processo de destruição do doente e da doença como nos ensina Basaglia (1981).

A desconstrução questiona as bases do dispositivo psiquiátrico para atuar frente à loucura. Novas tecnologias científicas, que se destinem à cura da doença mental, continuam apenas apresentando um problema que não pode ser resolvido. Não há modernização que resolva a questão sempre nebulosa da cura em psiquiatria. A cura se torna a ação de produzir subjetividade, sociabilidade - mudar a história dos sujeitos que passa a mudar a história da própria doença. Para Rotelli (1990) a hipótese é a de que o mal obscuro da psiquiatria está em haver separado um objeto fictício, a "doença", da existência global complexa e concreta dos pacientes e do corpo social. Sobre essa separação artificial se construiu um conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos (precisamente a "instituição"), todos referidos à "doença". É esse conjunto que é preciso desmontar (desinstitucionalizar) para retomar o contato com aquela existência dos pacientes, como "existência" doente.

Com isso, queremos reafirmar a potencialidade das práticas sociais emanadas da desinstitucionalização, que buscam inserir os sujeitos usuários de serviços públicos de saúde mental, pois a ênfase não é mais colocada no processo de "cura", mas no projeto de "invenção de saúde" e de "reprodução social do paciente" (ROTELLI, 1990). E é nesta direção que ressaltamos as discussões em termos de conquistas para a valorização e o reconhecimento de direitos da cidadania do portador de transtornos mentais, produzidos através de gestos elementares: eliminar os meios de contenção; restabelecer a relação do indivíduo com o próprio corpo; reconstruir o direito e a capacidade de uso dos objetos pessoais; reconstruir o direito e a capacidade da palavra; abrir as portas; produzir relações, espaços e objetos de interlocução; liberar os sentimentos; restituir os direitos civis eliminando a coação, as tutelas jurídicas e o estatuto de periculosidade; reativar uma base de rendimentos para poder ter acesso aos intercâmbios sociais (ROTELLI, 1990). Aos poucos, as relações passam a não se

assentar mais nas hierarquias, mas na sociabilidade e na produção de instâncias coletivas, através de mudança dessas relações e na produção de outras formas de expressão para o louco e sua loucura que se mostram não só viáveis, mas inovadoras e de extrema riqueza.

Os caminhos apontados pela desinstitucionalização buscam a criação de novas relações com a loucura, que se processa a partir da mudança das relações nos serviços extra-hospitalares e de desmontagem dos dispositivos psiquiátricos tradicionais. Com isto, podemos pensar na construção de novas subjetividades e um novo lugar para o sujeito louco que só podem ser produzidos em relação com o social. A desinstitucionalização atinge então seu objetivo mais amplo de questionamento das instituições e subjetividades capitalistas: é a desconstrução como transformação cultural.

As reflexões teóricas e a retratação de experiências (italiana e em diversas cidades brasileiras) e a particularização da Trabalharte em Juiz de Fora nos mostram aspectos que são relevantes quanto à "luta" pelo direito ao trabalho. A precariedade, a informalidade, os limites institucionais e especialmente a carência de vontade política têm contribuído para ampliarmos a nossa posição de que não é possível reforçar a crença de que a economia solidária é uma estratégia para a superação do modo capitalista de produção. Quando a economia solidária transforma-se numa política pública e suas instituições correspondentes, aquelas responsáveis pela garantia do direito ao trabalho protegidos por direitos sociais já conquistados, permitem e oferecem fomento ao trabalho precarizado e informal, não podemos deixar de reconhecer o corte neoliberal que imprime a esta política as características que lhe são próprias. Ou seja, investimento público mínimo e responsabilização dos próprios grupos sociais pelos esforços de atendimento de suas necessidades básicas.

A economia solidária, enquanto política pública relacionada ao trabalho, não tende a se legitimar como mais um "instrumento por meio do qual se materializam os direitos sociais" (COUTINHO, 2000, p. 64). Não nos parece pertinente a crença numa transitoriedade ao socialismo tendo como fundamento esta estratégia, conforme ficou evidenciado neste nosso estudo, mesmo que as propostas da economia solidária se apresentem como crítica ao individualismo, como opção para parte da população excluída do mercado de trabalho. Mas não podemos nos esquecer das implicações que são decorrentes do relacionamento entre economia solidária e o Terceiro Setor. Este relacionamento faz parte do contexto contemporâneo em que o capitalismo transforma as relações de trabalho e propicia a informalização, a flexibilização do trabalho e o desemprego, com o conseqüente aumento dos desníveis sociais e da exclusão social.

Reiteramos neste sentido as contribuições de Montaña (1999b, p. 19 e 22) visto que o Terceiro Setor não é capaz de mobilizar cidadãos em busca de direitos sociais e políticas públicas universais, pois desenvolve "um papel ideológico claramente funcional aos interesses do capital no processo de reestruturação neoliberal". Desta forma, contribui para "a reversão dos direitos da cidadania por serviços e políticas sociais e assistenciais universais, não contratualistas e de qualidade, desenvolvidas pelo Estado e financiadas num sistema de solidariedade universal compulsória". Além disto, contribui para a institucionalização de um "novo padrão" de respostas para a questão social, assentado nos valores da solidariedade voluntária e local, da auto-ajuda e da ajuda mútua. Assim fica ampliada a não responsabilização estatal em termos da intervenção necessária na questão social, esvaziando a dimensão de universalidade da cidadania, no que se refere às políticas sociais.

Acreditando que as questões polêmicas que se inscrevem nas discussões na área da saúde mental, como a desinstitucionalização, e as relacionadas à interface desta área com o direito ao trabalho para o portador de transtornos mentais estão postas neste nosso estudo, evidenciamos que torna-se urgente e necessária a ampliação destas discussões, envolvendo principalmente a produção teórica, as práticas em serviços desinstitucionalizados, as determinações governamentais. É esta a expectativa que temos com a finalização deste estudo, acreditando nos ensinamentos de Guimarães Rosa, que "tudo o que já foi é o começo do que vai vir", pois

"O correr da vida embrulha tudo, a vida é assim: esquenta e esfria, aperta e daí afrouxa, sossega e depois desinquieta. O que ela quer da gente é coragem. [porque] "o real não está na saída nem na chegada: ele se dispõe para a gente é no meio da travessia".

BIBLIOGRAFIA

- ALCÂNTARA, F. H. C. "Institucionalismo, Racionalidade e Solidariedade em Cooperativas Populares". In HECKERT, S. M. R. (org.). **Cooperativismo Popular: Reflexões e Perspectivas**. Juiz de Fora: UFJF, 2003.
- ALCÂNTARA, L. C. Experiências de Geração de Renda e Trabalho em saúde mental e agências de apoio e fomento. In BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Saúde mental e economia solidária: inclusão social pelo trabalho**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.
- ALEXANDER, F.; SELESNICK, S. **História da Psiquiatria: uma avaliação do pensamento e da prática psiquiátrica desde os tempos primitivos até o presente**. São Paulo: Ibrasa, 1980.
- AMARANTE, P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate sobre a reforma psiquiátrica no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 11 (3): 491-494, jul/set, 1995. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1995000300024&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em 20.10.2007.
- _____. **O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.
- _____. Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In: FLEURY, Sonia (Org.). **Saúde e Democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.
- AMARANTE, P.; e ROTELLI, F. "Reformas Psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos". In AMARANTE, P. e BEZERRA, B. **Psiquiatria Sem Hospício**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.
- ANTUNES, R. As formas contemporâneas de trabalho e a desconstrução dos direitos sociais. In YAZBEK, M. C. E SILVA, M. O. S. (Org.). **Políticas públicas de trabalho e renda no Brasil contemporâneo**. São Paulo: Cortez, 2006.
- _____. **Os Sentidos do Trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho**. São Paulo: Boitempo, 1999.
- ARANHA E SILVA, A. L. **Enfermagem em saúde mental: a ação e o trabalho de agentes de enfermagem de nível médio no campo psicossocial**. São Paulo: USP, 2003.
- BARBOSA, R. N. C. Economia solidária: estratégias de governo no contexto da desregulamentação social do trabalho. In: YAZBEK, M. C. E SILVA, M. O. S. (Org.). **Políticas públicas de trabalho e renda no Brasil contemporâneo**. São Paulo: Cortez, 2006.
- BARFKNECHT, K. S.; BERTUOL, M.; FERREIRA, C. V. P. Geração POA. **Revista Saúde em Porto Alegre**, I Mostra da Produção em Saúde. ano 1, n. 1, 2004.
- BARRETO, J. **O umbigo da reforma psiquiátrica: cidadania e avaliação de qualidade em saúde mental**. Juiz de Fora: UFJF, 2005.
- BARROS, Ana Lucia P. de ; *et al.* **O Novo Código Civil Comentado**. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, v. 2, 2002.
- BASAGLIA, F. (Org.) **A instituição negada**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

_____. **Psiquiatria alternativa**: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. São Paulo: Debates, 1979.

BERTUCCI, A. **Fórum Brasileiro da Economia Solidária**: 3 anos de construção de uma Outra Economia. Disponível em: http://www.fbes.org.br/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=382&Itemid=18. Acesso em 27.4. 2007.

BERTUCCI, J. O. **A economia solidária do pensamento utópico ao contexto atual**: um estudo sobre experiências em Belo Horizonte. Dissertação de Mestrado apresentado à Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2005.

BIRMAN, J., COSTA, J. F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In P. AMARANTE (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

BISNETO, José Augusto. **Análise institucional do Serviço Social em saúde mental**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2001.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde mental, novo cenário, novas imagens**: Programa “De Voltas Para Casa”. Brasília: 2007a.

_____. MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. **Conferência Nacional de Economia Solidária**. Disponível em: http://www.mte.gov.br/ecosolidaria/cons_default.asp. Acesso em 27. 4. 2007b.

_____. MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. **Programa Economia Solidária em Desenvolvimento**. Disponível em: http://www.mte.gov.br/ecosolidaria/prog_apresentacao.pdf. e http://www.mte.gov.br/ecosolidaria/prog_objetivos.asp. Acesso em 27.4.2007c.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relatório de Saúde Mental - Gestão 2003-2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007d.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Saúde Mental e Economia Solidária**: inclusão social pelo trabalho. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Presidência da República Federativa do Brasil. **Seminário Internacional Sobre Cooperativismo**. Brasília: 2006b.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: 2005.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Legislação em saúde mental**: 1990-2004. Brasília: 2004.

_____. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relatório Final da II Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental, 1994.

- _____. MINISTÉRIO DA AGRICULTURA. **Lei nº 5.764/71** (Política Nacional de Cooperativismo). Brasília: Ministério da Agricultura, 16.12.1971.
- CARRANO, A. **O canto dos malditos**. Rio de Janeiro: Rocco, 2001.
- CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.
- COOPER, D. **Psiquiatria e Antipsiquiatria**. São Paulo: Perspectiva, 1973.
- COSTA, J. F. **A ética e o espelho da cultura**. Rio de Janeiro: Rocco, 1994.
- COUTINHO, Carlos N. Notas sobre cidadania e modernidade. In : _____ **Contra a corrente: ensaio sobre democracia e socialismo**. São Paulo: Cortez, 2000.
- CUT. **Relatório do VII Encontro Nacional**. São Paulo: 1999.
- DELGADO, P. G. G. Economia solidária e saúde mental. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Saúde Mental e Economia Solidária: inclusão social pelo trabalho**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006a.
- _____. **Instituindo a desinstitucionalização: o papel das residências terapêuticas na Reforma brasileira**. Cadernos IPUB, vol. XIII, nº 22. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, 2006b.
- _____. **Perspectivas da psiquiatria pós-asilar no Brasil (com um apêndice sobre a questão dos crônicos)**. In: TUNDIS, A. S.; COSTA, N. R. (Orgs.) **Cidadania e loucura: Políticas de saúde mental no Brasil**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000.
- _____. **As razões da tutela: psiquiatria, justiça e cidadania do louco na Brasil**. Rio de Janeiro: Te-Corá, 1992.
- DESVIAT, M. **A reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.
- DURIGUETTO, M. L. A ideologia privatista do planejamento estratégico de cidades. **Revista Libertas on line**. Disponível em http://www.revistalibertas.ufjf.br/artigos/volume1/04_maria_lucia. Acesso em 22.12. 2006.
- FERNANDES, R.C. **Privado porém público**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.
- FERREIRA, C. V. P. Experiências de Geração de Renda e Trabalho em saúde mental e agências de apoio e fomento. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Saúde mental e economia solidária: inclusão social pelo trabalho**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.
- FOLHA DE SÃO PAULO. Entrevista concedida por FERREIRA, C. V. para a reportagem “Economia solidária move mais de R\$ 6 bi”. **Folha de São Paulo**, 22.7. 2007.
- FÓRUM BRASILEIRO DE ECONOMIA SOLIDÁRIA (FBES). **O FBES enquanto movimento: relação com Estado e articulação internacional**. Disponível em http://www.fbes.org.br/index.php?option=com_content&task=view&id=1913&Itemid=62. Acesso em 28.4.2007a.
- _____. **Carta de Princípios**. Disponível em: http://www.fbes.org.br/index.php?option=com_docman&task=cat , obtido em 28/04/2007b.
- GOLDBERG, J. **A clínica da psicose: um projeto na rede pública**. Rio de Janeiro: TeCorá/Instituto Franco Basaglia, 1996.
- GUERRA, A. M. C. Oficinas em saúde mental: percurso de uma história, fundamentos de uma prática. In: COSTA, C. M. e FIGUEIREDO, A. C. (org.). **Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2004.

JUIZ DE FORA. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Plano Municipal de Saúde Mental**, 1992.

KAPLAN, H., SADOCK, B. **Compêndio de Psiquiatria**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

KOVARICK, L. Viver em Risco: sobre a vulnerabilidade no Brasil urbano. **Novos Estudos CEBRAP**, n. 63, São Paulo, 2002.

LAING, R. O óbvio. In Cooper (Org.), **Dialética da libertação**. Rio de Janeiro: Zahar, 1968.

LAPPANN-BOTTI, N. C. **Oficinas em saúde mental: história e função**. Ribeirão Preto: USP, 2004.

LEAL, E. M. Trabalho e reabilitação psiquiátrica fora do contexto hospitalar. In: COSTA, C. M. e FIGUEIREDO, A. C. (org.). **Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2004.

_____. "O Debate Sobre a Natureza da Clínica na Reforma Psiquiátrica Brasileira: algumas considerações iniciais sobre a relação desta questão com descrições essencialistas e idealizadas do sujeito". In VENÂNCIO, A. T., LEAL, E. M., DELGADO, P. G. (org.) **O Campo da Atenção Psicossocial: Anais. I Congresso de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro**. RJ, TeCorá /Instituto Franco Basaglia, 1997.

_____. **A noção de cidadania como eixo da prática clínica: Uma Análise do Programa de Saúde Mental de Santos**. Rio de Janeiro: UERJ, 1994.

LISBOA, Amando de melo. Terceiro Setor. In: CATTANI, António David. **A outra economia**. Porto Alegre. Veraz, 2002.

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

LOBOSQUE, A. M. **Princípios para uma Clínica Antimanicomial**. SP, Hucitec, 1997.

LOPES, I. A contribuição paulistana à reforma em saúde mental brasileira. In M. Vieira, M. Vicentim, M. Fernandes (Orgs), **Tecendo a rede: trajetórias da saúde mental em São Paulo**. São Paulo: Cabral Editora Universitária, 1999.

MACHADO, R. (Org.). **Danação da norma: a Medicina Social e constituição da Psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MAGALHÃES, Reginaldo Sales; TODESCHINI, Remígio. Sindicalismo e economia solidária: reflexões sobre o projeto da Cut. IN SINGER, Paul; SOUZA, André Ricardo. **A economia solidária no Brasil: A autogestão como resposta ao desemprego**. São Paulo: Contexto, 2002.

MARTINS, J. S. **A Sociedade Vista do Abismo: novos estudos sobre a exclusão, pobreza e classes sociais**. Petrópolis: Vozes, 2002.

MARX, K., ENGELS, F. **A ideologia alemã**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

MARX, K., ENGELS, F. **O Manifesto do Partido Comunista**. Disponível em: <http://www.site/livros_grátis/manifesto_comunista>. Acesso em 1.7.2001.

MARX, K. e ENGELS, F. *A Ideologia Alemã e outros escritos*. In Marx, K., **Manuscritos Econômico-filosóficos e Outros Textos Escolhidos**. São Paulo: Abril, 1974.

MENDES, S. M. O. **Um Estudo Sobre a Assistência do CAPS Casa Viva de Juiz de Fora**. Juiz de Fora: Curso de Especialização em Saúde Mental da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP-MG), 2000.

- MENEGASSO, Maria Ester. **Emergência das organização do terceiro setor: aprendendo a gerir** - uma estudo de multi casos. Florianópolis: UFSC, 2000.
- MENEZES, M. T G. **Economia Solidária: elementos para uma crítica marxista**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2005.
- MÉSZÁROS, I. **Para Além do Capital**. São Paulo: Boitempo, 2002.
- MIAILLE, M. **Introdução crítica ao Direito**. Lisboa: Estampa, 1989.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco, 1993.
- MOFFAT, A. **Psicoterapia do oprimido: ideologia e técnica da psiquiatria popular**. São Paulo: Cortez; 1980.
- MONNERAT, T. Experiências de Geração de Renda e Trabalho em saúde mental e agências de apoio e fomento. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Saúde Mental e Economia Solidária: inclusão social pelo trabalho**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.
- MONTAÑO, C. Das "lógicas do Estado" às "lógicas da sociedade civil": Estado e "terceiro setor" em questão. **Revista Serviço Social e Sociedade**, n. 59, Ano XX. São Paulo: Cortez, 1999a.
- _____. **Terceiro Setor e a questão social: Critica ao padrão emergente de intervenção social**. São Paulo: Contexto, 1999b.
- MOTCHANE, J. **Economia social e economia solidária: álibe ou alternativa ao neoliberalismo?** Texto disponível em: <http://www.ecosol.org.br/txt/alibe.doc>. Acesso em 24.4.2007.
- NETTO, J. P. Cinco notas a propósito da "Questão social". **Temporalis**, ano 2, n. 03, Brasília, ABEPSS, Granflin, 2001.
- NETTO, J. P., BRAZ, M. **Economia política: uma introdução crítica**. São Paulo: Cortez, 2006.
- OLIVEIRA, L. Os excluídos existem? Notas sobre a elaboração de um novo conceito. **Novos Estudos CEBRAP**, n. 33, pp. 9-30, São Paulo, 1997.
- PAZOS, V. Experiências de Geração de Renda e Trabalho em saúde mental e agências de apoio e fomento. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Saúde mental e economia solidária: inclusão social pelo trabalho**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- PERIUS, V, SCHMIDT, D. Cooperativismo e cooperativas. In, IN: CATTANI, A. D. **A outra economia**. Porto Alegre: Veraz Editores, 2002.
- PESSOTTI, I. **Os nomes da loucura**. São Paulo: Ed. 34, 1999.
- PITTA, A. M. F. "O que é Reabilitação Psicossocial no Brasil, hoje?". In _____ (Org.) **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. SP: Hucitec, 1996.
- PITTA, A. M. F. **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1994.
- POLANYI, K. **A Grande Transformação: as origens da nossa época**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2000.
- PORTER, R. **Uma história social da loucura**. Rio de Janeiro: Zahar, 1997.

- RAMOS, S. O papel das ONGs na construção de políticas públicas de saúde: a Aids, a saúde da mulher e a saúde mental. **Ciência e Saúde Coletiva**, 9(4): 1067-1078, 2004.
- RATTNER, H. O fim do socialismo? **Revista Espaço Acadêmico**, n.12, maio de 2004. Disponível em <www.oespacoacademico.com.br>. Acesso em 10.10.2007.
- RICCIARDI, F. A. S. **O Nascimento da Loucura**: concepções teóricas e asilos. Científico, ano I, vol. 1, Salvador, janeiro-julho, 2002.
- ROTELLI, F. 1990. Desinstitucionalização: uma outra via. In Nicácio M.F. **Desinstitucionalização**. Hucitec: São Paulo, 1990.
- ROTELLI, F., AMARANTE, P. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In B. Bezerra & P. Amarante (Orgs.), **Psiquiatria sem hospício**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992.
- SANDRONI, P. (org.). **Dicionário de economia**. São Paulo: Abril Cultural, 1985.
- SARACENO, B. **Libertando Identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Belo Horizonte/Rio de Janeiro: Te Cora/Instituto Franco Basaglia, 1999.
- SARACENO, B. “Reabilitação Psicossocial: Uma Estratégia para a Passagem do Milênio”. In PITTA (org.) **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.
- SCHITTAR, L. A ideologia da comunidade terapêutica. In BASAGLIA, F. (Org.), **A instituição negada**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- SILVA, A. C. **Reformando a vida: o desafio na inserção social e na construção da cidadania de usuários de saúde mental**. Rio de Janeiro: PUC, 2000.
- SILVA, R. A. Experiências de Geração de Renda e Trabalho em saúde mental e agências de apoio e fomento. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Saúde mental e economia solidária: inclusão social pelo trabalho**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.
- SINGER, P. **Reflexões sobre o socialismo**. Disponível em http://www.desempregozero.org.br/artigos/reflexoes_sobre_o_socialismo.php. Acesso em 4.4.2006a.
- _____. Saúde mental e economia solidária. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Saúde mental e economia solidária: inclusão social pelo trabalho**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.
- _____. Um olhar diferente sobre a economia solidária. In FRANÇA FILHO, G. C. e LAVILLE, J. **Economia Solidária: uma abordagem internacional**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004.
- _____. **Globalização e desemprego: Diagnóstico e Alternativas**. 4 ed. São Paulo: Editora Contexto, 2000.
- _____. **Introdução à Economia Solidária**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2002.
- _____. **Economia popular e cultura do trabalho: pedagogia(s) da produção associada**. Ijuí (RS): Unijuí, 2001.
- SOTO, S. F. Modernidad y Razón en el desarrollo del capitalismo: Crítica a los limites de la racionalidad dominante formal-abstracta y posibilidades concretas de una acción emancipadora. **Escenarios**, n 08. Ano 4. Buenos Aires: ESTS, Universidad Nacional de la Plata, 2004.

TENÓRIO, F. Breve história da reforma brasileira. In: _____. **A Psicanálise e a Clínica da Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Marca d'Água, 2001.

_____. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *Hist. cienc. saude-Manguinhos.*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702002000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 10.5.2007.

TOLEDO, Cecília. Cooperativismo e controle operário da produção: O que dizem os clássicos. **Marxismo Vivo**. Disponível em <www.marxismalive.org>. Acesso 24.2. 2005.

TRABALHARTE. **Livro de Atas das Reuniões da Diretoria**. Juiz de Fora: 2001/2007.

_____. **Livro de Reuniões I**. Juiz de Fora: 2001/2004.

_____. **Livro de Reuniões II**. Juiz de Fora: 2005/2007.

TYKANORI, R. "Contratualidade e Reabilitação Psicossocial". In PITTA (org). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. SP: Hucitec, 1996.

VASCONCELOS, E. M. Mundos paralelos, até quando? Os psicólogos e o campo da saúde mental pública no Brasil nas últimas duas décadas. In A. M. Jacó-Vilela, F. Jabur ; H. B. C. Rodrigues, *Clio-Psyquê*, **Histórias da Psicologia no Brasil**. Rio de Janeiro: UERJ/NAPE, 1999.

ANEXO I

ROTEIRO DE ENTREVISTA:

Ano de nascimento:

Escolaridade:

Condições de moradia:

Questões orientadoras

1. Conta como foi que você passou a tratar na psiquiatria (história do adoecimento: primeira crise, o que fazia até então, período da vida, internações, relato da experiência nas internações).
2. Você teve experiências de trabalho antes de começar a fazer seu tratamento na saúde mental? Quais foram?
3. Onde você faz seu tratamento atualmente?
4. Depois que você iniciou seu tratamento neste local, você teve experiência de trabalho?
5. O que significa para você trabalhar?
6. Você tem trabalhado? O que tem feito como atividade de trabalho?
7. Você participa ou já participou de atividades políticas e sociais, tais como reuniões, assembléias, eventos? Quais? O que significa para você participar destas atividades?
8. Você sabe dizer qual a sua renda mensal na Tralharte? Como e quanto você recebe por seu trabalho na Tralharte?
9. Você tem outra renda? Qual? Quanto?
10. Você tem autonomia para utilizar sua renda? Como você a utiliza?
11. O que dá para fazer com a renda que você recebe da Tralharte?
12. Você tem algum tipo de ajuda financeira de seus familiares?
13. O que é cooperativismo para você?
14. O que é economia solidária para você?
15. O que a Tralharte tem feito por você? Além da renda, qual contribuição a Tralharte tem lhe feito?
16. O que você acha que poderia melhorar na Tralharte?