

# **O Projeto Copiadora do CAPS**

## **Do trabalho de reproduzir coisas à produção de vida**

**Dissertação apresentada ao Curso de Pós-graduação em Enfermagem,  
Área de Concentração Enfermagem em Saúde Coletiva da  
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo  
para obtenção do título de Mestre**

**Orientadora: Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca**

**São Paulo**

**- 1997 -**

**Silva, Ana Luisa Aranha e**

**O Projeto Copiadora do CAPS: do trabalho de reproduzir coisas à produção de vida/Ana Luisa Aranha e Silva. São Paulo, 1997.**

**161p.; 30cm.**

**Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem - Universidade de São Paulo.**

**1. Saúde Mental 2. Reabilitação Psicossocial 3. Equipe interdisciplinar 4. Reforma psiquiátrica I título.**

Ficha catalográfica elaborada pelo Serviço de Biblioteca e Documentação da

EEUSP

*Dedico essa produção teórico-afetiva ao Tião e à Neta  
e aos que vivem e oferecem Aconchego:  
Beto, Cida, Fernanda e Marília  
e à tia Alice*

## *A memória e os agradecimentos*

*Aos trabalhadores Sandra Fischetti, Jairo Goldberg, Arnaldo Motta, Cristina Lopérgolo, Regina Bichaff, Jonas Melman, Sérgio Urquiza, Maria Luiza Almeida, Rino, Edson, Tiana, D. Vanda, Eli, Nice, Fátima, Genilda, Emiron, Cleuza, Irene, Nerse, D. Zila, Sílvia Pereira, Ivanilda, Cida, Edu, Vlad, Sandra Geórgia; aos estagiários pela dúvida permanente que amplia; aos usuários e familiares de usuários do Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz da Rocha Cerqueira e da Associação Franco Basaglia, especialmente ao Edivaldo, Marcelo, Libni e Júnior, por nossa história comum.*

*Ao Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da EEUSP por acolher minhas dúvidas, especialmente à Prof. Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca cuja orientação me possibilitou essa síntese provisória e rica; à Prof. Emiko Yoshikawa Egry que apontou muitos rumos no Exame de Qualificação; à Prof. Vilma Machado de Queiróz pela palavra certa na hora certa; à Lúcia Yasuko Izumi Nichiata e à Maria Amélia de Campos Oliveira, por ajudarem a fazer minha redação mais clara.*

*Às Profs. do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da EEUSP Rúbia Aparecida Lacerda e Márcia Regina Car e do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica, Sônia Barros pela re-aproximação no campo do saber e afetivo e Marli Rolim pela delicadeza no Exame de Qualificação.*

*À Biblioteca da Escola de Enfermagem, na figura da Sônia, pela revisão e correção das referências bibliográficas.*

*Aos meus alunos de Faculdade de Enfermagem de Mogi das Cruzes, estímulo e espelho para seguir nessa construção teórica.*

*À Célia Maria Sivalli Campos pela proximidade nos caminhos pessoais e profissionais; Marina Peduzzi, pela ajuda na tradução do texto do Benedetto e dos outros textos da vida; Maristella Beletti Mutt Urasaki*

*pela solidariedade e à Solange Miriam Karaoglan Teixeira Coelho pelo reforço das energias criativas.*

*Pessoas amigas como o Videira (que se foi); Sylvia Fernandes, Beth Araújo, Silvio Yasui, Denise Corazza, Anette. Débora, Mariza, Silvana, Paulo e Dirce (da Posse). Gisa e tantos outros.*

*À Prof. Lourdes Coelho, a primeira e uma referência no jeito de ensinar.*

*À Márcia Arantes pelo lugar e pela competência.*

*Às famílias Aranha e Silva, Menuzzo, Grimaldi, Lucon, Semeghini e Marun, pela referência afetiva e ética.*

*Ao Dr. Benedito Aparecido Pereira da Silva, meu tio, pela infra, afinal.*

*À Idaleste, trabalhadora que me guiou por um lugar que não revia há 17 anos, desde o tempo de estágio na disciplina de Enfermagem Psiquiátrica; à Ângela, monitora e à Cleusa, coordenadora do Núcleo de Oficina e Trabalho, NOT, da Associação Cornélia Vlieg do Serviço de Saúde Cândido Ferreira, de Campinas.*

*E especialmente à Bete Meola, por tudo, pela parceria e particularmente, neste estudo, pela assessoria imprescindível na interlocução com a Terapia Ocupacional.*

## SUMÁRIO

RESUMO .....	i
ABSTRACT .....	ii
<b>1 Introdução:</b>	
<b>Da prática reiterativa à práxis transformadora em saúde     mental - o objeto de estudo, finalidade e objetivos .....</b>	<b>1</b>
<b>2 O método e o percurso metodológico.....</b>	<b>15</b>
<b>2.1 A fundamentação teórico-metodológica .....</b>	<b>15</b>
<b>2.1.1 O materialismo histórico e dialético .....</b>	<b>17</b>
<b>2.1.2 O processo de trabalho no modo de produção     capitalista e seus desdobramentos.....</b>	<b>25</b>
<b>2.1.3 O processo de trabalho em saúde e modelos de atenção     em saúde mental.....</b>	<b>33</b>
<b>2.1.4 Da tradição psiquiátrica - trabalho: punição/adaptação     social - a uma superação viável - trabalho: cooperação     para o trabalho/reabilitação psicossocial .....</b>	<b>41</b>
<b>2.2 O percurso exploratório.....</b>	<b>47</b>
<b>2.2.1 O cenário de estudo .....</b>	<b>47</b>
<b>2.2.2 A fonte dos dados empíricos .....</b>	<b>67</b>
<b>2.2.3 Os instrumentos, o método de coleta e a análise dos     dados empíricos.....</b>	<b>68</b>

<b>3 Resultados e discussão.....</b>	<b>72</b>
<b>3.1 Quem são os sujeitos do estudo .....</b>	<b>72</b>
<b>3.2 Como vivem a vida, as relações familiares e sociais.....</b>	<b>75</b>
<b>3.3 Como percebem o processo saúde-doença mental.....</b>	<b>78</b>
<b>3.4 A atenção à saúde mental.....</b>	<b>81</b>
<b>3.5 Os modelos de atenção em saúde mental.....</b>	<b>86</b>
<b>3.6 A compreensão do trabalho na Copiadora .....</b>	<b>94</b>
<b>4 Síntese: a dialética do trabalho na Copiadora e a Reabilitação Psicossocial .....</b>	<b>110</b>
<b>5 Post Scriptum - Mulher, enfermeira, aos trabalhadores de saúde mental .....</b>	<b>119</b>
<b>6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>124</b>

## **ANEXOS**

**ANEXO 1: Roteiro das Entrevistas Coletivas**

**ANEXO 2: Roteiro das Entrevistas Individuais**

**ANEXO 3: Resultados das Entrevistas Individuais**

**ANEXO 4: Transcrição das Entrevistas Grupais**

**ANEXO 5: Frases Temáticas Depreendidas dos Discursos dos Usuários**

**Originalmente:**

**Reprodução do texto:**

**A COPIADORA  
CAPS ITAPEVA/ASSOCIAÇÃO FRANCO BASAGLIA  
Rua Itapeva, 700  
Bela Vista - São Paulo - S.P.  
CEP. 01.332 - 000 - telefax: (011) 284.4474 - email - melman@usp.br**

**Encadernação:**

**NOT - NÚCLEO DE OFICINAS E TRABALHO  
SERVIÇO DE SAÚDE CÂNDIDO FERREIRA/ASSOCIAÇÃO CORNÉLIA  
VLIEG  
Av. Conselheiro Antônio Prado, 430  
Sousas - Campinas - S.P.  
CEP. 13.139 - 010 - fone: (019) 258.1707 - Ramal. 210**

**Texto da capa:**

**JÚLIO  
SERVIÇO DE SAÚDE CÂNDIDO FERREIRA/ASSOCIAÇÃO CORNÉLIA  
VLIEG  
Av. Conselheiro Antônio Prado, 430  
Sousas - Campinas - S.P.  
CEP. 13.139 - 010 - fone: (019) 258.1707 - Ramal. 210**



## RESUMO

A preocupação com a necessidade manifesta de inclusão no processo de produção da vida material através do trabalho, de uma parcela da população usuária de serviço de saúde mental, deu origem a este estudo. O cenário é o Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz da Rocha Cerqueira (CAPS), estrutura de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo hospitalocêntrico, que opera um projeto terapêutico construído de forma coletiva, a partir das necessidades dos usuários (indivíduos e famílias). Para a apreensão do significado do trabalho e do exercício de trabalhar utilizou o referencial do materialismo histórico e dialético, fundamentado no conceito de reabilitação psicossocial e o fez através da análise dos discursos dos usuários. Pretendeu compreender o significado da atividade produtiva do usuário-trabalhador vinculado a um dos Projetos Especiais desenvolvidos no CAPS - A Copiadora - como instrumento de intervenção no seu poder de contratualidade social, aqui entendido como uma ampliação da sua capacidade de autonomia e emancipação. A finalidade é ser mais uma peça na construção do arsenal desse modelo de assistência à saúde mental, particularmente no que concerne à reconstrução da prática de enfermagem numa perspectiva transformadora em relação à forma tradicional de mantenedora da ordem institucional. Os resultados indicam que os usuários possuem representações contraditórias acerca de algumas categorias empíricas, porém, de um modo geral, evidenciam a compreensão do trabalho como um instrumento que lhes possibilita acessar o campo dos direitos sociais. Essa outra condição dos sujeitos pode ser observada pelas mudanças internas e externas que experimentam, além de indicar um movimento de superação da condição anterior de usuário-trabalhador (doente que trabalha) para a de trabalhador-usuário (sujeito doente que pode trabalhar).

## ABSTRACT

This study was born out of the preoccupation with the necessity manifested by a portion of the population which uses the mental health service linked to the process of production of materialistic life through work. The site was the Prof. Luiz da Rocha Cerqueira Center for Psycho-Social Care (CAPS), which operates a therapeutic project assembled in a collective format, based on the needs of the users (individuals and families), structured to offer mental health care in lieu of a hospital centered setting. The intention was to comprehend the significance of work and the practice of work using historical and dialectic materialism as a reference, based upon the concepts of psychosocial rehabilitation and was performed through the analysis of discourses of the users. The goal was to aspire to comprehend the significance of the productive activity of the user-worker linked to one of Special Projects developed by CAPS - The Photocopier - as an intervention instrument within the framework of the social contract, here understood as an amplification of one's capacity for autonomy and emancipation. The final objective was to be an additional piece in the construction of the arsenal of these models of mental health assistance, particularly that which concerns the reconstruction of the practice of nursing as a transforming perspective in relation to the traditional form of maintaining institutional order. The results indicated that users possessed contradictory representations with regards to some empirical categories but nevertheless, in a general manner, there was evidence of comprehension of work as an instrument which enabled access to the field of social rights. This other condition could be observed by the internal and external changes experimented, and besides, indicated a movement of overcoming the previous condition of user/worker (patient who work) to the worker/user (patient who can work).

*Daqui me parto irado e quase insano/  
Da mágoa e da desonra ali passada*

*Camões*

**O ato humano deverá ser exatamente o contrário da ira ou do julgamento para que estes não sejam inspiradores dos que não desejam ver no insano alguém capaz e que somente enxergam sua mácula, a qual jamais deverá ser fonte de rejeição.**

**Sem rejeição não haverá restos de insensibilidade, porque o insano não é um esqueleto, mas o homem vivo, passível também de decidir. Ele tem introjetado, instintivamente, no abissal da sua mente um sonho que se lhe fosse dado, realizaria. Aquele que mais pode senta-se à mesa e impõe as regras; aquele que pode menos assenta suas mãos na criação do que for capaz. Há para este, o direito de um lugar nessa usina cheia de preconceitos e pobre de solidariedade.**

**A normalidade não é monopólio do sensato e sua lucidez deve entender que o semelhante, imerso no obscuro da sua insanidade haverá de um dia ser capaz, se lhe for aberta a lucarna do entendimento e capacidade que a ciência pode oferecer.**

**Sebastião Aranha da Silva**

# **O Projeto Copiadora do CAPS**

## **Do trabalho de reproduzir coisas à produção de vida**

**Dissertação apresentada ao Curso de Pós-graduação em Enfermagem,  
Área de Concentração Enfermagem em Saúde Coletiva da  
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo  
para obtenção do título de Mestre**

**Orientadora: Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca**

**São Paulo**

**- 1997 -**

**Silva, Ana Luisa Aranha e**

**O Projeto Copiadora do CAPS: do trabalho de reproduzir coisas à produção de vida/Ana Luisa Aranha e Silva. São Paulo, 1997.**

**161p.; 30cm.**

**Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem - Universidade de São Paulo.**

**1. Saúde Mental 2. Reabilitação Psicossocial 3. Equipe interdisciplinar 4. Reforma psiquiátrica I título.**

Ficha catalográfica elaborada pelo Serviço de Biblioteca e Documentação da

EEUSP

*Dedico essa produção teórico-afetiva ao Tião e à Neta  
e aos que vivem e oferecem Aconchego:  
Beto, Cida, Fernanda e Marília  
e à tia Alice*

## *A memória e os agradecimentos*

*Aos trabalhadores Sandra Fischetti, Jairo Goldberg, Arnaldo Motta, Cristina Lopérgolo, Regina Bichaff, Jonas Melman, Sérgio Urquiza, Maria Luiza Almeida, Rino, Edson, Tiana, D. Vanda, Eli, Nice, Fátima, Genilda, Emiron, Cleuza, Irene, Nerse, D. Zila, Sílvia Pereira, Ivanilda, Cida, Edu, Vlad, Sandra Geórgia; aos estagiários pela dúvida permanente que amplia; aos usuários e familiares de usuários do Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz da Rocha Cerqueira e da Associação Franco Basaglia, especialmente ao Edivaldo, Marcelo, Libni e Júnior, por nossa história comum.*

*Ao Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da EEUSP por acolher minhas dúvidas, especialmente à Prof. Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca cuja orientação me possibilitou essa síntese provisória e rica; à Prof. Emiko Yoshikawa Egry que apontou muitos rumos no Exame de Qualificação; à Prof. Vilma Machado de Queiróz pela palavra certa na hora certa; à Lúcia Yasuko Izumi Nichiata e à Maria Amélia de Campos Oliveira, por ajudarem a fazer minha redação mais clara.*

*Às Profs. do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da EEUSP Rúbia Aparecida Lacerda e Márcia Regina Car e do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica, Sônia Barros pela re-aproximação no campo do saber e afetivo e Marli Rolim pela delicadeza no Exame de Qualificação.*

*À Biblioteca da Escola de Enfermagem, na figura da Sônia, pela revisão e correção das referências bibliográficas.*

*Aos meus alunos de Faculdade de Enfermagem de Mogi das Cruzes, estímulo e espelho para seguir nessa construção teórica.*

*À Célia Maria Sivalli Campos pela proximidade nos caminhos pessoais e profissionais; Marina Peduzzi, pela ajuda na tradução do texto do Benedetto e dos outros textos da vida; Maristella Beletti Mutt Urasaki*

*pela solidariedade e à Solange Miriam Karaoglan Teixeira Coelho pelo reforço das energias criativas.*

*Pessoas amigas como o Videira (que se foi); Sylvia Fernandes, Beth Araújo, Silvio Yasui, Denise Corazza, Anette. Débora, Mariza, Silvana, Paulo e Dirce (da Posse). Gisa e tantos outros.*

*À Prof. Lourdes Coelho, a primeira e uma referência no jeito de ensinar.*

*À Márcia Arantes pelo lugar e pela competência.*

*Às famílias Aranha e Silva, Menuzzo, Grimaldi, Lucon, Semeghini e Marun, pela referência afetiva e ética.*

*Ao Dr. Benedito Aparecido Pereira da Silva, meu tio, pela infra, afinal.*

*À Idaleste, trabalhadora que me guiou por um lugar que não revia há 17 anos, desde o tempo de estágio na disciplina de Enfermagem Psiquiátrica; à Ângela, monitora e à Cleusa, coordenadora do Núcleo de Oficina e Trabalho, NOT, da Associação Cornélia Vlieg do Serviço de Saúde Cândido Ferreira, de Campinas.*

*E especialmente à Bete Meola, por tudo, pela parceria e particularmente, neste estudo, pela assessoria imprescindível na interlocução com a Terapia Ocupacional.*



## SUMÁRIO

RESUMO .....	i
ABSTRACT .....	ii
<b>1 Introdução:</b>	
<b>Da prática reiterativa à práxis transformadora em saúde     mental - o objeto de estudo, finalidade e objetivos .....</b>	<b>1</b>
<b>2 O método e o percurso metodológico.....</b>	<b>15</b>
<b>2.1 A fundamentação teórico-metodológica .....</b>	<b>15</b>
<b>2.1.1 O materialismo histórico e dialético .....</b>	<b>17</b>
<b>2.1.2 O processo de trabalho no modo de produção     capitalista e seus desdobramentos.....</b>	<b>25</b>
<b>2.1.3 O processo de trabalho em saúde e modelos de atenção     em saúde mental.....</b>	<b>33</b>
<b>2.1.4 Da tradição psiquiátrica - trabalho: punição/adaptação     social - a uma superação viável - trabalho: cooperação     para o trabalho/reabilitação psicossocial .....</b>	<b>41</b>
<b>2.2 O percurso exploratório.....</b>	<b>47</b>
<b>2.2.1 O cenário de estudo .....</b>	<b>47</b>
<b>2.2.2 A fonte dos dados empíricos .....</b>	<b>67</b>
<b>2.2.3 Os instrumentos, o método de coleta e a análise dos     dados empíricos.....</b>	<b>68</b>

<b>3 Resultados e discussão.....</b>	<b>72</b>
<b>3.1 Quem são os sujeitos do estudo .....</b>	<b>72</b>
<b>3.2 Como vivem a vida, as relações familiares e sociais.....</b>	<b>75</b>
<b>3.3 Como percebem o processo saúde-doença mental.....</b>	<b>78</b>
<b>3.4 A atenção à saúde mental.....</b>	<b>81</b>
<b>3.5 Os modelos de atenção em saúde mental.....</b>	<b>86</b>
<b>3.6 A compreensão do trabalho na Copiadora .....</b>	<b>94</b>
<b>4 Síntese: a dialética do trabalho na Copiadora e a Reabilitação Psicossocial .....</b>	<b>110</b>
<b>5 Post Scriptum - Mulher, enfermeira, aos trabalhadores de saúde mental .....</b>	<b>119</b>
<b>6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>124</b>

## **ANEXOS**

**ANEXO 1: Roteiro das Entrevistas Coletivas**

**ANEXO 2: Roteiro das Entrevistas Individuais**

**ANEXO 3: Resultados das Entrevistas Individuais**

**ANEXO 4: Transcrição das Entrevistas Grupais**

**ANEXO 5: Frases Temáticas Depreendidas dos Discursos dos Usuários**

**Originalmente:**

**Reprodução do texto:**

**A COPIADORA**  
**CAPS ITAPEVA/ASSOCIAÇÃO FRANCO BASAGLIA**  
**Rua Itapeva, 700**  
**Bela Vista - São Paulo - S.P.**  
**CEP. 01.332 - 000 - telefax: (011) 284.4474 - email - melman@usp.br**

**Encadernação:**

**NOT - NÚCLEO DE OFICINAS E TRABALHO**  
**SERVIÇO DE SAÚDE CÂNDIDO FERREIRA/ASSOCIAÇÃO CORNÉLIA**  
**Vlieg**  
**Av. Conselheiro Antônio Prado, 430**  
**Sousas - Campinas - S.P.**  
**CEP. 13.139 - 010 - fone: (019) 258.1707 - Ramal. 210**

**Texto da capa:**

**JÚLIO**  
**SERVIÇO DE SAÚDE CÂNDIDO FERREIRA/ASSOCIAÇÃO CORNÉLIA**  
**Vlieg**  
**Av. Conselheiro Antônio Prado, 430**  
**Sousas - Campinas - S.P.**  
**CEP. 13.139 - 010 - fone: (019) 258.1707 - Ramal. 210**

## RESUMO

A preocupação com a necessidade manifesta de inclusão no processo de produção da vida material através do trabalho, de uma parcela da população usuária de serviço de saúde mental, deu origem a este estudo. O cenário é o Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz da Rocha Cerqueira (CAPS), estrutura de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo hospitalocêntrico, que opera um projeto terapêutico construído de forma coletiva, a partir das necessidades dos usuários (indivíduos e famílias). Para a apreensão do significado do trabalho e do exercício de trabalhar utilizou o referencial do materialismo histórico e dialético, fundamentado no conceito de reabilitação psicossocial e o fez através da análise dos discursos dos usuários. Pretendeu compreender o significado da atividade produtiva do usuário-trabalhador vinculado a um dos Projetos Especiais desenvolvidos no CAPS - A Copiadora - como instrumento de intervenção no seu poder de contratualidade social, aqui entendido como uma ampliação da sua capacidade de autonomia e emancipação. A finalidade é ser mais uma peça na construção do arsenal desse modelo de assistência à saúde mental, particularmente no que concerne à reconstrução da prática de enfermagem numa perspectiva transformadora em relação à forma tradicional de mantenedora da ordem institucional. Os resultados indicam que os usuários possuem representações contraditórias acerca de algumas categorias empíricas, porém, de um modo geral, evidenciam a compreensão do trabalho como um instrumento que lhes possibilita acessar o campo dos direitos sociais. Essa outra condição dos sujeitos pode ser observada pelas mudanças internas e externas que experimentam, além de indicar um movimento de superação da condição anterior de usuário-trabalhador (doente que trabalha) para a de trabalhador-usuário (sujeito doente que pode trabalhar).

## ABSTRACT

This study was born out of the preoccupation with the necessity manifested by a portion of the population which uses the mental health service linked to the process of production of materialistic life through work. The site was the Prof. Luiz da Rocha Cerqueira Center for Psycho-Social Care (CAPS), which operates a therapeutic project assembled in a collective format, based on the needs of the users (individuals and families), structured to offer mental health care in lieu of a hospital centered setting. The intention was to comprehend the significance of work and the practice of work using historical and dialectic materialism as a reference, based upon the concepts of psychosocial rehabilitation and was performed through the analysis of discourses of the users. The goal was to aspire to comprehend the significance of the productive activity of the user-worker linked to one of Special Projects developed by CAPS - The Photocopier - as an intervention instrument within the framework of the social contract, here understood as an amplification of one's capacity for autonomy and emancipation. The final objective was to be an additional piece in the construction of the arsenal of these models of mental health assistance, particularly that which concerns the reconstruction of the practice of nursing as a transforming perspective in relation to the traditional form of maintaining institutional order. The results indicated that users possessed contradictory representations with regards to some empirical categories but nevertheless, in a general manner, there was evidence of comprehension of work as an instrument which enabled access to the field of social rights. This other condition could be observed by the internal and external changes experimented, and besides, indicated a movement of overcoming the previous condition of user/worker (patient who work) to the worker/user (patient who can work).

*Daqui me parto irado e quase insano/  
Da mágoa e da desonra ali passada*

*Camões*

**O ato humano deverá ser exatamente o contrário da ira ou do julgamento para que estes não sejam inspiradores dos que não desejam ver no insano alguém capaz e que somente enxergam sua mácula, a qual jamais deverá ser fonte de rejeição.**

**Sem rejeição não haverá restos de insensibilidade, porque o insano não é um esqueleto, mas o homem vivo, passível também de decidir. Ele tem introjetado, instintivamente, no abissal da sua mente um sonho que se lhe fosse dado, realizaria. Aquele que mais pode senta-se à mesa e impõe as regras; aquele que pode menos assenta suas mãos na criação do que for capaz. Há para este, o direito de um lugar nessa usina cheia de preconceitos e pobre de solidariedade.**

**A normalidade não é monopólio do sensato e sua lucidez deve entender que o semelhante, imerso no obscuro da sua insanidade haverá de um dia ser capaz, se lhe for aberta a lucarna do entendimento e capacidade que a ciência pode oferecer.**

**Sebastião Aranha da Silva**

## 1 DA PRÁTICA REITERATIVA À PRÁXIS TRANSFORMADORA EM SAÚDE MENTAL - o objeto de estudo, finalidade e objetivos

A função e a forma de trabalho do usuário de serviço de saúde mental é uma pauta constante na agenda de quem trabalha na área, do próprio usuário e de seu familiar. Desde o período clássico da antigüidade grega, quando o trabalho era considerado uma atividade degradante, impregnada de conotação punitiva, que o cidadão livre não devia realizar e, por isso, atribuída aos escravos, existe uma conexão quase “natural” entre o uso de atividade (corporal ou mental) e a contenção do comportamento social discrepante. Essa conexão: *trabalho-punição/adaptação social*, vem sendo reiterada, de forma prevalente no tratamento do doente mental até a atualidade (BORGES, 1996:25).

A psiquiatria moderna, pós-revolução industrial da Europa do século XVIII, associou o distúrbio psíquico à falta de adaptabilidade do ser humano ao processo produtivo, tomando-o como um critério de classificação diagnóstica, para qual, é normal e saudável, aquele que dispõe do corpo e da mente em perfeitas condições de uso como força de trabalho disponível para a inclusão e subordinação necessárias ao processo de produção.

O território do trabalho é nebuloso quando referido ao conceito de alienação do trabalhador, no modo de produção capitalista, mas o é também, quando se refere à alienação como forma de “desvio de um sentimento não desejado”, vinculado à idéia de fazer algo para não pensar na doença (BENETTON, 1991:19).

No caso do usuário de serviço de saúde mental, o polo contraditório do *trabalho* é o *não trabalho*. Nas sociedades capitalistas, essa contradição é entendida como *desemprego*, conjuntural ou estrutural, que vem colocando em evidência no cenário econômico mundial aquilo que ROSSI (1997) denomina “uma outra Guerra Fria”, entre os modelos político-econômico vencedores do

comunismo, representados pelos EUA, Japão e Europa Ocidental, onde estão em contraposição o modelo ultraliberal anglo-saxão, considerado responsável pela taxa de desemprego de pouco mais de 5% nos EUA, e o modelo europeu que oferece uma proteção social maior, mas uma taxa de 10 a 12% de desemprego chamado estrutural na Europa Ocidental. O Clube do sete países mais ricos do mundo (G-7), vem discutindo alternativas ao desemprego (não trabalho) e cada modelo defende sua saída. Neste campo, segundo o autor, o Brasil reúne aspectos negativos dos dois modelos, pela “selva de regulamentos, leis, burocracia, etc.” de um lado e por ser “um inóspito deserto em termos de proteção social, ao contrário da Europa”.

Além disso, uma nova forma de desemprego vem emergindo como resultado da tecnologia da globalização. Na compreensão de SILVA (1997), num fragmento do discurso presidencial sobre o desemprego no país e as alternativas para seu enfrentamento, pode-se observar que o poder público nacional reconhece a existência de “‘inimpreáveis’ [...] que formam um novo grupo de excluídos, que não tem chance de ser absorvido pelo mercado, [...] que acentuará a tendência ‘natural’ de concentração de riquezas, beneficiando apenas aqueles que já têm os melhores padrões de vida. Logo, cabe ao Estado e à política fazer aquilo que o mercado é incapaz de fazer”.

É de notar que na mensagem oficial existe um indicativo de que cabe à sociedade civil e política discutir alternativas para o trabalho (emprego) e o não trabalho (desemprego). Entretanto, o quadro político de exclusão dos centros decisórios e a posição periférica da economia brasileira são determinantes do modo de vida da população, fragilizando de forma mais acentuada os que estão na periferia da periferia, que são representados, segundo CANZIAN (1997), pelo baixo nível salarial somado à queda dos postos de trabalho no país, onde apenas 1,6% da população economicamente ativa ganha mais de 20 salários mínimos mensais (R\$ 2.240), conforme dados do IBGE.



Na lógica do processo produtivo, todas as pessoas têm potencialmente disponibilidade para trabalhar, porém, apenas alguns têm capacidade para o trabalho, excluídos aqueles que “por doença, deficiência ou desvio estão impossibilitados de inserção no mercado de trabalho, mas que têm para si o valor social do trabalho tanto na estruturação de sua subjetividade quanto na organização das relações de produção, que muitas vezes tentam arranhar com sua inserção marginal no processo de produção” (OLIVER, 1988:6).

Para a Economia Política, o estágio de desenvolvimento dos meios de produção e o trabalho socialmente necessário são determinados e determinam o modo de vida de determinada organização social. No atual estágio de desenvolvimento das forças produtivas, o trabalho ou a dificuldade ao seu acesso estão colocados como questão para toda a sociedade, ficando secundarizada, do ponto de vista conceitual e metodológico, a consideração acerca de como e por quem ele é realizado.

A implantação do Estado de Direito, fundamentado nos princípios éticos da Revolução Francesa, reafirmados pela Declaração dos Direitos Humanos, está vinculado “à noção de cidadania estendida a todos os segmentos da sociedade” onde “o acesso à vida social, política e aos bens da sociedade do progresso, tornam-se questões públicas, não apenas individuais”. Esse modelo de seguridade, imposto pela política de promoção do Estado de Bem Estar Social, na Europa e Estados Unidos, na década de 30, amadurecido após a Primeira Guerra Mundial, experimentou uma expansão nos anos 50 e 60 e um declínio na década de 70, quando o Estado provedor em crise, destinou “ao setor privado grandes parcelas de gestão dos problemas sociais, principalmente nos EUA”, estabelecendo um novo diálogo entre o público e o privado, entre a sociedade civil e a política (BARROS, 1991b:101).

Neste sentido, no campo do trabalho em geral, OLIVEIRA (1988) aponta que a fase pós-consolidação do período de acumulação capitalista ou o período de expansão do capitalismo concorrencial, que vai do final da II Guerra Mundial

---

---

até o final da década de 80, combinou um grande progresso tecnológico, a organização parcelada da produção, os ganhos de produtividade e o salário indireto que é consequência da presença dos fundos públicos na reprodução da força de trabalho, do capital e dos gastos sociais públicos gerais. Essa combinação é considerada estrutural ao capitalismo contemporâneo, onde o déficit público, que vem caracterizando a chamada crise do padrão de financiamento público, tem sido apontado como resultado do financiamento do Estado-Providência nos países centrais.

Segundo o autor, essa crise foi consequência da disputa pelos fundos públicos destinados à reprodução do capital e pelos que financiavam a produção de bens e serviços sociais públicos. Outra causa da crise do Estado-Providência encontra-se na internacionalização produtiva e financeira da economia capitalista, que “dissolveu a circularidade nacional dos processos de retro-alimentação” das economias domésticas, mas manteve sob sua responsabilidade a tarefa de continuar “articulando e financiando a reprodução do capital e força de trabalho” (OLIVEIRA, 1988:13).

No Brasil, a implantação da política social de seguridades sociais e não a do real Estado de Direito, vem tendo como resultado macrossocial, um modelo de cidadania restrita e regulada, onde “a universalização dos direitos e equidade de acesso aos serviços foram muito recentemente incorporados ao nível do discurso, sendo atualmente previsto na nova Carta Constitucional”, portanto, este estado de “*pré-cidadania marca as relações sociais e de trabalho no Brasil*” (BARROS, 1991b:101 - grifos meus).

Na área da saúde mental, o panorama não poderia ser substancialmente diferente. Ao contrário, ao longo dos últimos sessenta anos, a legislação psiquiátrica de 1934, que foi promulgada num momento particularmente delicado no cenário político-ideológico mundial e cuja finalidade é o seqüestro do sujeito do meio social e a sua exclusão dos centros urbanos, vem ratificando o modelo hospitalocêntrico de assistência do final do século passado, legitimando, desta

forma, a política asilar de assistência, que investiu na construção, através de investimentos públicos, dos macro-hospitais psiquiátricos no início deste século como: as Tamarineiras (PE), Juliano Moreira (RJ) e Juqueri (SP), entre outros.

Desta forma, o usuário de serviço de saúde mental, no Brasil, vem sendo duplamente excluído do jogo dos direitos civis: pela legislação psiquiátrica que o aprisiona ao código moral e ético do início do século XX e do processo de produção material, que se efetiva pelo trabalho contextualizado no modo de produção capitalista, num país com características econômicas e culturais periféricas.

De acordo com COSTA e BARROS<sup>1</sup>, na segunda metade do século XIX, os doentes mentais do Rio de Janeiro, então capital do segundo império, não se beneficiavam de nenhuma assistência médica específica e viviam uma situação muito semelhante aos doentes mentais da Europa pós-revolução industrial do século XVIII. A construção do primeiro hospital para tratamento de alienados mentais foi determinada, em 1830, pelos higienistas fundadores da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro como uma medida de higiene pública e sob sua influência, o Hospício D. Pedro II foi inaugurado em 1852, passando a chamar-se, com a instauração da República em 1890, Hospital Nacional de Alienados.

A primeira Lei Federal da Assistência aos Alienados foi promulgada em 1903, sob influência de Juliano Moreira. Vinte anos mais tarde, o psiquiatra Gustavo Riedel, fundador da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM) “criou um ambulatório de profilaxia das doenças mentais, anexo à Colônia do Engenho de Dentro, ... ‘um serviço aberto’ para ‘psicopatas’, um laboratório de Psicologia

---

<sup>1</sup> COSTA, J. F. As origens históricas da Liga Brasileira de Higiene Mental. In: COSTA, J. F. *História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. 3.ed. Rio de Janeiro, Campus, 1981. Neste livro o autor desenvolve uma análise crítica da prática psiquiátrica no Brasil, no período de 1928 a 1934, cuja premissa é que o contexto cultural influencia as teorias psiquiátricas. Para ampliar o conhecimento sobre o contexto histórico e cultural, vide BARROS, S. Raízes da psiquiatria no Brasil. In: BARROS, S. *O louco, a loucura e a alienação institucional: o ensino de Enfermagem sub judice*. São Paulo, 1996. 201p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

e uma escola de Enfermagem onde eram formadas as monitoras de higiene mental”. De 1923 a 1925, sob sua orientação, a Liga enfatizava o aperfeiçoamento da assistência aos doentes (COSTA, 1981:27).

A partir de 1926, os objetivos da Liga, que agregava responsáveis por serviços psiquiátricos, e “constituía *grosso modo* a elite psiquiátrica do Rio, e talvez do Brasil”, indicavam um alinhamento com os ideais em ascensão na Europa nas duas primeiras décadas deste século, de prevenção, eugenia e educação (COSTA, 1981:23 - grifos no original). Neste contexto, o Serviço de Assistência aos doentes mentais do Distrito Federal (1927) foi incorporado ao Ministério da Educação e Saúde em 1930 e em 03 de julho de 1934, através do Decreto n. 24.559, foi promulgada a Lei Federal de Assistência aos Doentes Mentais que “dispõe sobre a prophylaxia mental, a assistência e a proteção à pessoa dos psicopatas e a fiscalização dos serviços psychiatricos” (MAIA<sup>2</sup> apud COSTA, 1981:23).

Portanto, as políticas públicas de saúde, no país, têm origem na política de seguridade social e não no Estado de Direito; o modelo de atenção à saúde mental no Brasil - ainda hegemônico - foi influenciado pela psiquiatria alemã e tem sua base ideológica assentada nos princípios eugênicos e profiláticos das duas primeiras décadas do século XX.

No cenário mundial, a partir da década de 50, no pós-guerra, as instituições e os modelos de assistência de saúde mental praticados em países como a França, Inglaterra, Estados Unidos e, posteriormente, Itália e Espanha, passaram a ser questionados, como consequência tanto do avanço da medicina tecnológica, como da própria falência do Estado garantidor da assistência. Além disso, o paradigma médico-biológico encontrava dificuldade em gerar conhecimentos que permitissem a compreensão dos problemas de saúde da coletividade, particularmente na América Latina, onde a condição de saúde da população não encontrava correspondência no nível de desenvolvimento da

tecnologia médica (CAR, 1993).

No Brasil, após o golpe militar de 64 (que criou o INPS com a unificação dos Institutos e Pensões), a política oficial na área da saúde mental investiu no aumento dos leitos psiquiátricos, multiplicando a rede privada contratada, num momento em que o mundo inteiro se movia em direção à desospitalização.

“Em 1961, dos 135 hospitais existentes, 60% (81) eram privados e em 1971 eram 341 hospitais, sendo 78,9% (269) privados” (BARROS, 1996:37 - grifos meus), o que corrobora o achado de uma censo hospitalar realizado em São Paulo, na década de 80, em que 78% dos leitos psiquiátricos estavam ocupados por mais de seis meses. Desta forma, a internação psiquiátrica consolidou-se como praticamente a única alternativa de atenção em Saúde Mental no país, recurso de saúde administrado majoritariamente pela iniciativa privada, sem nenhum tipo de controle societário.

No final da década de 70, a sociedade buscava alternativas mais adequadas técnica e politicamente para o tratamento do doente mental, pautadas pelo princípio da “desinstitucionalização” (PITTA-HOISEL, 1984:3) em que segmentos organizados da sociedade civil (sindicatos e trabalhadores da área de saúde mental) incorporaram o movimento iniciado na Itália, conhecido como Rede de Alternativas à Psiquiatria, buscando formas de confrontar o modelo instituído no país. A visita do psiquiatra italiano Franco Basaglia (1979) e o I Encontro de Trabalhadores em Saúde Mental de São Paulo (1985), foram dois marcos históricos na discussão das Políticas de Saúde Mental no Brasil (BARROS, 1991a).

A VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, realizada em Brasília, em 1986, estabeleceu o SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS), como a política pública de saúde oficial no país. Suas conclusões e recomendações foram referendadas pela I CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL,

---

<sup>2</sup> MAIA, E. Assistência psiquiátrica no Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. v. 2, 1952, p. 190.

realizada em 1987, em Brasília. No mesmo ano, em Bauru, o II ENCONTRO NACIONAL DE TRABALHADORES EM SAÚDE MENTAL, ratificou as mudanças das premissas teóricas e éticas da assistência psiquiátrica.

A IX CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE aprovou “o fortalecimento de princípios éticos, municipalização da saúde, através do controle social e o nível local como estratégia de democratização do Estado e das políticas sociais” tendo seu relatório ecoado no fórum mais representativo do processo de discussão da Reforma Psiquiátrica, a II CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 1994). O encontro reuniu segmentos organizados da sociedade civil, representados por Associações de usuário e familiar de usuário de serviço de saúde mental; conselhos da área de saúde; prestadores de serviços de saúde mental públicos e privados e o poder público, representado pelo Ministério da Saúde. Foi confirmada a orientação da IX CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (1992) e a DECLARAÇÃO DE CARACAS (DECLARAÇÃO, 1991), como um novo indicador paradigmático de assistência e do modelo de atenção à Saúde Mental para o Brasil e América do Sul.

A mobilização da sociedade civil, aliada à sociedade política, vem fazendo tramitar no Congresso Nacional, o Projeto de Lei da Câmara N. 008, de 1991, (3.657/89 - CD), do deputado federal Paulo Delgado (PT-MG), que dispõe sobre “a extinção progressiva dos manicômios, sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória” (BRASIL, 1989). O Projeto (que é amparado numa compreensão progressista de assistência) é um dispositivo utilizado pela sociedade organizada na busca da reforma da legislação psiquiátrica. A Reforma Psiquiátrica inclui a estruturação de uma rede de atenção substitutiva à hospitalocêntrica e a revogação da condição de inimputabilidade e tutelarmento contida na lei ainda vigente de 1934, afirmando a condição de cidadão do usuário de serviço de saúde mental.

Os donos de estabelecimentos privados de prestação de assistência

responderam a essa iniciativa através do Substitutivo ao Projeto de Lei da Câmara N.008 de 1991 que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, estrutura e aperfeiçoa a assistência psiquiátrica e seus serviços, desativa as instituições de modelo asilar, regulamenta a hospitalização voluntária, involuntária e compulsória, e dá outras providências”, de autoria do senador Lucídio Portella (PFL-PI) cujo objetivo é garantir a estas instituições, mecanismos de recomposição com os novos rumos da assistência, impostos pela prática de instituições públicas comprometidas com a Reforma Psiquiátrica.

Já na década de 80, a Divisão Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde (DINSAM), através do CONASP, propôs medidas racionalizadoras para o setor através do Plano de Reorientação da Assistência Psiquiátrica em que “várias secretarias estaduais incorporam-se a estas iniciativas e implantam programas de expansão da rede ambulatorial pública” (SCHECHTMAN; ALVES; SILVA, 1996:80).

Entretanto, a atual Coordenadoria de Saúde Mental do Ministério da Saúde (1996) compreende que “o processo de reestruturação da atenção psiquiátrica no Brasil, como iniciativa do Ministério da Saúde, inicia-se em 1991” e elenca como estratégias para a efetivação desse processo, as portarias: 189/91 (que “inclui às tabelas dos Sistemas de Internação Hospitalar e Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde a remuneração de procedimentos tais como: Hospital-Dia, Núcleos e Centros de Atenção Psicossocial, oficinas terapêuticas, atendimento em grupo e visita domiciliar”); 407/92 (que “inicia o processo de exigência de humanização dos hospitais psiquiátricos, dimensionando equipe terapêutica mínima, proibindo celas fortes e violação de correspondência dos pacientes internados”); entre outras. Para a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, as portarias confirmam as políticas que alteram “o financiamento das ações em saúde mental e, sobretudo, estabelecem as regras de funcionamento dos serviços psiquiátricos mantidos com

recursos públicos” (SCHECHTMAN; ALVES; SILVA, 1996:83 - grifos meus).

Essa discussão não é inédita no Estado de São Paulo, pois na década de 80, a Secretaria de Saúde do Estado, gestão Montoro (1983-1986), primeiro governo estadual eleito democraticamente após o regime militar de 1964, através da então Coordenadoria de Saúde Mental, alinhada àquele processo, implementou uma política que mudou a concepção do atendimento e da estruturação da rede pública de assistência à saúde mental e do processo de formação e capacitação de recursos humanos, que influenciou de forma substancial os rumos da Reforma Psiquiátrica.

O projeto da Coordenadoria (extinta na reforma administrativa da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, na gestão 1987-1990), de inspiração preventivista “fundamentada no conceito de crise evolutiva [...] ampliou a rede ambulatorial do Estado, que passou a trabalhar com equipe multiprofissional. As unidades básicas de saúde passaram a contar com equipes mínimas de saúde mental e iniciou-se um processo de transformação do complexo asilar do Juqueri. Implantaram-se também as primeiras unidades de emergência psiquiátrica e enfermarias em hospitais gerais e, além disso, foi criado no Estado, o primeiro Centro de Atenção Psicossocial público, ampliando a concepção de Hospital-Dia” (BARROS, 1996:48).

Esta unidade é o Centro de Atenção Psicossocial<sup>3</sup> Prof. Luiz da Rocha Cerqueira<sup>4</sup>, CAPS, primeiro do Estado de São Paulo, em atividade há dez anos. Cabe aqui uma referência às administrações progressistas, eleitas em 1988, do Município de São Paulo, Santos, Campinas, entre outras, em que o modelo

---

<sup>3</sup> “Centro de Atenção Psicossocial: nome emprestado aos Centros existentes na Nicarágua, onde ‘equipes interdisciplinares cumprem tarefas de prevenção, tratamento e reabilitação’. RIQUELME, H. “Nicarágua: processo de constituição da atenção psicossocial”. In: *Temas Imesc*, São Paulo, v. 3, n. 2: 183-94, 1986. A aplicação brasileira dessa designação foi sugerida pela Dra. Ana Maria Fernandes Pitta”, Diretora da Divisão de Ambulatórios da Coordenadoria de Saúde Mental do Estado de São Paulo (1983 - 1986). GOLDBERG, J. I. Reabilitação como processo - o Centro de Atenção Psicossocial - CAPS: p. 33 In: PITTA, A. (org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo, HUCITEC, 1996a.

<sup>4</sup> “Dr. Luiz da Rocha Cerqueira (1911-1984): médico psiquiatra, nascido em Alagoas, formado na Bahia, com longa história institucional no hospício da Tamarineira, Recife. Semeador de reformas psiquiátricas



substitutivo ao hospitalocêntrico foi implantado por força de *políticas públicas locais* de atenção à saúde mental e que sofrem, com exceção de Campinas, um processo de desmanche imposto por administrações públicas conservadoras, desde o pleito eleitoral de 1992 (em São Paulo) e o subsequente, de 1996 (em Santos).

Portanto, a pauta ampliada da saúde mental, concomitante à discussão sobre a forma e o conteúdo do trabalho do usuário, inclui a reforma da legislação psiquiátrica, adequando-a às necessidades da população usuária de serviços de saúde mental no contexto histórico-social deste final de século, a instituição de modelos plurais de atenção que dêem conta da complexidade dos agravos psíquicos e a construção de projetos de reabilitação psicossocial (SILVA; FONSECA, 1996).

Este estudo preocupou-se, particularmente, com a *necessidade manifesta* de inclusão no processo de produção da vida material através do trabalho, de uma parcela da população usuária de serviço de saúde mental, expressa em forma de perguntas, tais como: "*Quando vou receber alta e vou poder trabalhar?*" "*Como faço para o patrão não perceber que me trato com psiquiatra?*" "*Por que sou demitido quando tenho uma crise?*" "*Por que não consigo fazer como vocês e trabalhar todos os dias?*"

Tais perguntas remetem a discussão a dois aspectos fundamentais das relações sociais, um que diz respeito ao direito do cidadão e outro, que enquanto cidadão, o usuário tem direito ao acesso aos bens sociais coletivos<sup>5</sup>. O profissional que trabalha em instituição de assistência à saúde mental reconhece nestas perguntas um pedido à normatização, à negação da doença e, mais do que isso, um lugar social de pertinência. O desafio colocado a todos os envolvidos, portanto, é equacionar uma situação dada, que é a de um sujeito doente, com uma

---

em Recife, Salvador, Rio de Janeiro, Ribeirão Preto e São Paulo. Coordenador de Saúde Mental do Estado de São Paulo (1972)." Ibid., p. 33.

<sup>5</sup> Aqui o trabalho é considerado um bem social coletivo, um dispositivo de acesso ao mundo das contraturalidades sociais, criador de valor de uso e valor de troca.

situação possível: um sujeito doente que pode trabalhar.

Observa-se que o usuário de serviço de saúde mental que tem demanda por trabalho necessita de um suporte diferenciado para desenvolver a contento suas atividades mas, em geral, tem dificuldades para encontrar condições postas socialmente para esse fim, o que resulta numa situação viciosa de impossibilidade que leva à impossibilidade e assim sucessivamente. Essa cadeia de impossibilidades atinge todo sujeito que não dispõe do corpo ou da mente em “perfeitas condições de funcionamento” que garanta com o trabalho realizado por seu corpo individual a manutenção e continuidade do processo de produção e reprodução social. Não apenas essa população, mas também os deficientes físicos, de forma geral, mulheres grávidas, pobres sem formação adequada e ultimamente os desempregados qualificados estão sendo atingidos por essa necessidade dos que detêm os meios de produção.

Entretanto o doente mental, em particular, está submetido a um modelo de assistência (ainda predominante no Brasil) denominado clássico, tradicional, considerando-se clássica a abordagem clínica que privilegia o olhar sobre a doença. A busca se situa no *processo patogênico, pela ótica médica*, de um ou dos elementos causais que indicam o diagnóstico provável e a partir desse a terapêutica, o prognóstico e as possíveis ações restauradoras, *subsidiadas pelos saberes específicos das profissões não médicas* como a enfermagem, serviço social, terapia ocupacional, psicologia. Esse modelo de atenção compreende e universaliza o *trabalho* como um dispositivo de tratamento, não considerando a necessidade particular do indivíduo. Pode ser identificado como uma forma de *adaptação* do sujeito ou de *controle social*.

O modelo de tratamento desenvolvido no CAPS através da “clínica ampliada”<sup>6</sup> preconizado pela Reforma Psiquiátrica diferencia-se daquele porque *os profissionais privilegiam e objetivam o olhar sobre o sujeito*, compreendem a

---

---

doença mental como um elemento limitador da expressão da subjetividade e das potencialidades humanas e buscam instrumentos de intervenção que ampliem seus repertórios terapêuticos com a finalidade de abrir fendas nesse limite, intervindo no processo saúde/doença do usuário e, desta perspectiva, a *atividade produtiva* relaciona-se com *valores de ordem ética e com o reconhecimento dos direitos e deveres do cidadão que é usuário de serviço de saúde mental*.

Na última década estão sendo construídos arsenais teórico-práticos cada vez mais complexos de enfrentamento dos agravos psíquicos, por influência da interlocução dos prestadores de assistência à saúde mental com as ciências do campo biológico, psicológico, antropológico, filosófico, jurídico, político e das artes, através da produção de conhecimento científico. Além disso, a experiência pessoal de coordenar a Copiadora (local onde se realiza a atividade produtiva que é o objeto de estudo dessa investigação) nestes quase sete anos e o processo de discussão sobre o tema durante os últimos quatro anos, junto ao usuário que frequenta o Grupo de Projetos<sup>7</sup>, demonstram que um projeto assistencial para essa população deve incluir mecanismos que a instrumentalize para acessar um mundo que lhe é estranho e não habitual que é o lugar onde se realiza a reprodução material do ser humano, um universo determinado por um modo de produção, um código de convivência, regras e pré-requisitos ao qual não tem acesso, não só, mas também pela sua condição de doente mental.

Observa-se através da afirmação do usuário-trabalhador que *o exercício de uma atividade produtiva, associado a um tratamento*, amplia seu potencial de relação intersubjetiva, altera o rigor com que julga sua auto-imagem, interfere e modifica a trama da rede familiar nuclear, além de alterar a qualidade da convivência no seu meio social mais próximo, com parentes e vizinhos.

---

<sup>6</sup> GOLDBERG, J. I. *Clínica da psicose: um projeto na rede pública*. 2.ed. Rio de Janeiro, Te Corá/Instituto Franco Basaglia, 1996a. Esta construção conceitual está desenvolvida no Método, item Processo de trabalho em saúde e modelos de atenção em saúde mental.

<sup>7</sup> O conteúdo do Livro de Atas das reuniões do GRUPO DE PROJETOS (melhor descrito no Cenário do estudo) subsidia essa afirmação assim como parte da análise dos dados empíricos obtidos dos discursos dos usuários.

As inquietações que determinaram essa investigação, sobre a forma do acolhimento da demanda por uma atividade produtiva, de uma determinada população de usuário de serviço de saúde mental, devem-se à proximidade profissional e afetiva com o objeto de estudo, aliada à necessidade do entendimento do cotidiano, de uma maior e melhor compreensão da prática institucional.

Este estudo pretendeu, à luz do referencial teórico adotado, compreender o significado da atividade produtiva do usuário-trabalhador (trabalho na Copiadora) como instrumento de intervenção no seu poder de contratualidade social, entendido como uma ampliação da sua capacidade de autonomia e emancipação. A finalidade é ser mais uma peça na construção do arsenal desse modelo de assistência à saúde mental, particularmente, no que concerne à reconstrução da enfermagem enquanto prática transformadora da “tradicional forma iminente psiquiátrica de mantenedora da ordem institucional” (OLIVEIRA; JORGE; SILVA, 1996).

## 2 O MÉTODO E O PERCURSO METODOLÓGICO

### 2.1 A fundamentação teórico-metodológica

A análise da atividade produtiva desenvolvida na Copiadora requer um olhar que contemple duas perspectivas simultâneas, ou dois processos de trabalho distintos:

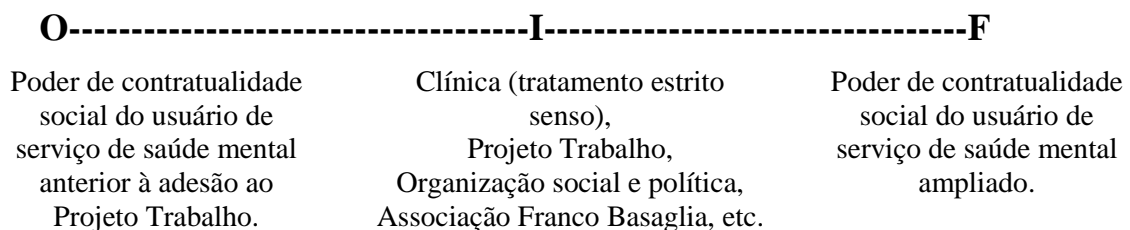
**a) Da perspectiva do trabalhador em saúde mental (força de trabalho em saúde):**

- **Objeto de trabalho (O):** é o ser humano (usuário-trabalhador) e seu poder de contratualidade social anterior ao início de sua atividade produtiva na Copiadora.

- **Instrumentos de trabalho (I):** são todos os dispositivos utilizados pelo trabalhador em saúde, no limite, o projeto terapêutico, além de seu arsenal teórico-conceitual.

- **Finalidade (F):** o poder de contratualidade social do usuário-trabalhador ampliado.

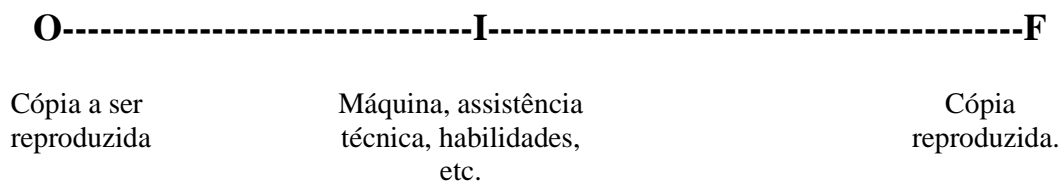
Esquemáticamente:



**a) Da perspectiva do usuário-trabalhador da Copiadora (força de trabalho do Projeto Trabalho):**

- **Objeto de trabalho (O):** a cópia a ser reproduzida.
- **Instrumentos de trabalho (I):** todo o material necessário para a execução da cópia como a máquina, energia elétrica, assistência técnica, o local de trabalho, habilidades intelectuais, cognitivas, afetivas, conhecimento, etc.
- **Finalidade (F):** a cópia (reproduzida por um ser humano ampliado de habilidades e possibilidades que não possuía anteriormente).

Esquemáticamente:



Ora, uma análise dessa complexidade, requer um método de apreensão e interpretação da realidade que admita o movimento e contradições. Por isso, tomou-se como referencial teórico-metodológico o materialismo histórico e dialético desenvolvido por MARX e ENGELS, em meados do século passado. A categoria *processo de trabalho* foi utilizada para explicitar o trabalho desenvolvido pelos profissionais do CAPS. O estudo apoia-se no conceito de *reabilitação psicossocial*, para a apreensão do significado do trabalho e do exercício de trabalhar na Copiadora para essa população.

Por se tratar de uma população que tem a peculiar condição de ser usuária de serviço público de saúde mental, neste estudo tomou-se o conceito de doença mental como o fenômeno que localiza o sujeito num universo distinto, contraposto ao sujeito que não experimentou restrição relacional ou vivencial

dada por uma determinada condição de morbidez, por uma "alteração intrínseca da personalidade, desorganização interna de suas estruturas, desvio progressivo do seu desenvolvimento" resultando um comprometimento de sua qualidade de vida, expresso de forma diferenciada, de acordo com a amplitude das perturbações (FOUCAULT, 1991:14).

### **2.1.1 O materialismo histórico e dialético**

Para construir sua teoria e desenvolver a dialética materialista, MARX foi influenciado pela dialética hegeliana como perspectiva de compreensão e construção do conhecimento a partir do real; pelas teses de Feuerbach, através do seu conceito de alienação; pelos economistas clássicos ingleses, como conseqüência da crítica que realizou às suas teorias e pela noção de valor-trabalho e pelo socialismo utópico, devido à sua abordagem científica da sociedade capitalista e das condições da sua transformação (ANDERY, 1988:408-409).

Através da articulação de dois conjuntos de conhecimento, o materialismo histórico e o materialismo dialético, estabeleceu o sistema explicativo, a base metodológica e os princípios epistemológicos que dirigem sua análise da história. É materialista, porque afirma que a apreensão do conhecimento tem como base o mundo material, traduzido pela consciência humana (embora não explicita como se processa esse conhecimento do ponto de vista orgânico, das sensações e percepção que permitem a transformação do mundo exterior em conhecimento). É histórico porque relaciona a compreensão do mundo a partir do desenvolvimento dos meios de produção, “é ao criticar a pressuposição feuerbachiana da individualidade humana abstrata e isolada - isto é, separada da **totalidade concreta** - unida aos seus semelhantes por um mero laço natural, uma generalidade muda e interna (‘a espécie’), que Marx chega a

seu próprio conceito da ‘essência humana’ e da vida social como ‘conjunto das relações sociais’” (LÖWY, 1985:55 - grifos no original).

E é dialético, porque compreende a realidade em constante transformação, onde operam contradições e antagonismos, que ao se resolverem colocam novas contradições, além disso, é revolucionário, porque a atitude do ser humano está comprometida com a transformação da natureza, da sociedade e “com os interesses e as lutas sociais do seu tempo” (BARROS, 1996:80).

Por isso o materialismo marxista é dialético-histórico, diferentemente do materialismo tomado como ciência-naturalista abstrata, que exclui o processo histórico. E pela mesma razão, “diferencia-se do funcionalismo, que considera os fenômenos sociais como a-históricos” e ainda, “afirma a possibilidade de conhecer objetivamente a essência dos objetos do mundo exterior, opondo-se a todas as formas de agnosticismo, tais como o positivismo e o kantismo” (EGRY, 1996:29). Esta base materialista carrega uma concepção de ser humano e natureza.

O ser humano é um ser natural porque é fruto da natureza, foi criado por ela, está submetido às leis naturais e depende da sua transformação para sobreviver. Porém, não se confunde com ela porque a usa e a transforma conscientemente segundo suas necessidades, e nesse processo, se faz ser humano. Na sua relação com a natureza, o ser humano se identifica e se distingue dela. Esse ser humano, que através da sua atividade transforma a natureza e a si próprio é compreendido “como ser genérico, que opera sobre o mundo, sobre os outros homens e sobre si mesmo enquanto gênero, enquanto espécie que busca sua sobrevivência, busca a transformação de si mesmo e da natureza, e é capaz de fazê-lo porque se reconhece e reconhece ao outro neste processo” (ANDERY, 1988:411-12).

Por essa razão é que “a história da realização do ser social objetiva-se através da produção e reprodução da sua existência, ato social que se efetiva pelo



trabalho. Este, por sua vez, desenvolve-se pelos laços de cooperação social existentes no processo de produção material. Em outras palavras, o ato de produção e reprodução da vida humana realiza-se pelo trabalho. É a partir do trabalho, em sua cotidianidade, que o ser humano torna-se ser social, distinguindo-se de todas as formas não humanas” (ANTUNES, 1992:177).

A diferença entre o trabalho humano e o trabalho animal reside no fato do ser humano transformar a natureza mediante necessidades imediatas mas também mediatas e de produzir universalmente, livre da necessidade física de sobrevivência; enquanto o animal produz o que necessita para si e sua prole para consumo imediato, para satisfazer sua necessidade física, o produto do animal pertence unicamente a ele, para responder sua necessidade imediata. Portanto, o modo como o ser humano produz seus meios de vida é o *modo de produção*, porque a forma como ele manifesta a vida é a forma do seu modo de produção, ou seja, *sua produção coincide com o que ele é*, assim como *o que produz e o modo como produz*. Este é o sentido social (material) e histórico da teoria marxista, pois é a partir da produção, sua forma e seus meios, que ela explica a história.

Entretanto, como a história e a transformação da sociedade não são lineares ou espontâneas, elas realizam-se através de contradições, conflitos e antagonismo, ou seja, a transformação é produtora e produto da sociedade, se processa em saltos e é realizada pelo próprio ser humano, por isso é revolucionária.

Segundo a teoria marxista, a sociedade somente se impõe uma tarefa quando as condições para solucioná-la estão postas historicamente ou se encontram em processo de consolidação. Nas formas primitivas de organização social, o ser humano ainda era um produtor natural, referido ao seu grupo familiar ou à sua tribo. Foi a partir da conformação da sociedade de base individual e privada, que o conjunto social passou a apresentar-se ao indivíduo como um meio de realização de seus projetos e necessidades particulares.

Para o ser humano, o trabalho é o meio de superação das suas necessidades, de transformar a natureza e ser por ela transformado, de produzir conhecimentos e criar-se a si mesmo. As necessidades do ser humano são históricas porque assentadas e determinadas pelo estágio de desenvolvimento dos meios de produção e, no decorrer da história, elas alteram-se e substituem-se, portanto, não são acabadas ou imutáveis. A partir de determinado estágio de desenvolvimento dos meios de produção, as necessidades vão se tornando mais complexas e sofisticadas para alguns, distanciadas das necessidades imediatas de sobrevivência ao mesmo tempo que, para outros, elas tornam-se cada vez mais próximas do nível de subsistência, necessariamente referidas ao lugar do indivíduo no sistema de produção.

Necessidade, no capitalismo, é um conceito que relaciona-se à propriedade privada e à produção de mais valia, e tem sua gênese na divisão de trabalho. “O desenvolvimento da divisão do trabalho e da produtividade criam, junto com a riqueza material, também a riqueza e a multiplicidade das necessidades; porém as necessidades se expressam sempre em virtude da divisão de trabalho: *o lugar ocupado nela, na divisão do trabalho, determina a estrutura da necessidade, ou ao menos, seus limites*” (HELLER, 1986:23 - grifos no original).

Segundo a autora, as categorias marxistas de necessidade em geral, não são categorias econômicas, mas categorias histórico-filosófico-antropológicas, pois “os tipos de necessidades se configuram segundo os objetos a que estão dirigidos”. Neste sentido mais geral, estão compreendidas as necessidades materiais, espirituais, políticas, de vida social, de trabalho. “A satisfação da necessidade material não constitui somente a condição primeira da vida fundamental do ser humano, (assim como) o refinamento dessas necessidades é em si mesmo, um sinal do (seu) ‘enriquecimento’” (HELLER, 1986: 26-8).

A partir dessa compreensão pode-se classificar as necessidades em: necessidades *naturais*, *físicas* ou *necessárias* e necessidades *socialmente*

*determinadas* ou *sociais*. As necessidades naturais referem-se “à manutenção da vida humana (autoconervação). São naturalmente necessárias porque o ser humano depende de satisfazê-las para poder sobreviver”, contudo, são históricas, o que as torna mutáveis. Identificam-se com as necessidades dos animais, entretanto, o modo de satisfazê-la no ser humano, relacionado a elementos culturais, morais, dos costumes e cuja “satisfação constitui a vida normal dos homens que pertencem a uma determinada classe de uma determinada sociedade”, torna-a social. Por isso, constituem o “limite existencial” de determinada organização social (HELLER, 1986:28).

Por outro lado, as necessidades *produzidas socialmente* referem-se às necessidades postas pelo capitalismo, pela produção industrial, mas também são históricas e se alteram a depender do estágio de desenvolvimento dos meios de produção e do lugar que o ser humano ocupa na divisão de trabalho. Conforme já dito, nas sociedades capitalistas, há um refinamento das necessidades para uma parcela dos indivíduos e um retrocesso às necessidades mais simples, para outros. Essa contradição expressa as condições objetivas de determinado momento histórico.

No materialismo histórico não existe distinção entre natureza interna e externa, pois a natureza externa existe “para o ser humano somente através da ação recíproca com a sociedade, mediante o processo da socialização, no intercâmbio orgânico entre ser humano e natureza”. Logo, *as ações humanas são relações com o mundo, que constroem o próprio ser humano a partir de suas necessidades* - no sentido biológico (desenvolvimento de seu aparato perceptivo) e no sentido prático e espiritual (desenvolvimento do seu aparato volitivo, afetivo, motivacional, psicológico) (HELLER, 1986:30-5).

Dessa perspectiva ainda, a realidade constitui-se de movimentos internos contraditórios. O método dialético busca a compreensão da realidade no movimento das forças antagônicas e contraditórias que atuam num determinado fenômeno. Nesse processo chega-se necessariamente a uma solução provisória,

uma síntese que não é definitiva à solução de uma contradição que já contém em si nova contradição.

Portanto, os fenômenos mantêm um nexo de forças “que se constituem, se fundam e se transformam a partir de múltiplas determinações que lhe são essenciais. Tais determinações são constitutivas do fenômeno, fazem parte dele e, por sua vez, são determinadas por e fazem parte de outras relações; qualquer fenômeno faz, assim, parte de uma totalidade que o contém que o determina. Esta totalidade é, por sua vez, também multideterminada e constituída de relações e, se determina um fenômeno, é determinada por ele. A totalidade é entendida como totalidade de determinações, como totalidade de relações que constitui os fenômenos e é por eles constituída” (ANDERY, 1988:422).

A *totalidade* é a unidade, a síntese das múltiplas determinações e não pode ser vista como a soma de partes ou o conjunto de dados quantitativos de um determinado objeto, porque como a realidade, não é a soma dos fenômenos, mas o resultado dos movimentos contraditórios que se interagem e se determinam.

O método dialético objetiva a distinção entre a forma de manifestação e a real constituição ou, a diferenciação entre essência e aparência do fenômeno. Por conseguinte, o conhecimento não é fruto de uma atividade especulativa, mas do esforço de desvelar no fenômeno, o que lhe é constitutivo ou obscuro e que resulta na descoberta, por trás da aparência, da sua real expressão.

As categorias marxistas de análise “não nascem das condições possíveis da percepção da realidade social (idealismo transcendental), mas da expressão teórica da prática social”. Além disso, “não se trata de categorias operacionais instituídas por premissas mais ou menos arbitrárias ou livres (do tipo ideal), mas de categorias ‘essenciais’, quer dizer, categorias que são constituídas pela própria realidade e que dela derivam”. Em contraposição, a ciência empiricista “absolutiza o imediato, pois não pode mostrar suas relações com os modos de ser ou as condições que o determinam e portanto não é ciência. É codificação de

métodos de observação (aspectos positivos) e ideologização de relações existentes (aspectos negativos)” (SANTOS, 1987:22).

“A economia política não estuda relações entre coisas nem entre homens e coisas. A economia política estuda relações entre homens que *aparecem* na consciência dos homens como relações entre coisas [...] as categorias econômicas do marxismo, ao contrário das categorias empíricas da ciência social vulgar, ultrapassam a aparência mágica dos fenômenos sociais para ir à sua essência: as relações entre homens, estudadas sob a forma de relações específicas, de modos determinados de relação entre eles” (SANTOS, 1987:21).

A produção de conhecimento por tal método, portanto, afastado da compreensão estritamente econômica, efetiva-se através do mecanismo de desvelamento do movimento interno ao fenômeno, a essência, relacionado ao movimento externo, a aparência, porque apreender o fenômeno implica “compreendê-lo a partir *de e na* realidade concreta de que é parte, e não compreendê-lo abstraindo-se esta realidade, retirando-o dela como se o fenômeno dela independesse” (ANDERY, 1988:428).

No método de desvelamento da interrelação dos fenômenos constitutivos de uma dada totalidade o sujeito do conhecimento parte do concreto; com sua análise, reconstrói o fenômeno no pensamento, no nível abstrato; reinsere o fenômeno em sua realidade e em sua totalidade, reproduzindo-o como concreto, como um produto do trabalho do conhecimento humano, portanto, um concreto pensado.

Ao chegar ao concreto pensado, acrescido de qualidades superiores ao concreto anterior, ocorre um salto quantitativo, que resultará em novo processo de conhecimento. O acúmulo de conhecimento resultante de saltos quantitativos determinará, historicamente, o salto para uma outra qualidade de conhecimento. Desta forma, “o processo de desenvolvimento não é linear, porque os estágios podem parecer que são percorridos várias vezes, só que a cada aparente

repetição, retorna-se ao anterior, porém num nível superior” (EGRY, 1996:42).

Ou, de outra forma, conforme indica LÖWY, não é por acaso que MARX define seu método como **dialético** racional porque “na compreensão positiva das coisas existentes ele inclui na mesma ação a inteligência de sua **negação**, de seu **declínio** necessário; porque apreendendo cada forma no **fluxo do movimento**, quer dizer **por seu lado transitório**, nada poderia lhe ser imposto; ele é essencialmente **crítico e revolucionário**” (LÖWY, 1985:74 - grifos no original).

O método de apreensão da realidade ancorado no materialismo histórico e dialético é articulado por três momentos constitutivos, ou seja, as leis da dialética: *lei da unidade e luta dos contrários*, a **tese**, ou o momento de explicitação da unidade dos contrários “que se manifesta nas ligações mais fundamentais, essenciais entre os aspectos, elementos e propriedades nos objetos ou entre objetos. A contradição é pois resultante da relação entre dois polos contrários, sendo a característica fundamental que um lado inexistia sem o outro”. *Lei da transição das mudanças quantitativas para as qualitativas*, a **antítese** que é o momento de oposição dos contrários “que explora as formas do processo de desenvolvimento e permite revelar tanto as vias de aparecimento do novo como a substituição do velho pelo novo”, uma vez que os aspectos quantitativos acumulados (evolução) levam a transformações qualitativas (salto qualitativo). *Lei de negação da negação*, a **síntese**, que “explica que cada qualidade nega a anterior. Ao negar e superar os aspectos da realidade objetiva anterior, com a obtenção de uma nova qualidade, a qualidade anterior é negada, mas não ‘aniquilada’, porque não desaparece sem deixar marcas, pelo contrário, nessa negação o resultado positivo anterior é preservado no desenvolvimento subsequente” (EGRY, 1996:41-2 - grifos meus).

Em síntese, na dialética marxista não existe conhecimento desvinculado das condições concretas da vida material, da realidade, e o sujeito do conhecimento é “um sujeito ativo, um produtor que, em sua relação com o

mundo, com o seu objeto de estudo, reconstrói no seu pensamento este mundo; o conhecimento envolve sempre um fazer, um atuar do ser humano.” Desta forma, o exercício do conhecimento desvela os aspectos constitutivos da realidade e deve buscar a transformação do real pois a “concepção de ser humano, como produtor de bens materiais, de relações sociais, de conhecimento, enfim, como produtor de todos os aspectos que compõem a vida humana, e, portanto, como produtor de si mesmo [...] é o fundamento para a produção de conhecimento, de sua análise da história e de sua análise da sociedade” (ANDERY, 1988:429).

### **2.1.2 O processo de trabalho no modo de produção capitalista e seus desdobramentos**

O processo de trabalho é determinado pela necessidade de superação de uma condição anterior do ser humano e o produto desse processo é o ser humano ampliado pelos instrumentos de trabalho, aderido de uma determinada destreza resultante da prática que anteriormente não possuía, pois “o ser humano cujo carecimento (ou necessidade) houver sido satisfeito já não será o mesmo ser humano, mas um ser humano que pelo menos uma vez se satisfez; o carecimento que tiver sido satisfeito já não será tampouco o mesmo, mas, modificado pelo ato do consumo, terá sido diferenciado e especificado”. Portanto, “o processo de trabalho constitui um dos polos de uma tríplice relação dialética que inclui o ser humano e a natureza, e cujo desenvolvimento é a substância da história” (GONÇALVES, 1992:21-5).

O que confere o caráter social ao trabalho é o fato de que ao transformar o carecimento ou necessidade em finalidade que vai guiar seu processo de trabalho, o ser humano responde não a uma necessidade individual, mas à necessidade do ser genérico, pois “só através de relações entre si os homens-indivíduos-trabalhadores ‘entram’ nos processos de trabalho; essas relações não são apenas ‘subjetivas’, mas se objetivam em relações com os objetos e os

instrumentos de trabalho, e quando o processo termina, deve haver como resultado, ao mesmo tempo: produtos, re-produção ampliada das forças naturais dominadas, reprodução das relações sociais referidas aos objetos e aos instrumentos e, dentro e através disso tudo, re-produção dos próprios indivíduos trabalhadores” (GONÇALVES, 1992:28).

São dois os elementos que compõem o processo de produção. O **primeiro elemento** diz respeito aos *meios de produção* que são os elementos materiais que participam do processo de produção de forma direta ou indireta: a *matéria prima* que é o objeto de trabalho já incorporado de trabalho humano anterior e é a própria matéria sobre a qual se aplica o trabalho no processo de produção, que será transformado no novo produto e os *instrumentos de produção* que são “os elementos como ferramentas, máquinas etc. utilizados para transformar a matéria prima num objeto útil e apenas se desgastam no processo”, não transferindo materialmente nada de si ao novo produto (PARO, 1988:41).

O **segundo elemento** é a *força de trabalho* ou capacidade de trabalho, que é a energia humana gasta no processo de produção. É “o conjunto das faculdades físicas e espirituais que existem na corporalidade, na personalidade viva de um ser humano e que ele põe em movimento toda vez que produz valores de uso de qualquer espécie” (MARX, 1988:135). Diferentemente dos meios de produção, “a força de trabalho acrescenta ao produto final mais valor do que ela mesma possui. Essa condição de tanto os meios de produção como força de trabalho se apresentarem como *mercadorias*, é considerada a especificidade do modo capitalista de produção” (PARO, 1988:41 - grifo meu). E essa particularidade faz com que a grandeza de valor da mercadoria (força de trabalho ou meios de produção), seja medida através do tempo de trabalho socialmente necessário para produzi-la e reproduzi-la.

O *trabalho que cria valor* é o trabalho quantitativamente distribuído, socialmente igualado (ou igual, homogêneo), entendido como a massa total de trabalho (de toda a sociedade), característica comum a qualquer tipo de economia



(mercantil ou socialista) porque a igualação ocorre através da troca. O que caracteriza a economia mercantil (capitalista) é o “*trabalho necessário para a produção dos meios necessários à subsistência (como alimentação, vestuário, educação, lazer) e reprodução da força de trabalho*” (RUBIN, 1987:81 - grifos meus).

No modo de produção capitalista, o trabalho é revestido de duas dimensões: o *valor de troca* que traduz a quantidade de trabalho empregado na produção de uma mercadoria, portanto incorporada de uma propriedade específica que é a de ser produto do trabalho humano e o *valor de uso* cuja característica diz respeito à sua *propriedade enquanto mercadoria*. O valor de troca refere-se à relação entre homens e o valor de uso à relação entre mercadorias.

“Ao equiparar seus produtos de diferentes espécies na troca, como valores, equiparam seus diferentes trabalhos como trabalho humano. Não o sabem, mas o fazem. Por isso, o valor não traz escrito na testa o que ele é. O valor transforma muito mais cada produto de trabalho em um hieroglifo social. Mais tarde, os homens procuram decifrar o sentido do hieroglifo, descobrir o segredo de seu próprio produto social, pois a determinação dos objetos de uso como valores, assim como a língua é seu produto social” (MARX, 1988a:72). Isso define o que é *valor: a característica peculiar de uma coisa, incorporada de trabalho humano*. Ou, de outra forma, valor é “tudo aquilo que faz parte do ser genérico do ser humano e contribui, direta ou mediamente, para a explicação desse ser genérico” e “dos componentes da essência humana [...] o trabalho (a objetivação), a socialidade, a universalidade, a consciência e a liberdade” (MÁRKUS apud HELLER, 1992:4), ou seja, “a realização gradual e contínua das *possibilidades* imanentes à humanidade, ao gênero humano” (HELLER, 1992:4 - grifo no original).

A dupla dimensão do trabalho, expressa no valor de uso e no valor de troca “não representa uma ‘propriedade’ do produto do trabalho, mas uma

determinada ‘*forma social* ou ‘*função social*’ que o produto do trabalho desempenha como elo de ligação entre produtores, como um ‘intermediário’ ou um ‘portador’ das relações de produção entre as pessoas” (RUBIN, 1987:83-4 - grifos no original).

Isso porque nas sociedades capitalistas, a relação entre os seres humanos é concretizada na relação econômica entre classes, que vai determinar a qualidade de vida do sujeito individual. Segundo a compreensão marxista, “na produção social da própria vida, os homens contraem relações determinadas, necessárias e independentes de sua vontade, relações de produção estas que correspondem a uma determinada etapa do desenvolvimento das forças produtivas materiais. A totalidade dessas relações de produção formam a base real sobre a qual se levanta uma superestrutura jurídica e política, e à qual correspondem formas sociais determinadas de consciência. O modo de produção da vida material condiciona o processo em geral de vida social, política e espiritual. Não é a consciência dos homens que determina o seu ser, mas, ao contrário, é o ser social que determina sua consciência” (MARX, 1982:25).

Desta forma, no processo de produção capitalista, o comando está nas mãos dos proprietários dos meios de produção e esse comando se reflete na superestrutura política, jurídica e ideológica que vai determinar a forma de convivência entre os homens, ditar valores e modelos de comportamentos, estabelecer o padrão estético e ético das relações humanas, mediados pela ideologia do bloco dominante.

Essa relação social necessária, segundo a perspectiva do marxismo, é peculiar ao modo de produção capitalista, onde a jornada de trabalho do ser humano é capaz de produzir mais do que o necessário para sua subsistência. O período de tempo gasto na produção da sua subsistência chama-se “*tempo de trabalho necessário*” e o trabalho dispendido durante esse tempo é chamado “*trabalho necessário*”. O tempo que é utilizado na jornada de trabalho que não é necessário para a produção de sua subsistência, quando ele produz um valor

adicional chama-se “*tempo de trabalho excedente*” e o trabalho dispendido nesse processo chama-se “*trabalho excedente ou mais trabalho*” (PARO, 1988:41-2).

O que caracteriza *as relações de trabalho* no modo de produção capitalista é a existência do trabalhador livre, que dispõe de uma mercadoria particular, sua força de trabalho, e não dispõe de nenhum meio de produção, restando-lhe colocá-la à disposição como uma mercadoria e vendê-la por um tempo determinado, aos proprietários dos meios de produção. As relações sociais no modo de produção capitalista, “se constituem em relações de exploração de uma parte da população sobre outra, sob a forma da apropriação do produto do trabalho alheio. Essa exploração só é possível porque o trabalho, nessa sociedade, produz um excedente. Sem a produção de excedentes por uns, não é possível sua apropriação por outros.” Entretanto, a produção de excedentes não é característica peculiar do capitalismo e já ocorria nas organizações sociais primitivas (PARO, 1988:35).

Na “sociedade comunista primitiva, na família patriarcal camponesa, ou na sociedade socialista, o trabalho de todos os membros de uma determinada unidade econômica é distribuído de antemão, e conscientemente, entre as tarefas individuais, segundo o caráter das necessidades dos membros do grupo e do nível de produtividade do trabalho”, diferentemente da economia mercantil, onde não há controle da distribuição do trabalho entre as unidades individuais de produção, portanto, o que diferencia a produção do excedente no capitalismo é sua expressão, ou seja, a produção da *mais-valia* (RUBIN, 1987:79 - grifo meu).

Isto ocorre porque a mercadoria *força de trabalho* entre as mercadorias que o capitalista compra como *meios de produção*, tem um valor de uso peculiar. Enquanto os outros meios de produção transferem a mesma magnitude de valor para o produto, a força de trabalho, na realização do valor de uso, como trabalho do trabalhador, “cria mais valor do que o contido na força de trabalho paga pelo capitalista.” Esse valor produzido pelo trabalho excedente é chamado *mais-valia*, que é “o objetivo último do processo de produção capitalista, pois, embora

pagando o valor justo da *força de trabalho*, o capitalista não remunera todo o *trabalho* realizado pelo trabalhador, mas apenas uma parte, aquela necessária para produzir o valor de sua força de trabalho” (PARO, 1988:43 - grifos no original).

O objetivo último do proprietário dos meios de produção é a expansão ao máximo do capital e para que isso ocorra, é necessário a utilização máxima da força de trabalho. Acontece que o emprego dos meios de produção é imprescindível para que a expansão do capital resulte em mercadoria e isto se dá às custas do consumo da energia vital do trabalhador. A exploração capitalista não se relaciona com homens individualmente considerados, mas a uma condição historicamente determinada.

Portanto, o lugar do ser humano singular na formação econômica da sociedade é relativizado, pois “aqui só se trata de *pessoas* à medida que são personificações de categorias econômicas, *portadoras* de determinadas relações de classe e interesses” e do ponto de vista que enfoca o desenvolvimento da formação econômica da sociedade como um processo histórico-natural, o indivíduo não pode ser responsável por relações das quais ele “é, socialmente, uma criatura, por mais que ele queira colocar-se subjetivamente acima delas” (MARX, 1988a:19 - grifos no original).

A divisão artesanal do trabalho (anterior, mas coexistente no capitalismo), pressupunha uma cooperação em sua forma mais simples, em que os trabalhadores definiam conjuntamente e planejadamente o processo e a divisão do trabalho no mesmo processo ou processos de produção diversos, mas conexos. No desenvolvimento das relações econômicas, a existência de força de trabalho disponível e do proprietário de meios de produção que a explora com a finalidade que extrair desse processo o trabalho excedente, a mais-valia (forma peculiar do modo de produção capitalista), determinou a *divisão social do trabalho* pelos diferentes ramos de atividade na sociedade, comum a todas as sociedades conhecidas, e também a *divisão pormenorizada* ou *divisão técnica do trabalho*,

sua característica particular.

Os primeiros tempos do capitalismo caracterizaram a “*subsunção formal do trabalho ao capital*” e a produção da “*mais-valia absoluta*”, ou seja, o trabalhador que na manufatura desenvolvia todas as etapas do processo de produção, passou a responder à necessidade do capital, por quem é comprado como mercadoria peculiar, como força de trabalho e o produto do seu trabalho não mais lhe pertence, mas ao capitalista, que detém a propriedade dos meios de produção. A produção de mais-valia absoluta efetiva-se através do prolongamento e intensificação da jornada de trabalho (PARO, 1988:47).

O desenvolvimento dos meios de produção, os limites impostos pela resistência física do trabalhador ao processo produtivo, a luta por melhores condições e pela redução da jornada de trabalho, levaram ao aumento da produtividade em relação ao tempo de trabalho necessário, resultando para o capitalista, uma mudança qualitativa entre trabalho necessário e excedente, “sem que se promova o prolongamento da jornada de trabalho. A mais-valia decorrente dessa redução do tempo de trabalho necessário é chamada *mais-valia relativa*” (PARO, 1988:47).

Ao se consolidar a subordinação formal do trabalho ao capital, “o trabalhador individual, que executava antes todas as operações constitutivas de seu ofício na feitura de determinado valor de uso, passa, agora, a executar apenas uma das numerosas partes em que foi o trabalho subdividido e distribuído a grande número de trabalhadores, que com ele, compõem o *grande trabalhador coletivo*” e isso quer dizer que o confinamento do trabalhador a uma atividade parcial do processo de trabalho o priva de exercitar e desenvolver suas capacidades, alienando-o de sua obra humana, ao separá-lo através da apropriação capitalista, do produto do seu trabalho (PARO, 1988:50 - grifos meus).

A alienação do produto do trabalho do trabalhador aprofundou-se no

capitalismo consolidado, com a inversão da relação ser humano/natureza, concretizada pela *subsunção real do trabalho ao capital*: “em lugar do instrumental de trabalho servir de mediação entre o trabalhador e o objeto de trabalho, é o trabalhador que se torna mediador entre o instrumental de trabalho e a natureza. Não é mais o trabalhador que utiliza os instrumentos de produção, para transformar a matéria prima em objeto útil; é, pelo contrário, a máquina que utiliza o trabalhador, determinando-lhe o movimento e o ritmo de trabalho”, ou seja, o processo real de produção transformou-se de tal forma que o *trabalho vivo* (“que se incorpora diretamente ao produto pelo trabalhador, no ato da produção”) é dominado pelo *trabalho morto* (“aquele incorporado nos instrumentos de produção”) (PARO, 1988:53 - grifos meus).

Esse movimento foi determinado economicamente, pois vem possibilitando ao dono dos meios de produção, determinar exatamente o tipo de trabalhador para a determinada parcela do trabalho a que é destinado, e isto se “aplica a todas as formas de trabalho na sociedade capitalista, independentemente da sua seqüência ou níveis hierárquicos” (PARO, 1988:53-4).

Uma vez compreendida a consolidação e o peculiar processo de trabalho do modo de produção capitalista que vem sofrendo transformações, mas não parece dar sinais de superação, faz-se necessária uma análise do *processo de trabalho em saúde*.

O trabalho desenvolvido numa instituição pública de assistência à saúde mental é considerado *trabalho improdutivo* porque *no sistema de produção capitalista, só é trabalho produtivo aquele do qual é extraído mais-valia*, ou seja, “todos os trabalhos que não se realizam sob a forma de uma empresa organizada sobre os princípios capitalistas, não se incluem no sistema capitalista de produção, nem são considerados trabalho ‘produtivo’” (RUBIN, 1987:281). Vale dizer que o trabalho é *produtivo* ou *improdutivo* não do ponto de vista do *conteúdo*, mas da *forma social da organização econômica* na qual está referido, pois não é a atividade concreta que determina se o trabalho é produtivo ou

improdutivo, mas a *forma* como ele se concretiza.

### **2.1.3 Processo de trabalho em saúde e modelos de atenção em saúde mental**

O exercício da humanidade na prática em saúde, relativizado o determinado contexto histórico e econômico onde ocorre, tem sido o de observar o fenômeno do adoecimento, propor, experimentar ou inventar um tratamento com os meios disponíveis, aguardar e acompanhar a evolução do quadro e o curso do sofrimento, avaliar os resultados: diminuição ou eliminação da dor, sua melhor compreensão ou a morte, a depender do que, reinicia-se ou finaliza-se o processo.

Quem estruturou e universalizou esta perspectiva de apreensão e intervenção foi Hipócrates (460-356 A.C.), que legou aos trabalhadores de saúde, particularmente ao trabalhador médico, o método clínico. Cabe ressaltar que o conceito de saúde da medicina hipocrática é pré-funcionalista e compreende o fenômeno do adoecimento como um processo da natureza, que deve ter um encaminhamento harmônico com as leis naturais, através da intervenção do médico (PORTO, 1996).

A medicina científica e funcionalista inaugurada no final do século XVIII, como consequência do desenvolvimento das ciências biológicas, da anatomia, da microbiologia, cuja concepção do processo saúde/doença é ancorada na relação causa/efeito, tem o idealismo como base filosófica e utiliza, de forma prevalente, o método positivista para análise e apreensão do real. É o berço da *tradição psiquiátrica*.

No período pós-revolucionário francês, quando a burguesia ascendia ao poder, Auguste Comte na obra intitulada "Discurso sobre o Espírito Positivo", explicitava o sentido da palavra positivo, que norteava a sua visão de mundo e cujos pressupostos teóricos resultaram nos cinco princípios construídos

historicamente: real em oposição ao quimérico; contraste do útil com o inútil; oposição entre certeza e a indecisão; oposição entre o que é preciso e o que é vago; positivo como contrário de negativo (VERGEZ; HUISMAN, 1988).

A concepção positivista, dominante em todos os campos de pesquisa, das ciências sociais às da natureza, prescreve a atitude ideológica de não confrontação com as condições objetivas da vida e é reconhecida como a “doutrina da neutralidade axiológica do saber”. Fundamenta-se em premissas que estruturam um sistema coerente e operacional, ou seja, “a sociedade é regida por leis naturais, e invariáveis, independentes da vontade e da ação humanas”; “a sociedade pode ser assimilada pela natureza e ser estudada pelos mesmos métodos, *démarches* e processos empregados pelas ciências da natureza” e as ciências “devem limitar-se à observação e à explicação causal dos fenômenos, de forma objetiva, neutra, livre de julgamentos de valor ou ideologias, descartando previamente todas as prenoções e preconceitos” o que caracteriza em si o compromisso com forma conservadora de saber e de atuar no mundo (LÖWY, 1988:17).

Com o advento das concepções positivistas, a humanidade organizou, normatizou e uniformizou procedimentos em todas as áreas da ciência e das relações humanas. No início do século XIX surgiram as escolas normais; a regulamentação do exército; a contagem dos mortos e vivos; o fracionamento do trabalho médico enquanto trabalhador médico coletivo<sup>8</sup> e na segunda metade, a primeira Escola de Enfermagem, em Londres, sob a tutela vitoriana de Florence Nightingale (FONSECA, 1996).

Esta nova ordem pode ser constatada através da “codificação encontrada nos regulamentos de hospitais do século XVIII, em que se diz onde cada pessoa deve estar colocada, que o médico deve ser anunciado por uma sineta, que a

---

<sup>8</sup> Trabalhador médico coletivo é entendido como as práticas sociais em saúde que se estruturaram com o advento da medicina moderna, no final do século passado, como consequência do fracionamento do trabalho médico e da consolidação do modo de produção capitalista. Para melhor compreensão deste conceito, vide:



enfermeira deve estar na porta com um caderno nas mãos e deve acompanhar o médico quando ele entrar, etc.” (FOUCAULT, 1993:110).

Enquanto o adoecimento psíquico era considerado “uma forma de erro ou de ilusão [...] as prescrições médicas eram de preferência a viagem, o repouso, o passeio, o retiro, o corte com o mundo vão e artificial da cidade” (FOUCAULT, 1993:120-1). O contexto sócio-político caracterizava-se pelo momento de “expansão do capitalismo nos países industrializados, pelo seu impulso inicial nos países não-desenvolvidos e pela sua primeira grande crise nos países desenvolvidos (1830-1840)”. Ao mesmo tempo em que assistia-se “à expansão e crescimento das forças produtivas, da economia, e, portanto, da riqueza; associado ao avanço da ciência”, a humanidade experimentava uma expansão sem precedentes do ponto de vista econômico e a sociedade crescia também em número, em pobreza e em consciência política (ANDERY, 1988:402).

O alinhamento sócio-econômico do mundo ocidental ao modo de produção capitalista exigiu um determinado padrão de regularidade e competência na ação do ser humano que foi apreendido e legitimado pelo pensamento positivo. Essa conexão contemplou duas necessidades distintas - a manutenção do sistema e a subordinação da vontade, possibilidade e expressão criativa do ser humano - pois, neste modo de produção, o trabalhador está necessariamente submetido às leis dos meios de produção.

No final do século XIX, o sistema viveu a segunda fase de expansão, com a consolidação do capitalismo internacional. Do ponto de vista político, foi o período onde emergiram as propostas de governos de cunho nacionalista e liberal, quando a maioria dos países da Europa completaram sua unificação econômica e política, desenhando o quadro dos países capitalistas avançados.

Neste mesmo contexto, o hospital de ESQUIROL caracterizava-se por

ser o local que permitia à medicina descobrir “a verdade da doença mental, afastar tudo aquilo que, no meio do doente, (pudesse) mascarar-la, confundir-la, dar-lhe formas aberrantes, alimentá-la e também estimulá-la”. Além de ser o lugar de desvelamento da doença e do seu curso, o hospital era o lugar de confronto entre a “loucura, a vontade perturbada, a paixão pervertida” do doente, com a “vontade reta e paixões ortodoxas” do médico. No hospital psiquiátrico do século XIX, caracterizado como “um lugar de diagnóstico e de classificação”, a loucura e o louco ficaram submetidos ao saber médico, que podia dizer “a verdade da doença pelo saber que dela (tinha), e (era) aquele que podia produzir a doença em sua verdade e submetê-la, na realidade, pelo poder que a sua vontade exercia sobre o próprio doente” (FOUCAULT, 1993:121-2).

Assim como na Europa dos séculos XVIII e XIX, também no Brasil da segunda metade do século XIX, “os doentes mentais eram colocados nas prisões por vagabundagem ou perturbação da ordem pública, os loucos erravam pelas ruas ou eram encarcerados nas celas especiais dos hospitais gerais da Santa Casa de Misericórdia” (COSTA, 1981:21).

A tradição psiquiátrica (de Pinel a Esquirol; somatistas e psiquistas alemães, como Griesinger e Guislain; organicistas, como Bayle e Swain; anatomistas e etiologistas, como Falret e Morel; os biólogos e pesquisadores da medicina molecular da atualidade), reza que o usuário de serviço de saúde mental é o portador de um agravo localizado no seu corpo individual, que necessita da intervenção médica em seu sintoma, que interfira no seu processo patológico.<sup>9</sup>

Segundo a tradição, o hospital psiquiátrico tem sido o lugar de intervenção, descobrimento e execução do saber médico por excelência. Nesse *processo de trabalho*, cujo objeto de intervenção (objeto de trabalho) é a doença,

---

Universidade de São Paulo, 1992. /mimeografado/

<sup>9</sup> Um estudo metódico sobre psicose/doença mental e a instituição psiquiátrica, que passa pelo Alienismo, a Psiquiatria de Setor, o Modelo Americano, a Desinstitucionalização Italiana e a Desospitalização, analisando a assistência comunitária e hospitalar pode ser encontrado em CAVALCANTI, M. T. *O tear das cinzas: um estudo sobre as relações entre psicose e instituição psiquiátrica*. Rio de Janeiro, 1992. 355p. Dissertação (Mestrado). Instituto de Psiquiatria. Universidade Federal do Rio de Janeiro.

o profissional médico detém todo o processo de tratamento e os instrumentos de intervenção (instrumentos de trabalho): estabelece o *diagnóstico*; *prescreve* e *controla* as ações; decide, com base em protocolos bem definidos, o *tratamento*, o *prognóstico* e as *ações restauradoras*. As demais práticas sociais em saúde (enfermagem, terapia ocupacional, psicologia, serviço social) subsidiam o profissional médico, configurando um trabalho em equipe multiprofissional, onde cada um contribui com seus conhecimentos específicos, desenhando um *mosaico parcelado de interpretações* que excluem e submetem o usuário e seu saber sobre a doença. A *finalidade do processo é a restauração da saúde ou a redução dos sintomas, adequando seu portador a um nível aceitável de adaptação social*.

Este modelo - ainda predominante no país - exclui o potencial de conhecimento do usuário na construção do projeto terapêutico. Além disso, o parcelamento do processo de trabalho impõe ao profissional de saúde, com exceção do profissional médico, como a qualquer trabalhador no modo de produção capitalista: “a sua desqualificação profissional; a neutralização do seu potencial de intervenção; a limitação do seu poder de opção; a desumanização de seu trabalho; o empobrecimento de sua capacidade criativa e a ruptura da unidade entre concepção e execução”. A unidade entre concepção e execução permanece sob o domínio do profissional médico que vai integralizar, mas de forma parcelada, “o trabalho no sentido humano, integrado por pensamento conceptual e a atividade prática” (PARO, 1988:65). Essa apropriação do processo de trabalho em saúde pelo profissional médico vai se refletir no imaginário coletivo, que nele deposita toda a responsabilidade pelo sucesso ou fracasso das intervenções em saúde.

A base ideológica desse modelo é o idealismo positivista (que advoga a universalidade e a generalização dos processos de conhecimento) e utiliza o método clínico-positivo predominante na ciência médica. Desta perspectiva, fica evidente que o ser humano, acometido e limitado pelo adoecimento psíquico, fica

ainda submetido aos cuidados da psiquiatria nascente do século XVIII que permanece como hegemônica até os dias atuais. Desta forma, o doente mental foi apartado do universo onde se produzia e reproduzia os meios da existência. Ora, se o sujeito constitutivamente incorporava uma dificuldade de inclusão ao processo produtivo, a psiquiatria regulamentou essa condição. A vocação histórica da psiquiatria, de tomar para si uma parcela do controle social, vai se reproduzir no início do século XX, também no Brasil, quando as idéias higienistas e profiláticas surgem como uma forte tendência de intervenção político-sanitária.<sup>10</sup>

Numa visão de mundo antagônica a essa, “a aproximação com o real considera o contexto histórico, social e econômico em que se dão os fenômenos e as ações que deles resultam, portanto, a realidade é entendida como contraditória em constante transformação. O modelo de atenção estruturado a partir de tal concepção filosófica toma cada prática social em saúde como totalidade parcial, que compartilha um projeto coletivo, não mais determinado hegemonicamente por uma única prática, mas pela articulação delas”. Trata-se não da perda da identidade profissional, mas da relativização desta no coletivo (SILVA; FONSECA, 1995:6).

Este modelo de atenção pode ser observado no CAPS, do qual será destacada uma atividade terapêutica, com o objetivo de exemplificar sua contraposição com a tradição psiquiátrica. Trata-se do Toque Mágico.<sup>11</sup>

Uma usuária com longo percurso por instituições psiquiátricas, sem moradia fixa, tem um vínculo institucional com o CAPS de cerca de seis anos. Durante essa atividade ela diz que quer tomar banho (o banho do usuário é pauta

---

<sup>10</sup> Vide COSTA, J. F. As origens históricas da Liga Brasileira de Higiene Mental. In: COSTA, J. F. *História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. 3. ed. Rio de Janeiro, Campus, 1981.

<sup>11</sup> A atividade acontece às terças-feiras no CAPS, tem duas horas de duração, é coordenada por uma auxiliar de enfermagem e um vigia que atualmente desempenha a função de porteiro. Tem como objetivo trabalhar a dificuldade do usuário de cuidar de si e busca colocar no lugar dessa dificuldade uma imagem corporal que lhe corresponda. Participam do projeto os estagiários de graduação de enfermagem, psicologia e aprimorandos de psicologia e terapia ocupacional. SILVA, A. L. A e *Enfermagem em saúde mental:*

de discussão clínica, realizada pela equipe, que avalia a pertinência da intervenção, uma vez que usuário em tratamento no CAPS reside na sua casa ou no local que tem essa função e sua situação de *homeless* não é totalmente clara para equipe do CAPS, pois há uma hipótese de que a usuária opte por esse tipo de vida, uma vez que ela reside períodos irregulares de tempo com os filhos). A idéia é estimular que as atividades de vida diária componham o cotidiano do usuário na sua residência e não na instituição de tratamento.

Na lógica tradicional de uma instituição de assistência à saúde mental existe a compreensão de que a atividade de higiene deve ser acompanhada pelo pessoal da enfermagem, portanto, seguindo essa lógica, estagiárias de graduação de enfermagem se prontificaram para acompanhá-la, ao que a usuária recusou quando viu que seriam três pessoas a observar sua higiene corporal.

Essa situação pode mostrar as duas formas diversas de abordar a mesma questão. No modelo tradicional de tratar a doença mental, a necessidade do usuário fica submetida às normas e regras pré-estabelecidas, que garantem a eficiência e eficácia dos serviços, atualizam rotinas e o lugar profissional fica restrito ao seu campo próprio e específico de conhecimento. Assim, a necessidade do usuário é tratada de forma a não desestabilizar a rotina institucional, ficando subordinada à necessidade de organização dos prestadores do serviço.

Na clínica ampliada, ao se considerar as necessidades da usuária do ponto de vista clínico e social, avaliar-se procedente responder à sua demanda de imediato, acatando sua recusa, faz-se a compreensão de duas necessidades distintas: da *usuária* (um banho) e das *estagiárias* (de observar o procedimento da higiene corporal).

A intervenção profissional (*processo de trabalho na clínica ampliada*) que ouve e encaminha a necessidade do usuário (*objeto de trabalho*), coloca-o no

---

formação e prática no contexto da reforma psiquiátrica. /Apresentado ao 1 Encontro Mineiro de Enfermagem

lugar de sujeito (*finalidade do processo de trabalho*) e não de paciente, além disso, o trabalhador (técnico ou de apoio) que detém a compreensão da intervenção pode operar o dispositivo, que o retira do lugar profissional específico e o coloca como parte de um projeto terapêutico coletivo (*instrumentos de intervenção*). Neste sentido, o trabalho na clínica ampliada, promove uma desconstrução do papel profissional tradicional, porque privilegia a necessidade do usuário, em detrimento do conforto técnico-teórico dos prestadores de assistência.

O modelo de atenção com estes pressupostos teóricos se contrapõe ao clínico-positivista que caracteriza a tradição hospitalocêntrica e asilar das políticas públicas de atenção à Saúde Mental no Brasil. Na clínica ampliada, o projeto terapêutico coletivo “é participativo como condição peculiar de existência porque encerra a possibilidade efetiva da ampliação da consciência do profissional que desenvolve a totalidade do processo de trabalho, desde a sua concepção até sua implementação, responsabilizando-se por essa relação, que contém em si própria a possibilidade de transformação do real” (SILVA; FONSECA, 1995:6).

A prática de saúde mental no país, a ser superada, acredita que o profissional é o único sujeito que dispõe da fórmula que responde à necessidade de saúde da população usuária, e caracteriza-se pela relação entre um sujeito que submete (profissional) e o que é submetido (usuário individual ou familiar) a um determinado projeto assistencial. Em contraposição a este modelo, na clínica ampliada, o vínculo entre instituição e o usuário (individual ou familiar), passa a ser a fonte dialógica entre sujeitos, aqui denominados parceiros que emprestam de um lado o saber técnico (profissional) e de outro o saber leigo, mergulhado na problemática (usuário individual ou familiar), para a construção de respostas às suas necessidades.

A parceria, por definição, tira os dois polos do lugar anterior e estabelece

necessariamente entre as partes uma relação transformada e transformadora. A forma como se processa o salto da população usuária do lugar de submetido para o de parceiro, relaciona-se com os pressupostos teórico-ideológicos que sustentam determinada prática. A forma como o mesmo salto se processa com os profissionais relaciona-se com a visão de mundo<sup>12</sup> que admite a transformação pois, neste modelo, o usuário é chamado a falar da sua história, implicar-se, responsabilizar-se pelo tratamento, interferindo no projeto terapêutico com o seu saber, podendo fazer a apropriação do seu processo saúde/doença. Desta forma, o adoecimento é tomado como um processo, como uma experiência a ser compartilhada entre o saber formal, científico, dado pelos profissionais, e o saber laico, do senso comum, dado pelo sujeito, individual ou familiar que sofre o agravo.

#### **2.1.4 Da tradição psiquiátrica - trabalho: punição/adaptação social - a uma superação viável - trabalho: cooperação para o trabalho/reabilitação psicossocial**

A associação entre *trabalho* (atividade) e *tratamento* (dos que apresentam perturbações mentais) tem sua gênese na Antigüidade grega, mas constituiu-se como um conjunto teórico a partir do Tratamento Moral<sup>13</sup>, que pode ser identificado como um método educativo-pedagógico das condutas e dos costumes aceitáveis e da adaptabilidade social.

O Tratamento Moral foi inspirado nos princípios humanistas da Revolução Francesa quando o ser humano “elevou-se à dignidade de cidadão [...]

---

<sup>12</sup> Visão de mundo: "conjunto de princípios, pontos de vista e convicções que determina a atitude do homem em relação à realidade e a si próprio, a orientação da atividade de cada pessoa concreta, grupo social, classe ou sociedade em geral" (KRAPIVINE apud FONSECA, 1990).

<sup>13</sup> Um estudo cronológico da conexão entre trabalho, ocupação terapêutica e reinserção social do doente mental pode ser encontrado em BENETTON, J. Constituinte o eixo central: o uso de atividades em psiquiatria. In: BENETTON, J. *Trilhas associativas: ampliando recursos na clínica da psicose*. São Paulo,

e o ‘insano’, até então animal de circo” (CERQUEIRA, 1965:11) foi incorporado como doente pela psiquiatria nascente. No contexto da primeira revolução psiquiátrica e praxisterápica pineliana o *trabalho* e a *ocupação terapêutica* constituíram-se como o eixo da assistência destinada aos alienados mentais. A doença “que causava contradições na razão, ilusões, desordem moral e atitudes anti-sociais, deveria ser enfrentada pelo trabalho [...] definido como produtivo, regular e agradável [...] instrumento da aprendizagem da ordem, regularidade e disciplina” (BENETTON, 1991:20-1).

O Tratamento Moral permaneceu como o paradigma da assistência aos alienados mentais desde o século XIX e a primeira sistematização teórica sobre tratamento ocupacional no século XX foi realizada pelo psiquiatra alemão HERMAN SIMON (1929) a partir de sua concepção filosófica fundamentada na idéia do Logos (no sentido de ação regida por uma sabedoria, uma lógica suprema) incorporada dos conceitos psiquiátricos de Bleuler. “O nervo da concepção de SIMON é que a vida é atividade incessante” (SILVEIRA). Para aquele autor, “a raiz de todos os males, reside na *inatividade*. A ociosidade não só é o começo de todos os vícios - em nossos pacientes falamos de ‘rasgos antisociais’ - mas também da demência. *A vida é atividade!* Este princípio rege tanto a vida corporal como a mental. As forças que não são utilizadas diminuem e desaparecem. A agilidade mental, da qual depende todo rendimento, só se conserva à força de ocupação” (SIMON, 1937:23-4 - grifos no original).

Portanto, na Terapia Ativa de SIMON o uso do *trabalho* relacionava-se ao enfrentamento da inatividade; era um instrumento de organização manicomial e de aquisição de responsabilidade por parte do doente. Num processo semelhante ao educacional, a terapia ativa propunha a graduação das dificuldades para o desenvolvimento do trabalho, ou seja, a divisão do trabalho em etapas que iam das mais simples às mais complexas. Desta forma, todos doentes ou a maior parte deles (que apresentavam níveis variados de dificuldade) podiam ocupar-se e

---

Lemos, 1991: 19-25. Outros estudos relacionados ao tema, realizados por terapeutas ocupacionais:



com isso manter organizado o ambiente manicomial (BENETTON, 1991).

Pode-se identificar uma vertente europeia do Tratamento Moral (PINEL, na França; CHIARUGI, na Itália; TUKE, na Inglaterra; REIL, na Alemanha, precursores de SIMON) em que o *trabalho* constituía um instrumento de educação e treinamento, prescrito pelo profissional médico, a partir de uma compreensão biológica de sua necessidade, relacionado de forma orgânica com a instituição manicomial. Nessa vertente, a instituição organizava-se a partir do *trabalho* dos doentes.

A vertente americana contemporânea do Tratamento Moral foi a protagonizada por ADOLPH MEYER no início do século, cujo modelo preconizava: a organização institucional estruturada à semelhança da sociedade; treinamento de técnicos de enfermagem, do serviço social e terapeutas ocupacionais; o comportamento da equipe de trabalhadores (suas atitudes e condutas) como modelo de normalidade para o doente; a orientação das famílias com o objetivo de recebê-los na comunidade (MEYER, 1984; BENETTON, 1991).

MEYER e seus seguidores, como STAGLE, HAAS, MASRH inauguraram no início do século XX, o modelo de reabilitação que prevaleceu até a década de 50, embora com variações de estratégias, mantiveram comuns os objetivos que se vinculavam: a) à *aquisição de comportamentos aprovados socialmente*; b) ao *treinamento para o trabalho* orientado no hospital; c) à *ressocialização* como mecanismo de habilitação para ser produtivo no mundo econômico; d) à *disciplina* através de atividades estruturadas como forma de obter um controle mais adequado de si próprio e respostas mais apropriadas para sua própria realidade. A vertente americana do Tratamento Moral que indicou a perspectiva do *trabalho* como forma de *adaptabilidade social* com vistas à reinserção, incluiu nos seus pressupostos o embrião do trabalho em equipe, preservando a prescrição do *trabalho* como tratamento, portanto, como uma

conduta do profissional médico (MEYER, 1984).

A conexão *trabalho/tratamento* começou a ser questionada na década de 30, com as comunidades terapêuticas. No contexto da segunda revolução psiquiátrica é que ocorre a primeira ruptura da conexão *trabalho/tratamento* por força da inclusão dos novos referenciais terapêuticos impostos por aquele modelo clínico: o espaço institucional, as relações interpessoais e o trabalho coletivizado entre terapeutas e doentes, como forma de interação com o micro-espaço social representado pelas comunidades.

Nos anos 50 segue-se a chamada terceira Revolução Psiquiátrica impulsionada pelo desenvolvimento da psicofarmacologia, pelo flagelo da humanidade no pós-guerra e pelo modelo da Psiquiatria Comunitária (PITTA, 1996b). À medida em que a prática de saúde vai incorporando novas tecnologias médicas, particularmente os psicofármacos, mais se observa o afastamento do *trabalho* como dispositivo de *tratamento*. Essa ruptura vai ser mais evidentemente observada na década de 80 e a conexão *trabalho/tratamento* será investida de uma verdadeira contra-indicação terapêutica por seu efeito alienador, defendida por uma parcela dos prestadores de serviço comprometida com os aspectos éticos e legais com relação às condições de trabalho de qualquer ser humano. Essa questão está mais detalhada adiante.

Nesse sentido, o modelo americano de Treinamento de Habilidades Sociais, (Social Skill Training - SST- representado por LIBERMAN, WALLACE, BELLACK, ANTHONY, FARKAS, CASTELFRANCHI, MORRISOL) vertente herdeira do Tratamento Moral, de perspectiva behaviorista, cuja base conceitual apoia-se na concepção bio-psico-social do ser humano, aceita a teoria da vulnerabilidade psicobiológica individual como fator de risco e de desencadeamento do processo patológico, aliada aos “eventos da vida” estressantes e imprevisíveis, no âmbito familiar, social ou de trabalho. Nesse modelo, a reabilitação psiquiátrica é concebida segundo os pressupostos da reabilitação física, com técnicas de orientação comportamentalista, onde a

dimensão terapêutica é relacionada estritamente ao tratamento psicofarmacológico (SARACENO, 1994).

Da mesma maneira, teve origem o Modelo Psico-Educativo nos estudos de WING e BROWN em Londres na década de 60 aferindo o nível de Emoção Expressa (E.E.) familiar. São representantes dessa vertente: LEFF, VAUGHN, FALLOON, HOGART, ANDERSON, REISS, CURRAM, LIBERMAN, TARRIER e BARROWCLOUGH. Os estudos e estratégias das intervenções psico-educativas resumem-se numa prática “de *after-care*, de *management* familiar conjugado ao uso de psicofármacos que tem a finalidade principal de reduzir o risco de recaída psicótica e que encontra neste último parâmetro clínico o único elemento de sua eficácia terapêutica” (SARACENO, 1994:8).

Com variação de estratégias, mas preservando a fundamentação do comportamentalismo, SPIVAK compreende o processo de “dessocialização” como um déficit de competência pessoal e social que leva a pessoa a experimentar sucessivos fracassos na tentativa de satisfazer as necessidades individuais e as dos outros. Esse *distanciamento recíproco* resulta na *espiral viciosa à estabilização crônica* que se refere à restrição sempre maior dos estímulos e um crescente distanciamento recíproco que culmina num nível de empobrecimento do ambiente que permite ao paciente obter suas primeiras experiências de sucesso (SARACENO, 1994:15). A forma como as competências sociais são desenvolvidas refere-se ao aprendizado, através do processo de avaliação dos “Comportamentos Socialmente Competentes - CSC” que opera através da identificação dos comportamentos incompetentes que devem ser eliminados e dos comportamentos competentes que devem ser desenvolvidos nas cinco áreas: a habitação; o trabalho; os familiares e os amigos; o cuidado de si e a independência; a atividade social e recreativa.

Subjacente a essa concepção, observa-se uma ampliação do entendimento de reabilitação que começa a incluir na sua base teórica a necessidade de ampliar o espectro de ação para a família e a comunidade,

concomitante à necessidade de compreensão de que a ação reabilitadora é processual e que deve se aproximar o mais possível da vida real. O trabalho já começa a ocupar o lugar de um dispositivo e não a constituir-se a finalidade em si da ação reabilitadora.

A partir da década de 60, e mais notadamente na década de 80, o trabalho da Psiquiatria Democrática Italiana<sup>14</sup> de desconstrução manicomial, rompe com a justificativa acerca do “valor educativo, moral e social (e não de natureza econômica), da necessidade de afastar os pensamentos mórbidos onde o tempo livre poderia tornar-se um tempo vazio e ocioso, que conduziria à introspecção e abandonaria a pessoa a seu mundo de idéias doentias”. A noção de reabilitação implantada por esse processo de desinstitucionalização “irá em busca da reconstrução das histórias de vida, procurando recuperar ou criar vínculos e condições materiais, sociais e emocionais para que se possa romper com a lógica da reprodução das relações de dependência. Não se trata de isolar o momento reabilitação mas de encontrar soluções concretas para cada indivíduo uma vez garantidos seus direitos essenciais como moradia, liberdade, trabalho” (BARROS, 1991a:106-7).

Na última década, o conceito de reabilitação psicossocial avança numa perspectiva ampla de intervenção e passa a ser “uma atitude estratégica do trabalhador, uma condição emotiva do encontro entre os serviços e o usuário, uma política de superação das separações existentes entre os diferentes ambientes e recursos disponíveis” (SARACENO; DE LUCA; BARQUERO, 1992:4), não sendo portanto, um fim em si mesmo, um lugar a se chegar de forma linear, evolutiva. No modelo de atenção ancorado numa compreensão ampliada de tratamento, *reabilitação* é um componente do processo, pois a inclusão do sujeito inicia-se quando ele é ouvido, quando busca-se detectar no seu discurso de qual necessidade está falando, de que natureza ela é, independentemente do estágio clínico em que se encontra.

Com essa compreensão, o CAPS opera o conceito de reabilitação psicossocial como o “conjunto de todas as atividades que tendem à maximização das oportunidades do indivíduo para sua recuperação e para a minimização dos efeitos incapacitantes da cronicidade. Estes objetivos contemplam o manejo ambiental a nível individual, familiar e comunitário” (SARACENO; DE LUCA; BARQUERO, 1992:3).

Nessa perspectiva, o *trabalho* do usuário passa a ocupar o seu lugar devido, não mais restrito a um dispositivo de tratamento, como o era no Tratamento Moral, nem como dispositivo de adaptação social, proposto pelas Ciências do Comportamento, herdeira do Tratamento Moral, nem como o mecanismo de acesso por excelência no jogo das contratualidades sociais, como na Psiquiatria Democrática Italiana, pois acredita-se que além do *trabalho* existem outros dispositivos também pertinentes e eficazes de inclusão social que podem contemplar as necessidades diferenciadas dos usuários, tais como a de organização social e política, as atividades do convívio cotidiano como lazer, religião, vida afetiva e tratamento.

Isso posto, colocar-se-á no foco dessa discussão o Projeto Trabalho desenvolvido no CAPS. Neste, compreende-se *trabalho* como um dos instrumentos de intervenção do processo de trabalho em saúde mental que busca a ampliação do nível de contratualidades sociais do usuário e para isso alinha-se com uma perspectiva de superação de tradição psiquiátrica. Compreende ainda, *reabilitação psicossocial como uma estratégia global, política e afetiva que engloba todas as áreas das relações sociais do usuário individual e familiar, inclusive e particularmente o que se refere ao seu estatuto jurídico de incapaz* (SARACENO, 1995).

---

<sup>14</sup> Sobre reabilitação na Psiquiatria Democrática Italiana e seus pressupostos, veja: SLAVICH, A.; COMBA, L. J., 1974; SCHITTAR, L., 1979; BASAGLIA, F., 1982.

## **2.2 O percurso exploratório**

### **2.2.1 O cenário de estudo**

O CAPS, inaugurado em 1987, é uma estrutura de atendimento à saúde mental substitutiva à hospitalocêntrica e tem por finalidade oferecer tratamento a pessoas acometidas por doença mental. O projeto tem se desenvolvido e ampliado a partir do cotidiano clínico da unidade, em função das questões que os tratamentos continuamente apresentam (BARIÇÃO, 1994).

Durante estes dez anos o CAPS estruturou suas atividades tendo em vista os seguintes objetivos:

- “Criar e desenvolver múltiplas terapêuticas para acolher e tratar pacientes graves, acompanhando os diversos momentos do processo de tratamento e buscando intervenções que preservem a subjetividade do sujeito;
- Desenvolver estratégias e ações dirigidas a possibilitar a reabilitação através de projetos que visam o desenvolvimento de autonomia e organização da vida objetiva dos usuários e de práticas que facilitem e estimulem a participação na sociedade;
- Oferecer campo para pesquisas e estágios supervisionados para diversas categorias profissionais, buscando refletir e organizar este conjunto de conhecimentos que resultam da prática clínica" (BARIÇÃO, 1994:1).

A última ampliação do CAPS diz respeito ao Projeto de Integração Docente Assistencial (PIDA) celebrado em 29 de outubro de 1996 entre a Secretaria de Estado de Saúde e a Universidade de São Paulo, que envolve de um lado o Centro de Atenção Psicossocial e o Ambulatório de Saúde Mental Centro e de outro, os Departamentos de Medicina Preventiva, da Faculdade de Medicina; de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de

## Enfermagem e o Curso de Terapia Ocupacional.

A coleta dos dados empíricos desta investigação foi realizada antes do Convênio e, por isso, a descrição respeita em parte, a estrutura anterior ao PIDA. Entretanto, é seguro afirmar que o PIDA implicará na *expansão* e não na *alteração* dos pressupostos e da base conceitual do trabalho desenvolvido no CAPS. Desta forma, pode-se tomar esta descrição como uma coagulação provisória do que será a estrutura do PIDA consolidado.

O CAPS caracteriza-se como um espaço de intervenção e de formação profissional; um lugar de referência de tratamento e sociabilidade para o usuário e familiar de usuário; onde trabalhadores, estudantes, profissionais de área afim podem desenvolver projetos que tenham identidade com os objetivos institucionais, portanto, não é uma instituição fechada e dispõe de instâncias coletivas para discutir e encaminhar as atividades que se interrelacionam:

1) Reunião Geral da Casa que congrega os profissionais (técnicos e de apoio<sup>15</sup>) e usuários, estagiários de aprimoramento da FUNDAP<sup>16</sup>, estagiários de graduação de psicologia, enfermagem e terapia ocupacional, visitantes, convidados e agregados é semanal, tem duração de uma hora e meia e as pautas relacionam-se a temas de interesse coletivo, como estrutura de atendimento e projeto terapêutico; limpeza e organização do espaço físico; alimentação; festa; visita a usuário internado; agendamento de visita de outras instituições de tratamento ou de ensino; projetos de pesquisa. Cada um dos Núcleos (descritos adiante) tem espaço para informar e colocar em pauta as atividades e projetos que estão desenvolvendo. Deverá ser mantida na vigência do PIDA.

2) Reunião da Equipe de técnicos, pessoal de apoio e estagiários da FUNDAP: semanal, com uma hora e meia de duração, para discussão de aspectos administrativos e terapêuticos do trabalho, onde apresenta-se caso novo, discute-

---

<sup>15</sup> A designação “técnico” refere-se ao profissional de nível superior, enquanto a designação “de apoio” refere-se ao profissional de nível médio (auxiliar de enfermagem, de serviços gerais, administrativos).

<sup>16</sup> Fundação de Desenvolvimento Administrativo.

se o andamento e emergência clínica de usuário em tratamento, propõe-se e discute-se novos projetos terapêuticos ou de reabilitação. Deverá ser substituída pela Reunião de Equipe de Trabalho, instância responsável pelo tratamento estrito senso; pelos projetos de trabalho ou culturais, pelo acolhimento de familiar, porém articulada ao projeto global. A idéia é que as equipes possam desenvolver seus projetos com autonomia, referenciadas pelos pressupostos gerais do PIDA.

3) Reunião Técnica dos profissionais de nível superior e estagiários da FUNDAP, semanal, de uma hora e meia de duração, onde era discutido o trabalho da perspectiva técnica e conceitual; a inserção e participação do CAPS nos fóruns de discussão de saúde mental, encontros, congressos e simpósios e a monografia dos estagiários da FUNDAP no final da formação. Deve ser extinta para dar lugar à Reunião de Coordenadores, responsável pela articulação necessária entre os múltiplos espaços de intervenção do CAPS.

4) Supervisão do Pessoal de Apoio (administração; serviços de infraestrutura: limpeza, refeitório, recepção, porta de entrada e enfermagem), semanal, com uma hora de duração, discute projeto terapêutico e de reabilitação coordenado ou monitorizado pelo pessoal de apoio (Toque Mágico, Mural, A Lojinha, Sabor Paulista - descritos adiante) e os casos clínicos modelares que mobilizam a equipe, com a finalidade de instrumentalizar terapeuticamente as condutas e ampliar a compreensão do processo de adoecimento do usuário. Será preservada.

5) Reunião do Conselho Administrativo do PIDA, que é composto por três representantes da Secretaria de Estado da Saúde, três da Universidade de São Paulo e três da sociedade civil, através da representação dos sócios efetivos da Associação Franco Basaglia. É mensal, com uma hora e meia de duração, tem caráter deliberativo e gerencial. É a instância de prestação de contas e administração de recursos financeiros do Convênio.



O CAPS é organizado em quatro Núcleos:

- **Núcleo Administrativo:** até a concretização do PIDA, responsabilizava-se pela organização burocrático-administrativa da casa, compunha-se de uma coordenação, um auxiliar administrativo, duas recepcionistas, dois porteiros, seis auxiliares de serviços gerais e dois vigias noturnos. Funcionalmente, ocupava-se do prontuário do usuário; do prontuário dos servidores (pessoal técnico e de apoio) e de viabilizar, através de apoio logístico, qualquer atividade de natureza terapêutica ou não, que envolvesse o usuário e o familiar. É um Núcleo onde se observa grande expansão e uma necessária agilidade e competência técnico-administrativa no fluxo burocrático ampliado em consequência do Convênio e da absorção dos recursos humanos e clientela do Ambulatório Centro.

- **Núcleo de Ensino e Pesquisa** será ampliado, com o PIDA, em relação aos objetivos iniciais que vinham sendo operacionalizados por técnicos do CAPS (do Núcleo de Projetos Especiais e do Núcleo Terapêutico), ao longo destes últimos sete anos: a) oferecer Curso de Aprimoramento para profissionais da área de enfermagem, psicologia e terapia ocupacional, através do financiamento da FUNDAP; b) supervisionar estágios de cursos de graduação das diversas áreas de atuação na saúde mental; c) viabilizar a realização de investigação científica de interesse para a área; d) documentar a produção teórico-científica desenvolvida no CAPS.

Será coordenado por um docente da Universidade de São Paulo e a composição, ampliada, passa pela inclusão de docentes dos cursos que compõem o PIDA. Cabe à equipe do CAPS: a coordenação do processo seletivo e o desenvolvimento do programa do Curso de Aprimoramento; a interlocução do CAPS com as diversas instituições formadoras; a supervisão de estágios curriculares; o agendamento e acompanhamento de estágios de observação e visitas; supervisão do pessoal de apoio; seleção e supervisão de novos profissionais, em cooperação com a Universidade. À Universidade cabe:

desenvolver o programa de pós-graduação *Strictu* e *Latu sensu*; orientação de trabalhos nas linhas de investigação científica alinhados aos pressupostos teóricos e conceituais do PIDA, assim como a documentação da produção científica do CAPS; publicações; e financiamento de projetos de formação de recursos humanos em escala alargada para a rede pública.

- **Núcleo Terapêutico** (Núcleo de Atenção Contínua, no PIDA) é o núcleo original em torno do qual foram ocorrendo as modificações e ampliações e onde acontece a intervenção clínica propriamente dita, caracterizada “pelo atendimento diferenciado aos usuários, em que cada sujeito é olhado e ouvido em sua particularidade”; é campo de estágio de aprimoramento profissional, de graduação (e pós-graduação, no futuro) e de investigação científica (BARICÇÃO, 1994:3).

O Núcleo Terapêutico atende usuário em crise, que beneficia-se de atividade terapêutica intensiva e uma população que não se encontra num quadro de desorganização psíquica intensa, mas que necessita e se beneficia em ter um lugar de referência, de convívio, um lugar onde ir. Essas necessidades diversas são atendidas por uma equipe composta por técnicos da área médica, da psicologia, de enfermagem, da terapia ocupacional, do serviço social e profissionais dos serviços de apoio (manutenção, limpeza, recepção e portaria); aprimorandos da FUNDAP; supervisores e estagiários de graduação das diversas áreas de atuação da saúde mental; profissionais não ligados diretamente à área da saúde como marceneiro, artistas plásticos, jardineiro. Como lugar de tratamento e formação clínica propriamente dita, as atividades terapêuticas são estruturadas de forma a privilegiar os espaços coletivos.

Há diferentes modalidades de atendimento (ou instrumentos de intervenção especificamente terapêuticos) coordenados por técnicos: grupo verbal, atendimento individual, medicamentoso e familiar nuclear. Os outros instrumentos de intervenção referem-se aos projetos coordenados pelo pessoal do apoio, por técnico ou estagiário aprimorando, que têm como finalidade intervir

na vida objetiva do usuário, estabelecer regras de convivência e promover sua aproximação com a realidade concreta. Quando a atividade é coordenada por um técnico, ocorre uma discussão ao seu término, que envolve o coordenador, pessoal de apoio, estagiários de graduação e aprimorandos, buscando garantir seu caráter terapêutico e didático. Se a atividade é coordenada pelo pessoal de apoio, a supervisão semanal, é dada por um técnico escolhido por eles, ao passo que quando a atividade é coordenada por um aprimorando, o espaço de discussão é a supervisão semanal de estagiários.

A estrutura de atendimento do Núcleo é operada por uma equipe de profissionais que têm sua prática “sustentada por uma trama de conceitos”<sup>17</sup> que relativiza a importância da discussão sobre a “sociogênese, organogênese ou psicogênese da doença mental [...] porque define seu problema relevante como o sujeito psiquiatrizado ou em vias de psiquiatrização”<sup>18</sup>.

Esse marco teórico adotado institucionalmente, permite aos profissionais “fazer das linguagens teóricas instrumentos de novas redescrições da subjetividade das pessoas assistidas e não da reafirmação da identidade profissional dos assistentes”<sup>19</sup>, portanto, a sustentação teórico-prática da clínica é fundada nos seguintes pressupostos: tomar o sujeito doente como objeto de intervenção e não a doença; relativizar a prática profissional específica no projeto terapêutico coletivo, flexibilidade institucional para acolher o sofrimento psíquico, respeitando o preceito fundamental de cidadania, que é o direito de ir e vir.

As atividades terapêuticas serão ampliadas (a partir da consolidação do

---

<sup>17</sup> GOLDBERG, J. I. Reabilitação como processo - o Centro de Atenção Psicossocial - CAPS: p. 34. In: PITTA, A. (org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo, HUCITEC, 1996a. Os profissionais de CAPS apoiam sua prática profissional numa diversidade teórica enriquecedora, dada pela psicanálise, psicologia analítica, psicologia institucional e psicodrama. Além da formação profissional numa perspectiva dinâmica, há uma tendência à aproximação com a academia, com uma dissertação de mestrado concluída e três trabalhos de investigação científica em andamento (duas dissertações e uma tese), alinhados à perspectiva da saúde coletiva.

<sup>18</sup> COSTA, J. F. Apresentação. In: GOLDBERG, J. I. *Clínica da psicose: um projeto na rede pública*. Rio de Janeiro, Te Corá/Instituto Franco Basaglia, 1994. Nesta análise, Costa sintetiza os pressupostos teóricos que norteiam a prática institucional do CAPS.

PIDA) para atender às necessidades do usuário matriculado no serviço, em período integral, através da clínica-dia e da clínica-noite, funcionando vinte e quatro horas por dia, sete dias por semana.

• **Núcleo de Projetos Especiais** (Núcleo de Projetos, no PIDA) “foi se configurando e estruturando a partir da explicitação de *necessidades* diferenciadas dos usuários nos seus distintos percursos pela instituição” e como os objetivos do Núcleo relacionam-se com projetos que buscam incluir o sujeito no convívio social mais amplo e expandir sua autonomia nos diversos níveis de relacionamento coletivo eles adquirem uma função estruturante no processo de cada um (BARIÇÃO, 1994:5).

O processo de reconhecimento de “*necessidades diferenciadas*” da população usuária está relacionado à concepção de tratamento adotado. No Núcleo de Projetos Especiais (vale dizer no CAPS), o vínculo e a relação terapêutica são os mecanismos utilizados para explicitação de necessidades e o método utilizado é: ouvir, acolher a demanda e construir projetos para a superação dessas necessidades com a participação ativa do usuário.

Entretanto, a viabilidade dos projetos está intimamente relacionada com investimento de ordem material e afetiva. A administração pública padece de dificuldades em oferecer respostas ágeis à necessidade de saúde da população usuária, por isso buscou-se com a fundação da Associação Franco Basaglia, AFB, em abril de 1989, uma parceria com poder jurídico para angariar, administrar e movimentar recursos financeiros que são revertidos para os projetos do Núcleo.

A Associação Franco Basaglia<sup>20</sup> (AFB) é uma organização não

---

<sup>19</sup> Ibid., p.14.

<sup>20</sup> Além da AFB, a World Association for Psychosocial Rehabilitation (WAPR), Associação Mundial para Reabilitação Psicossocial é sediada no CAPS, porque a titular do Secretariado Nacional é coordenadora do Núcleo de Projetos do PIDA (Dra. Sandra Maria Fischetti Barição). A WAPR foi fundada em 18 de outubro de 1986, em Vienne, França, teve sua gênese no Primeiro Congresso Mundial de Reabilitação dos doentes mentais, realizado em Helsinki, em 1970. O primeiro congresso, sob o patrocínio da Organização Mundial de Saúde, Organização Mundial do Trabalho, Conselho da Europa, entre outras,

governamental, que aglutina técnicos, profissionais, estudantes, usuários e familiares de usuários de serviços de saúde mental públicos e privados, tem organizado e desenvolvido atividades de cunho científico, cultural e de socialidade. A iniciativa de buscar resposta na sociedade civil organizada para solucionar problemas de saúde mental da população foi pioneira no país e respondia a uma necessidade particular do CAPS, mas resultou uma solução compartilhada, porque hoje existem mais de vinte associações de usuários e familiares distribuídas pelos vários Estados da Federação.

A Associação representa a sociedade civil no Conselho Administrativo do PIDA, com dois familiares de usuários e um trabalhador da área da saúde como membro titular e dois usuários e um familiar de usuário como suplente. Os sócios efetivos da AFB, que representam a sociedade civil, foram eleitos em assembléia extraordinária e têm mandato de um ano.

A parceria do CAPS com a AFB, enquanto um recurso engendrado pela sociedade civil organizada para responder à deficiência do Estado provedor, foi assimilada lentamente pela instituição. O Estado, autorizando a autonomia relativa de um equipamento de saúde mental, caracterizou uma situação institucional sem precedentes, pois os profissionais que operavam o novo dispositivo (a parceria que permitia a concretização dos projetos do Núcleo de Projetos Especiais através de investimento financeiro da AFB) eram os mesmos que operavam a clínica. Os contornos entre o Núcleo Terapêutico e dos Projetos Especiais ficavam borrados e o processo de diferenciação da forma de intervenção num ou noutro Núcleo foi gradual, “respeitando o ritmo de amadurecimento teórico da equipe” (GOLDBERG, 1996b:34).

As reflexões sobre o trabalho realizado no Núcleo de Projetos Especiais ocorriam na reunião semanal dos técnicos envolvidos na coordenação dos setores de trabalho (descritos adiante), a coordenação do CAPS, estagiários de

---

resultou na criação da Associação Mundial de Reabilitação dos Incapacitados Psicossociais em 1980, que planejou, através de seu secretariado internacional, o Congresso Mundial fundador de 1986 (WORLD

aprimoramento e um representante da AFB<sup>21</sup>. Tinha uma hora e meia de duração e a dupla função de pensar os projetos do Núcleo e os rumos da AFB. A reunião caracterizava-se como o lugar de amadurecimento e atualização dos conceitos operados no Núcleo (reabilitação psicossocial, trabalho, sociabilidade, vida cotidiana) e essa dinâmica, aliada ao fato de que os técnicos do CAPS também eram os diretores da AFB, impôs uma certa dificuldade na definição da fronteira entre o Núcleo de Projetos Especiais, o Projeto Trabalho e a Associação Franco Basaglia. Não é raro profissionais e usuários ainda se referirem ao Núcleo de Projetos Especiais, ao Projeto Trabalho e à Associação Franco Basaglia como sinônimos.

O Núcleo de Projetos Especiais iniciou suas atividades em 1989<sup>22</sup> com o Projeto Trabalho, através dos investimentos financeiros da AFB e é um dos dispositivos de reabilitação psicossocial do CAPS. O conceito de reabilitação não era utilizado no início do seu funcionamento porque essa terminologia carrega historicamente uma concepção vinculada a procedimento comportamentalista. É correto afirmar que o sentido processual do termo também está sendo reabilitado a partir da compreensão de reabilitação psicossocial como uma exigência ética, uma abordagem estratégica global e não uma questão meramente técnica (SARACENO, 1996).

A base conceitual do programa de reabilitação desenvolvido no Núcleo de Projetos Especiais pode ser definida da seguinte forma: a) é estruturado a partir da necessidade do usuário, individual ou familiar; b) tem sua gênese na

---

ASSOCIATION for PSYCHOSOCIAL REHABILITATION, 1996: divulgação).

<sup>21</sup> Esta reunião foi desativada no final de 1995 para responder a necessidade de otimizar os espaços de discussão no CAPS. Neste período, por um acordo interno, ocorreu uma redução da jornada de trabalho para que os profissionais pudessem manter o vínculo com o CAPS, mas também buscar fonte alternativa de renda. A título de ilustração, um psicólogo contratado para quarenta horas semanais, percebe um salário de U\$ 450 mensais e um Auxiliar de Serviços Gerais, U\$ 120. O governo do Estado não faz reajuste de salário desde 1994, quando da implantação do Plano Real, utilizando o mecanismo de Prêmio Incentivo, que não incorpora direitos à carreira do funcionário (SÃO PAULO, 1997). Não é demasiado afirmar que o combustível dos profissionais do CAPS deste últimos cinco anos tem sido a crença no projeto e uma obstinada certeza de que vale a pena.

<sup>22</sup> O SUDS-R.1 - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - Região 1: instância administrativa da Secretaria de Estado de Saúde da época (1989) autorizou a utilização de um dos pisos do imóvel da rua

clínica e desenvolve-se a partir e par e passo com ela; c) a adesão do usuário, individual ou familiar, se processa a partir da sua demanda; d) o estado psicopatológico estável, livre de sintomatologia produtiva, não é critério de adesão, porque o programa parte do princípio de que a sintomatologia é constitutiva dessa população; e) a intervenção se dá na totalidade do sujeito, individual ou familiar, na sua vida real.

Atualmente as estruturas, ou seja, os dispositivos de reabilitação psicossocial que compõem o Núcleo de Projetos Especiais são as seguintes:

- **Grupo de Projetos:** anteriormente chamado Grupo de Trabalho, foi estruturado (em 1992), para atender o usuário que procurava ou era encaminhado ao CAPS não com demanda de tratamento clínico estrito senso, mas que buscava inserção no Projeto Trabalho. A atual denominação traduz melhor suas finalidades: a) discutir e desenvolver projeto pontual e particularizado (de trabalho ou relacionado ao exercício cotidiano de estar no mundo), considerando as habilidades e possibilidades individuais do usuário; b) ser um fórum de discussão, que tem como tema norteador o trabalho e todas as conexões que se estabelecem a partir disso, ou seja, as relações familiares, afetivas, amorosas e c) ser um lugar de reflexão e troca entre o sujeito que experimenta pela primeira vez o lugar de quem desenvolve uma atividade produtiva<sup>23</sup> e o que está afastado, por força do adoecimento, daquela para a qual é habilitado. Durante esses anos, passaram pelo Grupo, cerca de sessenta usuários, com uma frequência semanal média de doze a quinze usuários.

- **Oficinas Culturais:** Durante cerca de quatro anos (até 1994), a demanda da população usuária por uma atividade produtiva foi encaminhada de forma indiscriminada ao Projeto Trabalho. Entretanto, com o passar do tempo, detectou-se, através das discussões com o usuário no Grupo de

---

Itapeva número 700; da infra-estrutura administrativa; do equipamento de cozinha; do maquinário de marcenaria e de uma fotocopadora.

Projetos e da própria avaliação nos Setores de Trabalho (descritos adiante) que uma parcela da população usuária expressava disponibilidade objetiva mas não interna para trabalhar e buscava não especificamente uma atividade produtiva, mas um lugar de convivência, aprendizado e troca afetiva. Isto porque existe uma distância considerável entre o desejo expresso do usuário em desenvolver uma atividade produtiva e a sua real possibilidade de vincular-se a uma.

A partir disso, buscou-se um leque maior de alternativas contratuais que respondesse à necessidade de inclusão do usuário que é encaminhado ou que procura o Projeto Trabalho nas condições descritas acima. Portanto, a primeira ampliação do Núcleo de Projetos Especiais, na direção de um projeto não relacionado ao trabalho deu-se com as Oficinas Culturais, para usuário de serviço de saúde mental, público ou privado, através de um convênio entre a AFB que se responsabiliza pela sustentação material e a Secretaria de Estado da Cultura, que contrata os oficineiros, especialistas em suas áreas (artesanato, cerâmica, música, desenho e pintura, papel artesanal, etc.). As Oficinas têm um contrato por tempo determinado, são supervisionadas por um técnico do Núcleo e podem apontar para um projeto profissionalizante se o usuário demonstrar aptidão, interesse e desejo de aprofundar o conhecimento das técnicas empregadas. Cerca de duzentos usuários participaram das Oficinas em três anos.

- **Núcleo Familiar**, mais notadamente vinculado à Associação Franco Basaglia no início de suas atividades (1990), nos últimos quatro anos experimenta uma adesão e ampliação sem precedentes, exigindo investimento profissional e técnico maciço. Um técnico coordena o Núcleo Familiar que é campo de investigação científica, de estágio de aprimoramento profissional e

---

<sup>23</sup> Atividade produtiva aqui é compreendida como o conjunto de tarefas desenvolvidas pelo usuário-trabalhador nos diversos setores de trabalho, diferente do conceito de “trabalho produtivo” em MARX (1988b) e de “atividade produtiva em serviços” em OFFE (1991).



voluntário.<sup>24</sup>

- **O Clube do Basaglia**, fundado em 29 de junho de 1996, foi a primeira consequência visível da expansão do Núcleo Familiar e de um determinado modo de operar o tratamento da perspectiva de uma estratégia global, que inclui o usuário, familiar e interessados na causa. O Clube promove atividades sociais e culturais, festas, cursos, workshops, encontro de familiares, entre outras. É campo de estágio de graduação, de aprimoramento e voluntário.

- **Projeto Moradia** assim como o **Acompanhamento Terapêutico**, então inviáveis economicamente, devem receber o impulso necessário para a operacionalização com os recursos financeiros previstos no PIDA.

- **Projeto Trabalho**: “O acompanhamento de pacientes graves implica, inevitavelmente, no surgimento da seguinte questão: O que fazer quando eles ‘melhoram’? Fomos buscar respostas a partir do percurso apresentado pelos usuários do CAPS. Estes ao ‘melhorarem’ nos mostram um anseio pela vida e neste movimento, um dos aspectos que se configura como demanda é o exercício profissional. Montamos, então, o Projeto Trabalho, a fim de facilitar e acompanhar a estruturação de aspectos saudáveis do indivíduo e mais especificamente, os relacionados ao universo do trabalho” (MOTTA, 1997b:1).

O Projeto Trabalho representou uma resposta objetiva à demanda por uma atividade produtiva da população usuária, viabilizada em parte pela Secretaria da Saúde e em parte pelo investimento financeiro da Associação e tem sido operado desde sua inauguração com pressupostos articulados à concepção da

---

<sup>24</sup> Núcleo Familiar e Clube do Basaglia são objetos de investigação científica do psiquiatra Jonas Melman, do programa de Pós-graduação, nível Mestrado, do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo.

psiquiatria democrática italiana<sup>25</sup>. Essa compreende o trabalho como instrumento de inclusão do sujeito no mundo das contratualidades sociais e diverge da concepção de trabalho como forma de adaptação social, observada nas propostas de reabilitação psicossocial operada pelas teorias do comportamento (SARACENO, 1994).

“O Projeto Trabalho visa incentivar, favorecer e possibilitar o exercício profissional de indivíduos portadores de sofrimento psíquico e se propõe a: a) oferecer estágio e treinamento do papel profissional; b) criar e administrar setores de produção, comercialização e serviços; c) assessorar e intermediar a colocação profissional; d) acompanhar usuários em situação profissional e) promover troca e discussão de temas relacionados ao mundo do trabalho” (MOTTA, 1997b:1).

O usuário-trabalhador tem acesso ao Projeto através de encaminhamento dos serviços de saúde mental, públicos ou privados. Além deste canal existe uma rede informal de comunicação entre a população usuária, que é pouco valorizada como interlocução, mas caracteriza a capilaridade existente ou que se forma entre usuários a partir da existência de nova modalidade de intervenção proposta pelo prestador de serviço.

Não existe trabalho sistematizado com o familiar do usuário-trabalhador e os contatos, esparsos, ou quando necessários, são realizados por telefone ou telegrama. A tentativa (1992) de reunir familiares dos usuários-trabalhadores, com o objetivo de aproximá-los da instituição, foi um retumbante fracasso porque a maioria deles não entregou o convite da reunião (dos que entregaram, a irmã de um e a tia de uma usuária compareceram, em horários diferentes e não tinham noção do que estavam fazendo e do que foram convidados a fazer) e também devido à incipiência do Núcleo Familiar na época, quando existia pouco trabalho direcionado aos familiares.

---

<sup>25</sup> Para compreensão, vide BARROS, D. D. A Cooperativa: da ergoterapia à cidadania. In: BARROS, D. D. *A desinstitucionalização italiana: a experiência de Trieste*. São Paulo, 1991a, 160p. Dissertação (Mestrado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. p. 106-111.

O Projeto Trabalho teve início com a Copiadora (cuja atividade produtiva é o objeto de estudo desta investigação), seguido da Marcenaria e do Sabor Paulista. Os setores de trabalho vêm estruturando e modificando a forma de sua operacionalização no decorrer dos anos com autonomia e não existe um modelo de gerenciamento financeiro e organizacional de referência. Cada setor se auto-gerencia (produção, distribuição do produto, forma de remuneração e organização do usuário-trabalhador no posto que ocupa dentro do setor) e tem a Associação Franco Basaglia como referência para administrar o recurso financeiro angariado, nos setores ou na iniciativa privada, que o repassa ao usuário-trabalhador sob a forma de remuneração por horas trabalhadas.

Por isso, prevalece o entendimento de que cada setor de trabalho deve contar com uma coordenação que funcione como um elemento organizador e estruturante e que cada setor individualmente, desenvolva sua própria fórmula e mecanismos de viabilização econômica e operacional. Atualmente, o Projeto Trabalho é constituído pelos seguintes setores:

a) **A Ponte-Marcenaria**<sup>26</sup>, uma estrutura complexa, que abarca um Laboratório de Marcenaria, para usuário que tem interesse em explorar o universo da madeira; uma linha de produção de caixa de ludoterapia e brinquedo educativo, comercializados nas lojas do ramo e um setor de prestação de serviços<sup>27</sup>, com produção de peças utilitárias e de design. As atividades são coordenadas por um técnico do Núcleo e por um Marceneiro contratado pela Associação Franco Basaglia. Pelo projeto passaram cerca de quinze usuários-trabalhadores durante esses anos.

---

<sup>26</sup> Sobre o CAPS e o Projeto Trabalho vide: MOTTA, A. A. *A ponte de madeira: a possibilidade estruturante da atividade profissional na clínica da psicose*. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1997a. O autor faz uma leitura clínica do Projeto Trabalho, tomando como objeto de estudo a Marcenaria, sob a ótica da Psicologia Analítica.

<sup>27</sup> Segundo OFFE, o setor de serviços, na sua determinação funcional, diz respeito à “totalidade daquelas atividades que servem à proteção e à certificação das estruturas formais de cunho institucional e cultural no processo social de reprodução”. BERGER, J.; OFFE, C. A dinâmica do desenvolvimento do setor de serviço: 19. In: OFFE, C. *Trabalho e sociedade: problemas estruturais e perspectivas para o futuro da sociedade do trabalho*. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1991. v. 2.

b) **Sabor Paulista** é o setor mais complexo do Projeto Trabalho. Experimentou uma fase de produção e comercialização de refeição e atualmente comercializa, através de autorização da fiscalização pública, sanduíches que são comprados num ponto de venda na Rua Itapeva, pela população externa. Compõe-se de duas equipes de usuários-trabalhadores, uma que mantém a infra-estrutura da cozinha, prepara o material para ser comercializado, cuida da higiene local, dos utensílios e da rouparia e outra que trabalha com o público externo, no ponto de venda. As equipes podem se revezar nas funções, na medida da necessidade do setor. Uma certa irregularidade no aspecto operacional o caracteriza como o setor que vem recebendo o maior investimento afetivo e financeiro, por onde passaram cerca de trinta usuários-trabalhadores, dois monitores, quatro técnicos como coordenadores, dois estagiários de graduação e cinco da FUNDAP, com a presença constante, durante todo o processo, de uma atendente de enfermagem, que faz de tudo um pouco e de muito pouco, muito.

c) O setor **Lava-carros** que atende a clientela interna do CAPS. Existe há cerca de dois anos e deve ser expandido para a população externa na medida de sua consolidação. É coordenado por um técnico, onde três usuários desenvolvem atividade produtiva.

d) **Projeto Mensageiro** que é coordenado por um técnico. A Associação Franco Basaglia contratou um usuário-trabalhador do Projeto Lava-carros para a realização de trabalhos externos como mensageiro.

e) **A Lojinha** que comercializa produtos não perecíveis, doados ou comprados, tem um funcionamento assemelhado a um brechó. Este setor existe há cerca de um ano como uma conseqüência bem sucedida dos bazares realizados pela Associação, que tinham o objetivo de levantar recursos financeiros para serem investidos nos setores de trabalho. Surgiu, portanto, como causa e conseqüência do Projeto Trabalho. É coordenado por uma técnica e duas profissionais da equipe de apoio. Por ele já passaram cinco

usuárias-trabalhadoras e três desenvolvem atividade produtiva.

f) **Cesta de Sanduíches** que, inaugurado em setembro de 1996, responde à demanda do usuário do Grupo de Projetos que não estava inserido nos setores de trabalho, com disponibilidade para exercitar o lugar de usuário-trabalhador. Utiliza a infra-estrutura do Sabor Paulista e comercializa sua produção internamente no CAPS. É coordenado por três estagiárias da FUNDAP. Oito usuários já passaram por ele e três desenvolvem atividade produtiva.

g) **A Copiadora** é o lugar onde o usuário-trabalhador realiza a atividade produtiva - tomada como instrumento de intervenção no seu poder de contratualidade social - que é o objeto de estudo desta investigação.

As atividades na Copiadora iniciaram-se em agosto de 1990 revelando alguns aspectos comuns à população usuária do Projeto Trabalho: dificuldade de relacionamento interpessoal; o medo de situações novas; a apreensão com relação à expectativa familiar e de pessoas do seu círculo social e institucional; a dificuldade de concentração e aprendizagem.

Pode-se dizer que a primeira mudança de lugar social do usuário ocorreu quando ele começou a prestar serviços (fazer cópias, mediante solicitação e pagamento) para os trabalhadores do CAPS e do Ambulatório Centro, que eram as pessoas que o medicavam, prestavam cuidados e o recebiam para o tratamento diário. Ou, de outra forma, esse momento teve como característica o usuário respondendo às necessidades que quem anteriormente respondia às suas. Essa passagem aparentemente simples revelou grande complexidade dinâmica.

O período foi marcado por certa turbulência e muito aprendizado porque nesse novo lugar o usuário precisou desenvolver critérios de prestação de serviço. Um critério para atendimento da clientela era responder aos pedidos de acordo com a ordem de chegada. Não raro o diretor do CAPS tinha seu pedido favorecido pela sua condição de médico. Em outros momentos, o fato de um

técnico solicitar a prestação de serviço era de tal modo tensionante que a qualidade ficava completamente comprometida, necessitando novo serviço, com prejuízo para o setor, com gasto desnecessário de papel, toner, energia elétrica, etc. Essas foram as pautas das primeiras reuniões do setor, onde o usuário articulou formas e regras para contornar e solucionar sua dificuldade individual e elaborou respostas para a situação, para si mesmo e para a clientela.

Em 12 de novembro de 1990 teve início o atendimento ao público externo da redondeza, basicamente bancários, profissionais liberais e estudantes, ampliando as atividades descritas acima. Iniciou-se a remuneração das horas trabalhadas. Neste período a Copiadora funcionava das 9:00 às 13:00 horas. A primeira ampliação do horário de funcionamento, para as 15:00 horas ocorreu em 05 de abril de 1991 e, em 16 de julho de 1991, ocorreu a segunda, para as 16:00 horas, que permanece até os dias atuais.

O início da prestação de serviço para o exterior do CAPS conferiu oficialidade ao projeto, uma vez que o consumidor do produto da Copiadora era o outro desconhecido, o outro real, diferente do outro que tinha com ele uma relação terapêutica anterior, que operava, de forma subliminar um determinado modo de continência e tolerância. Na relação com esse novo outro, o usuário aprendeu trocar o trabalho por um valor monetário, trocar esse valor monetário pela qualidade ou não do serviço prestado, responder o pedido de prestação de serviço de acordo com a vontade do outro e não a sua.

Na reunião de 19 de outubro de 1994, foram detectadas dificuldades de relacionamento entre os usuários-trabalhadores e a coordenação, que estava mais ausente. O reflexo deste distanciamento expressava-se na intolerância, entre os usuários, com suas diferenças individuais; na descrença no projeto, através da redução individual de horas trabalhadas e na dificuldade na estruturação do trabalho diário, com atrasos e faltas.

Com o objetivo de agilizar o fluxo de comunicação com a coordenação,

um usuário se propôs a ser o “encarregado” da Copiadora sob supervisão do técnico responsável pelo projeto. A iniciativa, que vinha sendo efetivada informalmente, após aprovação dos demais passou a ser operacionalizada oficialmente. A atribuição do coordenador substituto inclui, além da manipulação da fotocopiadora, o controle escrito no Livro Caixa do movimento diário; depósito bancário; solicitação de material de consumo como clips, grampos, papel; solicitação de assistência técnica ou de manutenção do equipamento junto ao órgão administrativo competente; prestação de serviço de encadernação de terceiros.

Em 1995, foram detectados problemas relacionados com a dinâmica de trabalho e o grupo definiu regras de convivência: a) rodízio entre os escalados no dia para o atendimento do público; b) evitar assunto sobre tratamento específico ou problema pessoal na presença de cliente, optando-se pela discussão de assuntos gerais; c) direito ao fumante de exercer seu hábito em local arejado, nunca deixando cinzeiro sujo; d) rodízio para a limpeza diária da instalação sanitária por quem estiver escalado no dia; e) com exceção do “encarregado” os demais não têm função específica, mas podem assumi-la na ausência deste e f) manutenção de uma reunião mensal para discussão e encaminhamento dos problemas da Copiadora.

O esquema de remuneração da Copiadora, excluídos os gastos com manutenção, é o seguinte: setenta por cento do faturamento mensal líquido cabe à equipe de usuários-trabalhadores. Os trinta por cento restantes são destinados a um fundo, com o propósito de uma futura ampliação do setor. À Associação Franco Basaglia cabe dez por cento do faturamento mensal bruto.

Com relação ao processo de inclusão do usuário no Projeto e seu treinamento, em 1990, cinco o realizaram na empresa de fotoreprodução prestadora deste serviço específico à Secretaria de Estado da Saúde. Destes, dois continuam desenvolvendo atividade na Copiadora e três não aderiram ao Projeto (um deles passou a trabalhar com o pai num escritório de contabilidade, outro

transferiu-se para o Projeto Marcenaria e a última usuária desistiu da atividade na Copiadora e do tratamento no CAPS). Acredita-se que o usuário-trabalhador que recebeu o treinamento numa situação real de aprendizado, com diploma de conclusão de curso, junto a outros clientes da empresa, tenha passado por uma experiência enriquecedora. Este dispositivo foi desativado pela incompatibilidade dos horários de treinamento oferecidos pela empresa e pelo fim do contrato de prestação de serviço desta com a Secretaria de Estado da Saúde, que terceirizou o setor.

Quinze usuários realizaram o treinamento interno, que é uma alternativa de treinamento para os novos candidatos a usuário-trabalhador. Consiste num período de aprendizado de um mês, não remunerado, ministrado pelo usuário-trabalhador da Copiadora. A permanência do candidato no setor, após o treinamento, é avaliada por quem o treinou. Essa função tem sido desempenhada de forma mais sistematizada por um usuário-fundador do setor, que acumula a função de coordenador-substituto. Destes, seis usuários não o concluíram, sendo que quatro desistiram também do tratamento no CAPS e dois continuam freqüentando o Núcleo Terapêutico até os dias atuais, o que pode significar que para essa população uma atividade produtiva não faz sentido.

Dois usuários completaram o treinamento e após aproximadamente um ano, passaram a trabalhar em outras instituições, um trabalha como almoxarife num órgão da administração da Secretaria de Saúde do Município de São Paulo e não mantém vínculo de tratamento com o CAPS. O outro usuário, que estuda e trabalha como pesquisador autônomo de opinião pública, continua o tratamento clínico no Núcleo Terapêutico do CAPS. Dos outros sete usuários-trabalhadores que completaram o treinamento, um desistiu do Projeto e posteriormente mudou-se com a família para o interior do Estado e os outros seis, com diferentes datas de inserção, de setembro de 1993 a janeiro de 1995, desenvolvem atividade na Copiadora até os dias de hoje. Não existe um estudo sobre as causas que levam o usuário a não aderir ao Projeto.



A função da coordenação é acompanhar o andamento e administrar o dia-a-dia do setor; interceder quando ocorre problema de relacionamento entre usuários; estabelecer, junto com o usuário-trabalhador a escala de trabalho mensal, com a carga horária adequada segundo a disponibilidade de cada um; prover o setor de matéria prima para a produção; calcular as horas trabalhadas e a remuneração mensal correspondente. Focaliza prioritariamente o usuário-trabalhador, seu desenvolvimento e dificuldades. Realiza reunião setorial para discussão e avaliação do projeto (a periodicidade da reunião setorial variou de uma frequência semanal no início do Projeto, à atual frequência mensal, na última sexta-feira de cada mês, das 12:00 às 13:00 h.)<sup>28</sup>.

A relação usuário-trabalhador e coordenação respeita os limites da contratualidade operativa, ou seja, o coordenador não tem preocupação com o aspecto terapêutico estrito senso e o usuário tem seu espaço de tratamento, para onde é encaminhado quando apresenta demanda dessa ordem. Esta estratégia favorece o enquadre necessário para que o usuário-trabalhador esteja na atividade produtiva da forma mais preservada possível.

Outra estratégia de intervenção diz que o espaço institucional do usuário-trabalhador deve ser preservado. Essa idéia tem origem no início das atividades do CAPS, que funcionava com as portas abertas e o usuário que vinha de instituição fechada era acompanhado por um familiar. Alguns deles começaram desenvolver atividade produtiva nos setores de trabalho. A idéia é a seguinte: justifica-se o acompanhamento ao tratamento, mas ao trabalho, não. Este foi um corte necessário para o desmame familiar e para provocar, concretamente, uma mudança de lugar do usuário. Neste lugar privado, ocupado pelo usuário, a família não tinha acesso. Desta forma, a primeira parceria deliberada do Núcleo foi com o usuário individual, para fortalecê-lo, para que ocupasse seu lugar, para

---

<sup>28</sup> A realização de apenas uma reunião mensal é circunstancial e conseqüência do acúmulo de atividades do profissional responsável pela coordenação (supervisão do pessoal de enfermagem e do apoio, supervisão de estagiário de graduação, coordenação do Grupo de Projetos, atendimentos individuais, reuniões da casa, responsabilidade do controle de psicofármacos e material de consumo da enfermaria), situação de sobrecarga vivida por todos os técnicos do CAPS nos últimos anos.

somente depois, incluir a família no seu espaço de pertinência.

### **2.2.2 A fonte dos dados empíricos**

A população de estudo é composta por quatro dos oito usuários-trabalhadores que desenvolviam atividade na Copiadora à época da coleta dos dados, de dezembro de 1995 a janeiro de 1996 e o procedimento para definição da população de estudo seguiu o seguinte cronograma:

- Dia 29 de novembro de 1995: utilizado o horário da reunião mensal da Copiadora, que ocorria às últimas sextas-feiras de cada mês, das 10:00 às 11:00 horas, para a exposição do Projeto de Investigação e formalização do convite aos oito usuários-trabalhadores que formavam a equipe de trabalho da Copiadora naquele momento;
- dia 06 de dezembro: com o intervalo de uma semana para reflexão, a questão foi retomada para definir a população de estudo e a forma de realização das entrevistas. Quatro usuários-trabalhadores se dispuseram a participar do estudo e quatro se recusaram;
- ficou definido o horário de 10:00 às 11:00 horas, às quartas feiras, (13 e 20 de dezembro de 1995 e 03 e 10 de janeiro de 1996), para a realização das entrevistas grupais para coleta dos dados;
- dia 17 de janeiro de 1996: uma sessão para a coleta dos dados individuais, através de um questionário com perguntas abertas e fechadas, para ser respondido individualmente, por escrito, para caracterização da história psiquiátrica do usuário-trabalhador da Copiadora.

### **2.2.3 Os instrumentos, método de coleta e de análise dos dados empíricos**

A escolha do instrumento de coleta de dados recaiu sobre a entrevista porque esta pode oferecer dados que "se referem diretamente ao indivíduo entrevistado, isto é, suas atitudes, valores e opiniões. São informações ao nível mais profundo da realidade que os cientistas sociais costumam denominar 'subjetivos'. Só podem ser conseguidos com a contribuição dos atores sociais envolvidos" (MINAYO, 1994:108) e o discurso dos sujeitos como fonte de informação é fundamental neste estudo que avalia um instrumento de intervenção em saúde mental, uma atividade produtiva, no contexto em que a condição do usuário, anterior à adesão ao projeto é o objeto da intervenção.

Dois questionários com questões abertas e fechadas foram utilizados como instrumentos de coleta dos dados empíricos (Anexos 1 e 2). A entrevista grupal, num total de quatro sessões, foi a técnica utilizada para o desenvolvimento dos temas previamente definidos. Foram necessárias duas sessões preliminares às entrevistas, para acertos metodológicos e para trabalhar com o grupo dificuldades como inibição, desconfiança, insegurança e certa persecutoriedade diante de um equipamento de gravação. As sessões foram gravadas. No final da primeira entrevista coletiva um dos entrevistados quis ouvir o que havia dito. Esse procedimento não foi solicitado novamente.

No quinto e último encontro, em que o usuário respondeu individualmente, por escrito, o questionário de caracterização da história psiquiátrica, obteve-se os dados que encontram-se no Anexo 3.

O tratamento metodológico para a transcrição das entrevistas que se encontram no Anexo 4, respeitou o conteúdo literal dos depoimentos e sofreu uma edição para eliminar vícios de expressão ou repetições de expressões coloquiais. Os entrevistados receberam como identificação letras alfabéticas, caracterizadas por **A**, **B**, **C** e **D**, como forma de preservar o sigilo contratado

entre a pesquisadora e os entrevistados.

Após serem transcritas, as entrevistas foram submetidas à técnica de Análise do Discurso, que tem como objetivo básico “realizar uma reflexão geral sobre as condições de produção e apreensão da significação de textos produzidos nos mais diferentes campos: religioso, político, jurídico e sócio-político. Ela visa a compreender o modo de funcionamento, os princípios de organização e as formas de produção social do sentido” (MINAYO, 1994:211). Segundo Pêcheux, seu fundador, seus pressupostos podem estar assentados em dois princípios: “o sentido de uma palavra, de uma expressão ou de uma proposição não existe em si mesmo, mas expressa posições ideológicas em jogo no processo sócio-histórico no qual as palavras, as expressões e proposições são produzidas” e num segundo sentido, “toda formação discursiva dissimula (pela transparência do sentido que nela se constitui) sua dependência das formações ideológicas” (PÊCHEUX apud MINAYO, 1994:211-12).

Para proceder a Análise do Discurso, optou-se pela orientação de FIORIN, em que o texto pode ser abordado de dois pontos de vista complementares, ou seja, “de um lado, podem-se analisar os mecanismos sintáticos e semânticos responsáveis pela produção do sentido; de outro, pode-se compreender o discurso como objeto cultural, produzido a partir de certas condicionantes históricas, em relação dialógica com outros textos” (FIORIN, 1992:10).

As entrevistas foram lidas exaustivamente, submetidas aos procedimentos de decomposição em conteúdo temático ou figurativo, de onde foram extraídas as frases temáticas. Uma vez reordenadas em grupos temáticos, deram origem às seguintes categorias empíricas:

1. **Quem são os sujeitos do estudo**
2. **Como vivem a vida, as relações familiares e sociais**
3. **Como percebem o processo saúde-doença mental**
4. **A atenção à saúde mental**
5. **Os modelos de atenção em saúde mental**
6. **A compreensão do trabalho na Copiadora**

As frases temáticas encontram-se relacionadas no Anexo 5. Às letras alfabéticas maiúsculas que se referem aos sujeitos do estudo, foram associados os números arábicos **01**, **02**, **03** e **04**, respectivamente. Portanto, o sujeito **A** passou a ser relacionado com o número **01**; o **B** com o **02**; o **C** com o **03** e o **D** com o número **04**. As frases temáticas depreendidas de cada discurso foram associadas aos seus autores através de tantos números arábicos quanto necessários a partir do **01**. Este estudo apresenta a particularidade de incluir às frases temáticas algumas citações literais, um recurso utilizado por que ouve-se e pouco se vê o que estes sujeitos têm à dizer, e porque a contundência de algumas citações são intraduzíveis para quem não é seu portador<sup>29</sup>.

---

<sup>29</sup> A técnica da análise do discurso foi subsidiada pela leitura de PLATÃO, F.; FIORIN, J. L. *Para entender o texto: leitura e redação*. 10. ed., São Paulo, Ática, 1995 e orientada, sob supervisão direta de dois meses de trabalho (meados de fevereiro a meados de abril de 1996), pela Prof.a. Dra. Márcia Regina Car, do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da USP, a quem deve ser creditada toda a competência e sensibilidade na tradução das mensagens subliminares que o texto contém.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O interlocutor desta pesquisa é o usuário do serviço de saúde mental, público ou privado que embora e necessariamente imerso na sua história particular, conta a história recente da assistência à saúde mental prestada no país.

#### 3.1 Quem são os sujeitos do estudo

Conforme dito anteriormente, participaram deste estudo quatro usuários-trabalhadores do Projeto Copiadora do CAPS: todos do sexo masculino, nascidos na cidade de São Paulo, solteiros, brasileiros. **B**, **C** e **D** utilizaram os serviços de internação hospitalar, em instituição pública, porém todos têm história de freqüentar um equipamento de saúde mental de orientação substitutiva ao modelo hospitalocêntrico antes da adesão ao Projeto Trabalho. Um deles (**C**) faz psicoterapia em consultório particular. **D** foi internado em hospital psiquiátrico após adesão ao Projeto<sup>30</sup>. Dos quatro usuários, **C** e **D** estiveram no mercado formal de trabalho antes da manifestação da doença, enquanto **A** e **B** não.

**A** nasceu em 22/07/1960, no bairro de Vila Mariana. Estudou até o primeiro grau e nunca foi internado em hospital psiquiátrico.

Faz um relato da experiência acumulada no processo de adoecimento indicando o início dos sintomas em 1967, a passagem por médicos, um processo de investigação da doença que não “*resultaram em nada*” e o início do uso de medicamento, que o ajudou a “*clarear as coisas*”.

*“Eu já estive até em médicos psiquiatras e neurologistas, eles acharam*

---

<sup>30</sup> Reduziu a carga horária de trabalho semanal, conforme pode ser observado na Escala Semanal de Trabalho e no Livro Ponto da Copiadora, além de um período de internação em hospital psiquiátrico da rede pública, acordado previamente entre o usuário-trabalhador, a médica que o atendia no Hospital-Dia do Itaim-Bibi e a coordenação da Copiadora. Retornou à Copiadora após o período de internação.

*que o que se encontra em minha mente é uma vadiagem cerebral e isso não tem recursos ... o neurologista quando fez um eletroencéfalo ele disse isso, eu já tinha 11 anos. O que acontece, eu tenho dificuldade de aprender.”*

Não caracteriza sintomaticamente suas crises. Faz tratamento no Ambulatório de Saúde Mental Centro da Secretaria de Estado de Saúde de onde foi encaminhado, em 1991, para o Projeto Trabalho do CAPS, por um Terapeuta Ocupacional. Faz uso de neuroléptico (Melleril 50mg/dia), benzodiazepínico (Diazepan 20mg/dia) e antiparkinsoniano (Biperideno 2mg/dia).

**B** nasceu em 31/10/1964 no bairro do Butantã; estudou até a sexta série do primeiro grau e diz que a primeira crise ocorreu aos dezoito anos de idade.

*“Quando aconteceu meu problema, eu comecei a imaginar que eu era um super-herói, queria ser um Ultra-man, Ultra-serv. Então, ela (televisão) afetou muito a minha mente. E eu pensava mais em televisão do que estudar, né?... por isso que eu falo mal de televisão. Porque ela me afetou. É isso aí, é de tanto assistir televisão ... eu acho que eu fiquei paranóico.”*

*“A doença é uma coisa que acontece com você, na sua infância, na sua adolescência, né? Por exemplo, falta de amigos, uma coisa que aconteceu profundamente, né? ... é uma coisa que acontece na nossa vida, no nosso dia a dia. Ela não tem nada a ver com genético, que o médico fala, é uma doença que acontece, por exemplo, fantasia.”* No curso de uma crise fica *“tremendo das mãos fico com a cabeça cheia e quente e fico nervoso”* e durante esses anos teve *“várias crises algumas pesadas e outras leves”*, quantificando mas não nomeando a experiência.

Faz uso de medicação neuroléptica (Clorpromazina 25mg/dia) e foi internado em hospital psiquiátrico duas vezes, sendo a última em 1984. É quem tem mais tempo na Copiadora, desde 1990, quando foi encaminhado ao Projeto por um psiquiatra do Núcleo Terapêutico do CAPS.

C nasceu em 02/05/1951 no bairro da Aclimação. Estudou até o segundo grau, esteve no mercado de trabalho por cerca de dez anos e é aposentado.

Considera-se *“um indivíduo solitário, às vezes eu me isolo das pessoas, mas não é por maldade, é porque é meu jeito de ser, já se incorporou na minha personalidade me isolar, né. O problema apresentou na adolescência, ninguém de minha família sabia, eles não descobriram, quem descobriu que tinha o próprio problema acho que foi eu mesmo, esquizofrenia. Eu gosto muito de ler, né, onde encontro um pouco de paz e sempre me dá conhecimento mas, também, faz eu me tornar mais sociável. Eu sou de uma família humilde, né? Bem pobre. Eu gosto de amizade com mulher que são mais sensíveis, percebem mais o lado carente da gente, mais sensível, sentimental também.”*

Localiza 1973 como o ano que começou a ter *“depressões, dificuldade de relacionamento na família e com estranhos”* mas não explicita que tipo de experiência obteve do processo de adoecimento. Identifica sua crise com *“depressão, isolamento, medo, angústia.”* Esteve internado em hospital psiquiátrico cinco vezes e a última internação ocorreu em 1991.

Foi encaminhado ao Projeto *“há pelo menos quatorze meses”*, por uma psicóloga que o atende em psicoterapia em consultório particular. Faz uso de medicação neuroléptica (Haloperidol 15mg e Clorpromazina 25mg ao dia) e Prometazina 50mg ao dia.

D nasceu em 12/12/1971, no bairro do Butantã. Esteve no mercado formal de trabalho até a manifestação da doença, aos dezoito anos de idade.

*“Era estudante do Colegial Técnico do Curso de Administração de Empresas. Aí chegou o fim de ano e eu tinha ficado prá recuperação. Aí veio o problema e eu não fiz a recuperação. A doença me pegou desprevenido, eu jamais pensaria que fosse ficar louco, que fosse freqüentar a Saúde Mental. Inclusive, no ano de 1990, 91, minha mãe me levava para um Ambulatório de Saúde Mental do Largo 13 de Maio. Às vezes eu chegava lá e olhava aquela*



*placa assim, Saúde Mental, eu falava para mim, o que é isso? O que aconteceu comigo?”*

Caracteriza sua crise pelo fato de ter “*alucinações*”. Ao ser perguntado sobre que tipo de experiência lhe trouxe esse processo, afirma, laconicamente, que obteve “*experiência em psicologia*”. Foi internado quatro vezes em hospital psiquiátrico, sendo a última vez em 1995.

Iniciou suas atividades no Projeto em setembro de 1993, encaminhado por uma psicóloga do Hospital-Dia do Itaim-Bibi, equipamento de Saúde Mental da Prefeitura do Município de São Paulo. Faz uso de medicação neuroléptica (Haloperidol 15mg/dia e Levomepromazina 25mg/dia) e de anti-parkinsoniano (Biperideno 6mg/dia).

### **3.2 Como vivem a vida, as relações familiares e sociais**

Segundo eles, a sua vida de doente mental sofre restrições nos aspectos do relacionamento humano e de troca de experiências, conforme as falas a seguir:

O relato de vida do usuário limita-se ao tratamento específico (antes e durante)

A vida do usuário caracteriza-se pelo tratamento específico, medicamentoso e internação, associado ao esforço para trabalhar

A única referência do usuário de como era sua vida antes do CAPS, é a de ser estudante, atividade interrompida pela manifestação da doença

Dois deles relatam experiência de vida que não se relaciona com o tratamento. Ambas dizem respeito à perda de um lugar social; um refere-se à perda do lugar de estudante e o outro relata o esforço inglório para manter o lugar social de trabalhador. O fenômeno que os afastou desses lugares, cristalizou-os no lugar de doente mental.

Se a avaliação subjetiva é rigorosa, a avaliação do outro, da família e da sociedade também expressa forte carga de crítica:

O usuário de serviço de saúde mental sofre preconceito, tal como o racial, isolando-o do convívio e fazendo-o pensar que “não serve para o mundo”

Acredita que quem tem dificuldades (doente mental) não é respeitado no país embora tenha os mesmos direitos, falta-lhe o apoio da família e a compreensão dos problemas decorrentes da doença, como dificuldade de acordar para trabalhar “devido ao uso de remédios” e “nervosismo” por parte de colegas no trabalho

Acredita que por certo tempo conseguiu estar no mercado de trabalho e que depois não conseguiu mais por dificuldades suas

A crítica oscila entre o ataque à intolerância do outro e à sua própria incapacidade. Não se observa porém, uma atitude de submissão ou vitimização, ao contrário, o julgamento pendula de um polo a outro, o que caracteriza uma atitude evidentemente crítica, respaldada num juízo de valor condizente com a realidade, aparentemente sem nenhum tipo de distúrbio de conteúdo ou forma.

Em casa, a relação familiar é pontuada por uma atitude crítica e de desvalorização da possibilidade de inserir-se em qualquer tipo de atividade produtiva, confirmada pela condição de morbidez:

Em casa: “na verdade eu não fazia nada”. “Era só encrenca que se surgia”

Para o pai, o doente mental é “vagabundo”, “aleijado”, “não serve para nada” (antes da terapia trabalho)

A família nunca ajudou o usuário no seu tratamento, “mesmo quando tinha condições para tal”, a mãe pensava que ele “não queria trabalhar”, “era vagabundo”

A família relaciona o ônus do não trabalho à doença. Parece que enquanto a doença não interfere na capacidade produtiva do sujeito, a família não se envolve.

Na frase abaixo, o usuário expressa o desamparo a que permanece exposto até os primeiros sintomas e o subsequente, relacionado à sua condição de sujeito improdutivo. Esta dinâmica pode evidenciar a invisibilidade do sujeito doente até a manifestação da doença, ou a visibilidade negada, conforme descreve SPIVAK (SARACENO, 1994), na espiral da estabilização crônica:

O problema mental foi percebido e tratado pelo usuário antes da percepção da família.

Na caracterização desse sujeito, foi importante conhecer sua auto-imagem pois a cristalização no lugar de doente relaciona-se com a crença de que tem maiores dificuldades que os demais:

Acredita ter mais dificuldades que os outros e procura “forçar o cérebro, esforçar a cabeça” para reduzir “as dificuldades, os erros”

Considera-se diferente por ter um nome incomum/difícil, ser solitário, ter dificuldade de concentração, brigar no serviço e achar “que todo mundo tinha inveja de mim”

Considera-se uma pessoa tão difícil quanto o seu nome “eu sou um pouco difícil, as pessoas têm dificuldade em falar meu nome e isso me incomoda, mas eu estou acostumando”

O discurso expressa uma concepção de diferença referida a um padrão de normalidade, no qual eles tecem um julgamento negativo de si mesmos que os coloca num lugar desconhecido para si e para o outro. Tal diferença parece que os coloca vulneráveis, diante de si e dos demais, ao preconceito e à discriminação. Além disso, as frases evidenciam um complicador que é a dificuldade de entendimento dessa situação.

Tem dificuldade em explicar e entender o que está acontecendo com ele diante da realidade de tratamento num serviço de saúde mental

Essa crença também diz respeito a um déficit subjetivo, imputado por ele próprio a um seu funcionamento incompetente, a uma incapacidade para

aprender, dificuldade de concentração. Contraditoriamente, isso também é reconhecido como uma qualidade, na medida em que existe um “esforço” para a superação das dificuldades. Assim, a auto-imagem do usuário revela ambivalência, que pode ser traduzida pelo sentimento expresso de esperança e descrença, disponibilidade para conviver e dificuldades nas relações humanas:

O doente mental “tem dificuldade mas não é doido, não é um inútil na vida”

A doença mental foi “inesperada” é “sinistra, terrível, que derruba a pessoa” e “causa decepção” para consigo mesmo

Com relação ao futuro, revela esperança de melhorar sua qualidade de vida através do trabalho, assim como a qualidade dos seus relacionamentos através da convivência, do respeito, da delicadeza e da humildade:

A despeito da cura ou não da doença, quer conviver em sociedade e “sentir que eu posso produzir algo”

Valoriza “estar junto com os demais, não querer mal, não se machucar e ter humildade”

Aos 45 anos, gosta da vida, procura um mundo de esperanças e de respeito à individualidade de cada um

### **3.3 Como percebem o processo saúde-doença mental**

Com relação à compreensão do processo saúde doença, ao se comparar a qualidade do conteúdo das respostas do Anexo 4 (entrevista coletiva e resposta verbal) com as do Anexo 3 (entrevista individual e resposta escrita), relacionadas ao tema, observa-se maior desembaraço das pessoas para discutir as questões propostas verbalmente, onde o discurso flui de forma fácil e as colocações são contundentes. A compreensão que revelam do processo saúde-doença mental relaciona-se à percepção que têm de si mesmos, revelados no item anterior, além

da influência do senso comum:

A doença mental é algo que ocorre na vida do indivíduo, por vários fatores, que afeta o cérebro derrubando a pessoa

Considera a doença mental o “problema número um do mundo” que torna o indivíduo dependente de cuidados pessoais, remédios e terapia, no seu caso individual

A doença mental foi “inesperada” é “sinistra, terrível, que derruba a pessoa” e “causa decepção” para consigo mesmo

O fato de estar submetido a um agravo de tal magnitude - que derruba, afeta o cérebro, causa decepção consigo mesmo, torna a pessoa dependente - é visto como algo que inviabiliza a vida social. No entanto, nem com toda essa dificuldade, eles colocam-se numa posição vitimizada, ao contrário, dispõem-se ao tratamento e às intervenções complementares a ele, como por exemplo, o trabalho, com a expectativa de melhorar sua condição de doente mental. Quanto à cura, revelam uma postura quase conformista, fruto da percepção da doença mental como incurável ou afeta apenas às competências divinas, conforme a visão de doença mental aqui também baseada no senso comum:

A doença mental pode ser melhorada pelo seguimento das condutas não medicamentosas ditadas pelos profissionais de saúde, porém não tem cura, só teria por obra Divina

Relata ter esquizofrenia enquanto problema mental atribuído pelos médicos e que pode ser controlado com medicamento

Manifesta ao profissional de saúde a sua vontade de trabalhar

Os depoimentos anteriores parecem expressar também expectativa e movimento em busca de melhores condições econômicas através do trabalho, e de vida através de atividades complementares ao tratamento. A redução do sofrimento e das dificuldades relacionam-se com um tratamento que não se limite ao uso de medicamento ou privilegie o processo patológico, mas que inclua

outros atores além da prática clínica, de ordem social e religiosa.

Quanto à causa da doença, relacionam o seu aparecimento a algo externo ao indivíduo, como por exemplo, a televisão:

A televisão é coisa do demônio que causa doença mental

Acredita que os programas de super-heróis de televisão desencadearam sua doença mental, pois “eu comecei a imaginar que eu era super-herói” e “acabei não sendo”

Mesmo quando localizam a causa da doença num plano metafísico, fruto da própria sintomatologia delirante, consideram possível a concomitância disso com fatores de ordem externa (econômicos, sociais e de relacionamento) ou de ordem biológica (genética) no aparecimento da doença:

A doença mental pode ser causada pela falta de amigos, problemas com familiares, na escola, na infância, na adolescência ou na idade adulta, pelo uso de drogas, televisão, “alguma coisa que aconteceu profundamente com você”

Relaciona doença mental à condição econômica e alimentação precária, à sensibilidade e dificuldade em “lidar com perdas”

Acredita, como lhe disse uma médica, que a doença mental “em parte é hereditária, orgânica” e em parte a pessoa “a adquire na sociedade, em grupo”

Um dos participantes do estudo recusa-se a atribuir a doença a uma causa genética, contrariando o saber técnico:

Não acredita que a doença mental tenha causa genética como lhe foi dito pelos médicos

O que se percebe nas frases acima é a persistência de uma concepção de saúde-doença multifatorial aderente à teoria da multicausalidade reinterpretada de acordo com a situação peculiar vivenciada no curso da doença mental. Como se sabe, a teoria citada é hegemônica e constitui a base das ações de saúde na sociedade ocidental contemporânea. Reinterpretá-la, mesmo articulada aos

fantasmas metafísicos da sua sintomatologia reflete a capacidade do doente mental de absorção e conexão com o senso comum, demonstrando que em certa medida ele está incluído socialmente. Assim, seria hipoteticamente possível estimulá-lo a fazer uma superação dessa concepção através da compreensão do processo saúde-doença mental da perspectiva da determinação social, que é a base ideológica e conceitual da clínica ampliada.

### **3.4 A atenção à saúde mental**

Com relação à atenção à saúde mental foram detectados vários posicionamentos que vão das políticas gerais e específicas, aos modelos de atenção. Quanto às primeiras, são consideradas “atrasadas” e tal atraso é atribuído à máquina estatal/governamental, compartilhando também aqui, como no item anterior, da visão hegemônica do senso comum de ineficiência ou falência das instituições por “culpa do governo”. Apesar disso, a figura do médico ainda que submetido a esse sistema falido, permanece inatingível:

Pergunta-se como a psiquiatria e a saúde no Brasil são tão atrasadas já que considera os médicos “uns dos melhores do mundo”

Acredita que os médicos “não são os culpados pelo atraso” mas “a burocracia das empresas privadas ou públicas”, ou seja, “o governo”

É possível depreender no discurso do usuário que tanto no modelo tradicional de tratar a doença mental, representado pelo modelo hospitalocêntrico, como no modelo substitutivo a este, dado pela Reforma Psiquiátrica, a prática médica é a prática social em saúde que protagoniza a eficiência e efetividade ou não do modelo adotado. Isto porque, “na sociedade capitalista, o valor social do trabalho médico é diferenciado em relação ao valor das demais práticas sociais da saúde, porque este é o trabalho capaz de restabelecer, em menor tempo e em espaço melhor definido (diagnóstico e

tratamento), o equilíbrio do corpo individual tornando-o capaz de gerar bens ou serviços, portanto, passível de ser utilizado e explorado como força de trabalho. Neste sentido, a própria ideologia capitalista reitera que o projeto terapêutico deve ser definido pelo profissional médico e que a atuação dos demais profissionais deve ser subsidiária deste” (SILVA, FONSECA, 1995:4).

Os discursos dos participantes revelam tanto uma posição desfavorável ao modelo hospitalocêntrico ainda hegemônico, como quanto ao projeto terapêutico que esse modelo alberga, baseado na medicação:

Acredita que a internação e a medicação imediatas (primeiro dia) lhe causaram “mais problemas do que já tinha”

O tratamento medicamentoso faz o doente mental “sentir bem, em paz”, porém é interrompido nos momentos de “recaída, de nervoso”

O modelo não hospitalocêntrico foi considerado positivo em relação ao anterior:

A internação hospitalar, segundo o usuário, o fez “sair de lá mais doente ainda”, porém o tratamento em Hospital-Dia é avaliado como positivo

De outro lado, o movimento de atualização das leis, da transformação da assistência e da inclusão dos familiares no cenário da discussão da Reforma Psiquiátrica<sup>31</sup>, parecem distantes da população usuária que relaciona seu tratamento individual a questões locais e não a uma política mais ampla:

Relaciona sua mudança de instituição de tratamento a questões salariais dos profissionais e a questões de relacionamento profissional-usuário

Apesar do SUS, enquanto orientação oficial do Ministério da Saúde para as políticas públicas de saúde, a cada mudança de administração nos níveis local e estadual ocorre uma quebra na dinâmica habitual da instituição e, no nosso caso, conseqüentemente da atividade da Copiadora. A ocorrência de um fato

---

<sup>31</sup> A Associação Franco Basaglia mantém representação na Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica e na Comissão Estadual de Saúde Mental através da participação de dois familiares de usuário.



dessa natureza originou uma discussão muito fértil de como essas pessoas relacionam as políticas públicas às suas necessidades de saúde:

A expectativa do usuário era de que a administração pública poderia parar de pagar a manutenção da máquina, como já havia ocorrido nas mudanças de governos anteriores e que por ser este um ano eleitoral (1996), o problema será resolvido rapidamente

Acredita que a sociedade é “hipócrita” e que a “prioridade social devia ser levada em consideração” pelo governo

No começo do ano de 1996, a administração do Núcleo de Saúde 1, da Divisão Regional de Saúde 1, da Secretaria de Saúde do Estado suspendeu os contratos de prestação de serviços terceirizados contratados pela administração estadual do período anterior (1991-1994). O procedimento tinha como justificativa a revisão dos contratos com as empresas fornecedoras do Estado nos setores de alimentação, material de consumo, material de limpeza, medicamentos. Não cabe julgar a medida saneadora do ponto de vista financeiro e administrativo, entretanto, do ponto de vista do programa de saúde, foi um período de grande turbulência.

Além do difícil gerenciamento das dificuldades no plano clínico, quando faltava almoço, medicação ou passe de ônibus, na Copiadora e no Núcleo de Projetos Especiais, a situação causou um estado de ânimo desalentador, detectado pelas falas seguintes:

A interrupção do funcionamento da Copiadora, embora previsível, foi uma notícia desagradável “que deixou todo mundo arrasado” devido ao afastamento e ao desconhecimento do tempo de ausência da atividade

Não esperava a interrupção das atividades da Copiadora e, portanto, “ficar desempregado no primeiro dia do ano”, embora este seja “um emprego temporário, sem nada firmado, importante para participar socialmente e ganhar o dinheirinho”, o qual paga seu tratamento psicoterápico

Apesar de ter clareza da situação conjuntural de desemprego na sociedade, que

“provoca enormes dificuldades”, assustou-se com a sua situação no sentido que na Associação quando tem uma atividade, “não fica parado, não põe minhoca na cabeça, não fica pensando coisa ruim e difícil, conversa, bate papo com os colegas, sente-se produtivo, não isolado, sente-se em grupo”

Mesmo cômicos das dificuldades, a expectativa em relação ao trabalho na Copiadora pode ser avaliada como positiva, fruto do trabalho dos técnicos junto aos usuários-trabalhadores:

A possibilidade de interrupção das atividades da Copiadora foi discutida com um técnico e o seu estímulo ao “pensamento positivo” anulou a avaliação que fazia desta realidade

Existe uma expectativa que a situação de interrupção das atividades da Copiadora resolva-se “o mais depressa possível”

Posicionam-se acreditando que a administração pública não está informada acerca da problemática da saúde mental e deveria estar mais atenta a problemas como o desemprego e os projetos sociais no campo da saúde, revelando mais uma vez a possibilidade de, mesmo na condição de doente mental, tecer críticas e avaliações pertinentes à implementação das políticas gerais e de saúde no país.

Acredita que “a falta de dinheiro é um problema crônico na sociedade brasileira em geral”, tanto “no governo estadual como no municipal” e que uma melhor administração do dinheiro público não levaria as pessoas ao desemprego e à interrupção das atividades da Copiadora

É inegável o avanço do movimento da Reforma Psiquiátrica, ancorado no consenso da “necessidade de mudança na assistência psiquiátrica no país” e “na mobilização dos usuários, familiares, e profissionais da saúde engajados, (o que) conferiu ao processo uma dinâmica surpreendente” (ALVES, 1996:28).

Nesse sentido, para a consolidação do projeto da Reforma Psiquiátrica é fundamental acreditar que o usuário, ao invés de incapaz, é dotado de potencialidades críticas como as demonstradas acima. E mais, que há

intervenções (como as do projeto Copiadora) que possibilitam a ampliação dessas capacidades, instrumentalizando-o para a vida cotidiana.

A questão do financiamento tem sido a pedra angular na implantação das políticas de saúde no Brasil. Particularmente no caso da saúde mental, a Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica, vinculada ao Conselho Nacional de Saúde e que delibera a política de saúde mental desde dezembro de 1993, tem pensado outros dispositivos para superação do modelo hospitalocêntrico, reduzindo o número de leitos psiquiátricos e expandindo a assistência extra hospitalar através da criação de NAPS e CAPS. Nesse conjunto de iniciativas encontra-se o Programa de Apoio à Desospitalização - PAD<sup>32</sup> que tem como finalidade “a reinserção social da chamada clientela cativa dos hospitais psiquiátricos (pacientes com longos tempos de internação) propiciando ao mesmo tempo a instituição e/ou consolidação de serviços municipais de saúde mental no país” (SCHECHTMAN; ALVES; SILVA, 1996:81).

A despeito disso, persistem dificuldades na implantação dessas iniciativas, sendo ainda extremamente necessário aprofundar a discussão sobre a sustentação legal e ideológica da política hegemônica que mantém a maioria da população usuária de serviço de saúde mental seqüestrada, em cela forte, tendo a correspondência violada, impedida de receber visitas e outras atrocidades. Estima-se ainda em 77 mil o número de leitos de internação psiquiátrica no Brasil, em 1995 (ALVES, 1996:28).

---

<sup>32</sup> Programa de Apoio à Desospitalização (PAD) “o Programa destina-se a pessoas internadas a mais de cinco anos (sic) ininterruptos ou dez anos com pequenos intervalos de alta, em hospitais psiquiátricos, e que tenham condições de beneficiar-se de tratamento e cuidados fora do hospital. Dos cerca de 77.000 leitos em hospitais psiquiátricos, estima-se que 20 mil encontrem-se ocupados por clientela dita ‘cativa’, ou seja, pessoas que, **sem necessidade de permanecerem internadas estão impossibilitadas de alta por falta de apoio familiar e social**” (grifos meus). O autor foi Coordenador de Saúde Mental do Ministério da Saúde até 1996, e a orientação permanece em pauta pelo sucessor (ALVES, 1996:29).

### **3.5 Os modelos de atenção em saúde mental**

Dado que o fantasma da doença mental ronda dia e noite a vida desses sujeitos, os serviços de saúde passam a ocupar um lugar fundamental em suas vidas, o lugar de acolhimento e referência. Dessa perspectiva, conforme pode ser percebido na frase abaixo, explica-se a adesão do usuário ao serviço de saúde, mesmo aquele que não dispõe de um mínimo de condições de prestação de cuidados funcionando como albergues superlotados e, por isso mesmo, ineficazes no tratamento:

Avalia que “os médicos, psicólogos, enfermeiros e algumas amigas” o ajudaram, entenderam e apoiaram mais que a sua família

Não foi detectada nenhuma frase que contivesse um conteúdo relacionado ao suporte familiar. No CAPS, entretanto, existe uma compreensão de que o familiar sofre restrições relacionais e vivenciais, tais quais experimentam individualmente os sujeitos que vivem a condição de doente mental. Por acreditar que as famílias também necessitam de um aporte terapêutico e social, nesse espaço são desenvolvidos trabalhos com os familiares em dois âmbitos. Um que trata do atendimento nuclear que busca intermediar, de forma terapêutica estrito senso, a interlocução do doente com membros representantes da família. O outro enfatiza o esclarecimento do processo de adoecimento através de cursos teóricos; investe no reforço pessoal e emocional do familiar no trato com a doença através de reuniões de grupo de auto-ajuda; amplia a compreensão do episódio patológico individual para uma dimensão coletiva através da discussão dos direitos do usuário de serviço de saúde mental e da participação dos familiares nas comissões oficiais, como representantes da sociedade civil; busca a redução do nível de tensão entre os familiares através de atividades de lazer conjuntas ou em separado. A partir da concepção de usuário individual e familiar, o CAPS considera o fortalecimento familiar - emocional, social, afetivo, teórico - uma necessidade que desloca o núcleo familiar para o

lugar de aliado no tratamento e, ao mesmo tempo, beneficiário disso.

No modelo tradicional, o usuário identifica o tratamento com a internação psiquiátrica e o uso de medicamentos. Diferentemente deste modelo, o projeto terapêutico do CAPS “visa, dentre muitos aspectos, que o universo de problemas de cada um ganhe um relevo todo especial, que seja um protagonista da situação institucional” porque a doença mental, muitas vezes, submete o sujeito a condições de “alheamento e de exclusão, impedem que tenham acesso a um substrato de linguagem no qual possa esboçar um discurso. Pessoas que passaram muito tempo em casa não têm assunto para conversar” (GOLDBERG, 1996b:42).

Uma instituição prestadora de assistência em saúde mental pode responder de forma eficiente às necessidades de saúde de determinada população usuária, sem que corra o risco de perder sua especificidade e excelência terapêutica. Este movimento ou a ausência dele, acaba por reproduzir a mesma dinâmica na equipe de trabalhadores, ou seja, para uma proposta de assistência congelada, operadores também congelados em seus lugares institucionais. Uma consequência possível desta dinâmica é o ensimesmar-se, acompanhado por uma mudez e uma surdez institucionais, refratárias às necessidades expressas pelos usuários. Os usuários são diagnosticados como desprovidos da capacidade de desenvolver projetos, embora possa ocorrer o mesmo com os trabalhadores, nessas circunstâncias.

A produção teórica de uma determinada parcela da comunidade científica, mais precisamente os pesquisadores da psiquiatria biológica, responsáveis por grandes avanços na área da psicofarmacologia, vem sustentando a hipótese de que o hospital psiquiátrico é lugar mais adequado para tratar do doente mental. Utiliza como justificativa o argumento de que o sujeito doente tem dificuldade para envolver-se no tratamento, hipótese essa sustentada nas últimas sete décadas no Brasil, que não se aplica aos sujeitos participantes dessa pesquisa, em primeiro lugar porque mostraram-se ao longo desses anos de

Projeto Trabalho aderentes à proposta e, em segundo, porque não necessitaram desse recurso nesse tempo, com exceção de um que teve um afastamento contratado e retornou às suas atividades no Projeto logo depois da alta hospitalar.

Este estudo buscou respostas para a hipótese da necessidade de privilegiar o tratamento da crise dentro de uma instituição fechada, relacionando-se o evento de uma descompensação sintomatológica com a possibilidade de interrupção das atividades da Copiadora, por internação hospitalar. Questionados sobre essa necessidade, manifestaram-se conforme segue:

**A** informou que não estava passando por uma crise no momento da coleta dos dados e não respondeu a questão relacionada à necessidade de interrupção ou não de suas atividades na Copiadora na vigência de crise.

**B** afirmou que sua “*última crise ocorreu*” no dia anterior à entrevista (16/01/1996) e que mesmo no curso da crise preserva suas atividades, não sentindo necessidade de interromper ou alterar o ritmo de trabalho na Copiadora.

**C** respondeu que sua crise caracteriza-se pelos seguintes sintomas: “*depressão, isolamento, medo, angústia*” e que “*a última crise ocorreu mais ou menos em 1993*”, quando não desenvolvia atividades na Copiadora.

**D** informa que durante o período da coleta de dados não estava passando por crise e que há “*mais ou menos um ano*” teve a última, apresentando “*alucinações*”. No curso da crise desenvolveu suas atividades na Copiadora e não observou alteração do seu rendimento.

Chama atenção o espaçamento do período entre-crisis e a compatibilidade de desenvolvimento da atividade produtiva quando do quadro sintomatológico descompensado. Além da própria função estruturante da atividade produtiva (MOTTA, 1997) credita-se essa possibilidade ao fato de que o tratamento seja um pré-requisito para adesão do usuário-trabalhador ao Projeto Trabalho. Este pode ser psicoterápico individual ou em grupo, medicamentoso, a

associação deles, enfim, o que melhor for indicado para cada um, porque a premissa do Projeto Trabalho é de que o desenvolvimento de uma atividade produtiva seja ancorada num projeto terapêutico.

Enquanto a concepção psiquiátrica tradicional considera o doente mental irresponsável e incapaz de se comprometer com seu tratamento e por isso tem justificado a internação psiquiátrica como o instrumento de intervenção primordial no campo da saúde mental, esses doentes expressam iniciativa e disponibilidades para desenvolver atividades complementares ao tratamento:

Manifesta ao profissional de saúde a sua vontade de trabalhar

Existe iniciativa/receptividade de um usuário para o desenvolvimento de atividades complementares ao tratamento

Em outras palavras, é preciso reconhecer a necessidade de tratamento desses sujeitos, a partir de uma compreensão dinâmica do seu processo saúde-doença, concomitante ao reconhecimento da necessidade de uma atividade produtiva. A atividade produtiva não é a finalidade do tratamento, mas um instrumento de intervenção, tal qual os demais recursos operados pelos trabalhadores, num processo de trabalho cuja finalidade é a qualidade de vida do usuário transformada.

No projeto terapêutico do CAPS, o objeto de intervenção é o sujeito que fala, que tem vontade e desejo, que aceita ou recusa um atendimento e a rigidez do papel profissional específico de formação não dá conta da realidade olhada em constante transformação, realidade essa que o toma de assalto negando o pré-determinado e as receitas prévias de intervenção que não são instrumentos eficazes neste modelo.

Contraditoriamente, esse modelo pensado como transformador em relação ao modelo tradicional o é para o trabalhador, pois para o usuário ele é identificado como um modelo de excelência médica, onde a complexidade institucional e a estrutura de atendimento organizada para dar conta do evento

complexo do agravo psíquico é identificada com a prática médica, sem nenhuma referência às demais práticas sociais da saúde:

“Temos os melhores médicos que tiram a gente do buraco, do fundo do poço (Dr. Maurílio, CAPS, médicos do CAPS que me reabilitaram e a Associação que me deu a melhor terapia) e a pior saúde do mundo (governo)”

Apesar da consolidação de um modo transformador de tratar (da perspectiva do trabalhador - enquanto organização e sustentação teórica e da perspectiva do usuário - enquanto resultado da prática médica), o CAPS sofre as conseqüências da desarticulação das políticas públicas para o setor nos níveis local, estadual e federal. Tal desarticulação aparece mais concretamente na questão do encaminhamento, segundo o sistema de referência e contra referência.

Como resultado das discrepâncias no processo de implantação do SUS no Estado e no Município de São Paulo, hoje temos parte dos equipamentos de saúde mental municipalizada e parte ainda sob responsabilidade do Estado. Essa situação caracteriza a divergência das políticas de estruturação e prestação de assistência à saúde mental entre Estado e Município, e entre esses e a política do Ministério da Saúde. Tal discrepância de políticas, acentuada pelo PAS<sup>33</sup>, aparece nos resultados dessa investigação no que concerne à origem do encaminhamento do usuário ao Projeto Trabalho:

O encaminhamento do usuário não se realiza pelas vias institucionais, mas pela indicação pessoal do profissional de saúde (personalização do sistema de referência)

O encaminhamento para o CAPS não foi através de referência inter-institucional

O encaminhamento para o CAPS foi feito por um profissional de saúde

A região central de São Paulo, onde o CAPS se localiza, é a mais rica em

---

<sup>33</sup> Programa da Atenção à Saúde (PAS), implantado pela administração municipal de 1993-1996, passou o gerenciamento dos serviços de saúde do município para Cooperativas de médicos e funcionários licenciados do serviço público. Cada módulo do PAS, num total de quatorze, recebe um repasse de recursos financeiros da Secretaria Municipal de Saúde, de acordo com a população potencialmente cadastrável (cerca de U\$ 10,00, por usuário cadastrado, em valores de fevereiro de 1997). Há controvérsias a respeito da constitucionalidade do projeto.



equipamentos de saúde da federação tanto públicos como privados. Entretanto, o CAPS Itapeva, como é conhecido o cenário desse estudo, é o único no DIR.1, do Núcleo 1, da Secretaria de Saúde do Estado<sup>34</sup> que atende a demanda de usuários com grave sofrimento psíquico. O Ambulatório de Saúde Mental Centro, da mesma região, antes do PIDA, privilegiava o atendimento programático para psicóticos, neuróticos, drogadictos, crianças, além de psicoterapia e serviço de eletroencefalografia. As Unidades Básicas que chegaram a ter equipes mínimas de saúde mental na época da Coordenadoria (1983-1986), estão desestruturadas, conseqüência da política de arrocho salarial imposta desde a administração 1987-1990, e continuada pelas administrações subseqüentes.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Declaração de Caracas, prescrevem um equipamento de saúde mental, nos moldes do CAPS, para uma população entre 80 a 100.000 habitantes. Estes números dão uma noção do déficit de equipamentos de saúde mental que ocorre na rede pública.

O sistema de referência e contra-referência informal que o CAPS operava com o Hospital-Dia do Itaim-Bibi, equipamento de saúde mental instituído na gestão municipal de 1989-1992, com o qual tinha uma aproximação teórico-prática, rompeu-se com a implantação do PAS. Além disso, o CAPS não dispõe de leito de internação<sup>35</sup>, o que remete à interlocução com os hospitais psiquiátricos da rede, prejudicada pela falta de uma política sustentada de referência e contra-referência.

Por exemplo, o usuário-trabalhador **D**, que faz acompanhamento clínico senso estrito num equipamento da Prefeitura, necessitou de um período de internação psiquiátrica em dezembro de 1995. Ele foi duplamente prejudicado, primeiro porque a continuidade do seu tratamento clínico foi rompida pela

---

<sup>34</sup> Anteriormente o SUDS.R-1 referia-se à região que compreende uma população estimada em 1.200.000 habitantes, entre a fixa (residente) e a flutuante (trabalhadora).

<sup>35</sup> Este é um dispositivo complexo, em discussão, que deve responder à necessidade de continência de crise e não se caracterizar como um recurso ordinário de intervenção. Com a implantação do PIDA, a clínica-noite, coordenada por um técnico do CAPS, deverá contar com dois leitos femininos e dois masculinos, além de infra-estrutura para a equipe, e ter íntima relação com a clínica-dia. Se beneficiarão deste dispositivo os usuários matriculados no serviço.

dificuldade de aproximação entre a instituição em que esteve internado e o Hospital-Dia da Prefeitura. Em segundo lugar, porque os hospitais da rede obedecem o princípio de regionalização da Secretaria de Estado da Saúde e o Núcleo de Projetos Especiais do CAPS, não. Exatamente no período de maior fragilidade, o usuário-trabalhador esteve distante de sua referência de tratamento e da atividade produtiva, ficando sob os cuidados de uma instituição que o acolhe, mas não o acompanha e não dispõe de mecanismo de comunicação interinstitucional eficiente, que lhe permita uma intervenção afinada com a instituição de origem.

Diante de uma situação preocupante para a saúde pública como esta, o CAPS enquanto uma unidade de assistência, com limites na sua resolutividade, mas que executa um modelo de atendimento que considera o usuário, individual e familiar, portador do direito de escolha, opera terapêuticas que não se restringem à internação e medicalização é identificado, por um usuário e sua mãe, como um lugar diferenciado, de acesso restrito a uma população de poder aquisitivo maior:

Segundo um usuário e sua mãe, “tratamento de rico tem tudo”, portanto, pobre não teria acesso

Contraposta a essa situação, as frases abaixo mostram que o modelo de atenção do CAPS, mesmo ancorado nos pressupostos da clínica ampliada e reconhecidamente transformador, mantém algumas características do modelo a ser superado, de desrespeito ao direito de acesso do cidadão a uma saúde pública eficiente e de qualidade:

O atraso no horário do usuário para o atendimento é punido, diferente do atraso dos profissionais de saúde, identificados como médicos

Além disso, constaram-se afirmações controversas entre a concepção de trabalho do usuário e dos trabalhadores de saúde mental, com o primeiro relacionando a atividade na Copiadora à laborterapia:

A atividade (“terapia-trabalho”) na Associação (Copiadora) é considerada pelo usuário melhor que o atendimento no CAPS, o que dispensaria sua remuneração. “A melhor terapia para um ser humano é o trabalho”

Há que ressaltar que a fala refere-se à percepção do usuário nos primeiros tempos da sua participação no Projeto Trabalho. Atualmente considera a remuneração uma condição fundamental pois participa ativamente das discussões da transformação do Projeto em Cooperativa que muda substancialmente sua relação de usuário-trabalhador para cooperado.

Além dessa compreensão, indica que precisa de um suporte terapêutico, como o que dispõe como usuário do CAPS para desenvolver suas atividades de forma satisfatória, conforme as frases a seguir:

No CAPS, como instituição psiquiátrica, percebe mais facilidade em casos como o dele, “um paciente-trabalhador”, porque esta “oferece apoio terapêutico, não existe tanta pressão em caso de nervosismo ou de sentir-se mal, além de possibilitar o tratamento”

Associa a sua mudança interior ao acesso a tratamento especializado viabilizado pela Associação

O trabalho (do usuário) no CAPS é “especial, democrático, honesto, busca o melhor da pessoa, não o pior” é adequado à capacidade individual e deveria ser expandido

Essa avaliação positiva obscurece um protecionismo institucional ou afirma as diferenças do modelo que opera de uma forma também diferenciada o enfrentamento de um situação dada, conforme a citação da introdução deste estudo: um sujeito doente que pode trabalhar. Esse é o objeto de análise do próximo item que buscará descrever e analisar a atividade produtiva na Copiadora.

### 3.6 A compreensão do trabalho na Copiadora

A compreensão do trabalho na Copiadora requer o entendimento de como o usuário-trabalhador identifica seu processo de trabalho e o significado dele para a sua vida. Com relação ao processo de trabalho, destacam apenas um dos seus elementos - a finalidade, ainda assim de maneira bastante tênue:

O trabalho na Copiadora é prestar serviços para as firmas, é gostoso e sente-se bem quando atende pessoas simpáticas

“São três os momentos essenciais do processo de trabalho: a atividade orientada ou o próprio trabalho, seu objeto e seu meio” (GIANOTTI, 1983:86). A atividade orientada para um fim ou o próprio trabalho é caracterizada pelos sujeitos como o ato de atender clientes e prestar serviços para firmas; atividades que requerem “concentração, dedicação, agilidade mental para cobrar de forma correta pelo serviço”.

Já a definição de trabalho aparece de forma mais elaborada, como um conjunto de significados altamente contaminados pela ideologia dominante: a função da atividade laborativa associa-se ao objetivo de ocupar o tempo ocioso (ocupação, lazer); ter algo para fazer (treinamento, exercício, terapia ocupacional); estar envolvido em alguma tarefa que o distancie da doença (terapia). É também uma forma de conquistar um lugar de pertinência social (respeito, dignidade e cidadania):

Trabalho é treinamento; exercício; terapia ocupacional; ocupação; lazer; respeito; dignidade e cidadania”

Além disso o trabalho é reconhecido como o meio que possibilita ao ser humano reproduzir sua vida material (comer, beber, vestir) e social (lazer, convivência, liberdade):

O trabalho é uma “ocupação e função social” necessária para a sobrevivência do ser humano

O trabalho é uma forma de “conquistar benefícios pessoais”, tanto materiais (“comer, beber, vestir”), quanto de lazer, convivência e liberdade

Entretanto, existe uma indicação de que o trabalho submete o ser humano, segundo uma “imposição social”, a um modo de viver próprio das sociedades ocidentais, em que o individualismo é uma referência importante para o relacionamento humano, “onde ninguém olha por ninguém”:

O trabalho ao mesmo tempo que proporciona o atendimento das necessidades pessoais “é imposto pela sociedade”

A pessoa precisa trabalhar para atender suas necessidades materiais, seus sonhos e garantir sua independência “porque ninguém olha por ninguém”

Os participantes do estudo são unânimes ao afirmar o caráter terapêutico de que a atividade produtiva se reveste quando realizada dentro de determinadas condições, tanto quando falam do trabalho de uma maneira geral, como quando se referem à atividade na Copiadora:

O trabalho, se organizado e feito com dignidade, “mantém a mente e o corpo físico ocupado”, enobrece e traz benefício para a pessoa, família e sociedade

A atividade na Copiadora é “instrutiva, ajuda no aprendizado do caráter e a combater a doença, a não pensar na doença e no desenvolvimento mental”

Essa **concepção de trabalho** expressa, ao mesmo tempo a tradição psiquiátrica e o senso comum, que reconhece o trabalho com função de tratamento, de terapia, como um dispositivo mediador entre o sofrimento e algo que o distancie do ser humano que é seu portador (fazer algo para não pensar na doença). Essa idéia dissocia a vivência da experiência mórbida e a possibilidade de seu entendimento. É como se essa experiência particular devesse ser apagada através de algo que lhe ocupe o lugar, no caso, o trabalho. O depoimento a seguir parece corroborar esse entendimento reducionista do trabalho:

O trabalho na Associação é terapia que “ajuda a mim e à minha doença”, a “terapia ajuda a espantar a doença ... trabalhando você não pensa na doença”

Entretanto, a fala a seguir demonstra que o trabalho não ocupa o mesmo lugar na vida do doente mental quando se refere ao coletivo, deslocado de sua experiência individual. Nesse caso, o trabalho adquire um significado absolutamente articulado com o mundo e o tempo contemporâneo, contextualizado aos conceitos da sociedade de classes em que vive, relacionado ao acesso à cidadania, o horizonte perseguido por todos os seres humanos, indiferenciadamente. Desta forma, o sujeito que padece de um sofrimento psíquico grave, que vem sendo reiteradamente apartado do mundo dos capazes, demonstra clareza e coerência compatíveis com as condições de vida desse final de século. Ao reconhecer o lugar que o trabalho vem ocupando na estruturação do mundo moderno, desde a transição do modo de produção feudal para o capitalista que o excluiu mais visivelmente do sistema produtivo, busca como ser humano sua condição de cidadão, respeitado e digno:

Quem trabalha é considerado cidadão respeitado e digno

Essa pendulação entre a experiência individual e coletiva retrata o quadro mórbido dessas pessoas que lhes permite a aproximação com as questões mais amplas da realidade relacionadas com o coletivo de uma forma articulada e coerente. De outro lado, sem suporte psíquico constitutivo ou terapêutico, enveredam por uma saída metafísica, quando a realidade lhes impõe o confronto com o individual. Então, as questões do trabalho não são incorporadas como dificuldades próprias e sim como realização exterior. É dessa forma que identificam o trabalho como realização divina enquanto idealização, reconhecendo, ao mesmo tempo, as **condições materiais e concretas para sua execução** como obra do humano, portanto, carregadas de deficiências:

O trabalho é obra de Deus, um direito do cidadão, porém este não é “respeitado, não tem dignidade, seu salário é uma miséria” e atualmente não supre suas necessidades materiais

Deus (a natureza, ele próprio) está excluído da crítica que é feita das condições de trabalho e do seu resultado (o salário, as condições de vida, sua

restrição de acesso aos bens de consumo). Aqui observa-se a mesma pendulação entre a crítica à estrutura política (o coletivo concreto) por ele responsabilizada pelas más condições de acesso ao trabalho, contraposto ao seu acesso dado por Deus (limite individual). De outra forma, pode-se depreender das falas anteriores, que a realidade concreta é árida e difícil por obra da ação humana que não favorece a si própria, ou seja, ele enquanto natureza humana, ao mesmo tempo em que o Deus é generoso e dá ao ser humano sua obra para ser compartilhada, o que o torna cidadão. Essa pendulação remete à sua concepção do processo saúde doença, já analisada, onde parece que o agravo a que está submetido tem origem fora dele, embora ocorra profundamente nele.

Outra discrepância que caracteriza uma visão idealizada do acesso ao trabalho diz respeito ao fato de que os sujeitos que não estiveram no mercado produtivo, formal ou informal, depositam suas limitações na disputa por um posto de trabalho na falta de capacitação profissional e na falta de experiência anterior de trabalho, relacionando as habilidades que devem possuir para trabalhar:

Para trabalhar é necessário “concentração, dedicação, respeito de horário, responsabilidade, apoio da família, dos amigos, das amigas, ter boa saúde, fazer acompanhamento médico e ter boa instrução”

Para trabalhar é preciso ter uma capacitação formal (diploma) que exige inteligência, que o usuário diz ter, porém falta-lhe “disposição para procurar (emprego) e uma pessoa que me dê confiança, que confie em mim e no meu trabalho”

E as que lhes faltam:

Para trabalhar é necessário um conhecimento que o doente não tem por “dificuldade de aprender coisas” diagnosticada por especialistas como “vadiagem cerebral”

Na avaliação das condições necessárias para o acesso a um posto de trabalho no mercado formal ou informal, consideram suas habilitações

individuais como determinantes e referem-se vagamente à necessidade de qualquer tipo de sustentação exterior ou estrutural que lhes dêem condições para desenvolver alguma atividade produtiva (“apoio da família, dos amigos, das amigas; fazer acompanhamento médico; ter uma pessoa que me dê confiança, que confie em mim e no meu trabalho”). Parece que o fato de necessitarem de um suporte diferenciado para ascender à condição de trabalhador os subestimam, deixam-nos inferiorizados enquanto seres humanos, já que se sentem portadores de “vadiagem cerebral”.

Da mesma forma, a ruptura operada em sua vida a partir do adoecimento psíquico colocam-nos numa condição de exclusão prévia na disputa por um lugar no mercado de trabalho, que não é relativizada nem pelo fato de já terem estado incluído neste. A partir disso, a condição de usuário-trabalhador na Copiadora é avaliada como uma “oportunidade”, para “receber dinheiro prá fazer algumas coisas”, e de estar num lugar tolerante, onde são respeitados, onde têm menor dificuldade no ambiente de trabalho, tanto no relacionamento com os colegas quanto na relação com os que sabem do seu problema mental:

Com relação às experiências anteriores de trabalho, diz que quando ficou doente “seria muito difícil conseguir emprego” e o que mudou foi a oportunidade de trabalhar na Associação e “receber dinheiro prá fazer algumas coisas”

Com relação a experiências anteriores de trabalho, o da Associação “foi melhor porque as pessoas têm mais tolerância, ... sabem que ele tem problema mental, ... é mais fácil lidar com os colegas, ... o serviço não é difícil, faz pensar, trabalhar”

Ampliando a visão para além do individual, em relação ainda às condições de trabalho, os sujeitos reconhecem o momento delicado pelo qual passa a população trabalhadora, pintando o cenário do mercado de trabalho do passado com cores românticas, chamando a atenção para a forma populista como se referem a um período de tempo que não viveram, o que pode indicar uma avaliação do momento sócio-econômico atual emprestada de alguém, baseada no



senso comum:

A situação de trabalho para o brasileiro pobre está “difícil” devido à direção política governamental não respeitar o povo e conseqüentemente não ser por ele respeitado. “A pessoa que não tem nada, não consegue nada”

No passado o trabalho era “um benefício para o pobre, hoje exige burocracia” (carteira profissional assinada, *curriculum*, educação formal) que ele não tem

Novamente, quando a questão é ampliada para o coletivo, chamam de *burocracia* o conjunto de fatores que definem as habilidades necessárias para o desenvolvimento de uma atividade produtiva e a consideram responsável pela restrição do acesso ao trabalho para uma grande parcela da população, economicamente ativa ou não. Vinculam a resolução desse problema a uma ação política, respaldada pela população, cujo mediador é o respeito mútuo entre o povo e seus representantes. Consideram a mão de obra brasileira uma das melhores do mundo e acreditam que existe racismo entre trabalhadores:

A burocracia impede o trabalho no Brasil de “umas das melhores mãos de obra do mundo”

Acredita que no Brasil há racismo entre trabalhadores brancos e negros

Tecem críticas conjunturais pertinentes quando relacionam os espaços de formação e veiculação da consciência social (educação e família) como elementos fundamentais para a constituição da sociedade através do trabalho:

A formação da família e a educação das crianças são feitas, segundo a filosofia cristã, em função do trabalho

O processo de produção da vida material, na sua dimensão social, efetiva-se pelo trabalho. O ser humano, ao apropriar-se dos instrumentos de trabalho (que já contêm trabalho humano anterior incorporado) humaniza a natureza e por ela é transformado. A esse processo, MARX chamou trabalho humano. A diferença entre o trabalho animal e o trabalho humano reside no fato de que o produto do trabalho humano é resultado de um processo que foi

previamente idealizado, uma vez que o ser humano cria a partir de suas necessidades. Isso quer dizer que o resultado do trabalho humano está inscrito em sua mente antes de sua concretização e guia todo o seu processo de criação, diferentemente do trabalho animal, que é guiado por necessidades imediatas. O que dá o caráter humano ao trabalho é o fato de que o ser humano produz para si, mas também para o outro, e esse processo é determinado não somente pela necessidade imediata, como ocorre nos animais, mas também por necessidades mediatas.

O processo produtivo determina o padrão aceitável de fragilidade para o desenvolvimento de uma atividade produtiva, de acordo com a necessidade dos meios de produção, portanto, a força de trabalho deve se adequar às suas necessidades, e não o contrário. Desta forma, a força de trabalho que não corresponde à necessidade dos meios de produção, não é absorvida ou é substituída. As frases a seguir, dos que estiveram no mercado de trabalho, ilustram a dificuldade encontrada socialmente para serem absorvidos e a forma como se estabelecem as relações de cooperação na sociedade capitalista, marcada pela competição, preconceito com a diferença, insensibilidade com relação aos limites e dificuldades do outro:

Quando trabalhava em outras instituições “tinha problemas com sono, insônia, não conseguia descansar, tinha problemas com a família”, as pessoas mexiam e brincavam com ele, “brincadeiras bobas” que o “prejudicaram muito”

Na fábrica eram “incompreensivos”, “o sistema era duro e difícil” parecia “trabalho escravo, ganha-se pouco e trabalha-se das sete às cinco horas”

Alienação é um conceito da economia política que explicita a forma como o trabalhador é necessariamente subordinado ao processo de produção, diferentemente da situação experimentada pelo usuário que desenvolve uma atividade produtiva que respeita sua capacidade e seu ritmo individual de trabalho:

Relaciona as facilidades ao fato do trabalho ser uma terapia, um “trabalho

terapêutico” que “possibilita a oportunidade de se tratar e receber dinheiro”

Conhece as condições necessárias para o trabalho na Copiadora e considera a supervisão como parte de seu desenvolvimento

As frases acima tornam necessária a retomada da concepção de trabalho que essas pessoas têm e que foram discutidas anteriormente. À medida em que se vai decompondo a discussão sobre o trabalho em seus vários elementos constitutivos, observa-se: a) em primeiro lugar o *trabalho ocupa o lugar de tratamento* quando referido à ausência de um, ou seja, o trabalho ocupa este lugar *quando o doente não tem alternativa de um projeto terapêutico que lhe dê suporte inclusive para poder trabalhar*; b) o segundo ponto observado é que *o trabalho associa-se ao acesso ao mundo das contratualidades sociais quando o doente encontra-se em condições de refletir sobre sua atividade e desvincular sua experiência individual da coletiva*; c) em terceiro lugar, *o trabalho formal a que alguns estiveram aderidos não lhes propiciou condições para que pudessem incorporar sua singularidade, que foi vivida como um defeito, como uma limitação excludente*. Obviamente, esse julgamento social a que estiveram submetidos é mediado por suas capacidades de inclusão e manutenção na divisão social do trabalho e tem início dentro da dinâmica da família nuclear.

A experiência de estar vinculado a um projeto terapêutico que possibilite seu acesso a uma atividade produtiva, que lhe dá suporte e sustentação, que considera suas particularidade, os fazem rever a auto-imagem, já referida anteriormante:

O doente mental que trabalha “tem conserto” e quando é produtivo (“ganha dinheiro”) passa a ser respeitado

Essa avaliação ainda permanece impregnada de uma concepção curativa e restauradora que tem como pressuposto *algo estragado que deve ser consertado, mas indica um deslocamento do trabalho da condição de tratamento para a condição de meio ou forma de acessar algo, o respeito*. Essa concepção emerge quando o trabalho lhe é proposto como um instrumento de intervenção e

não como a finalidade do processo de trabalho da instituição prestadora de assistência.

À medida em que essas pessoas vão experimentando um lugar que nunca ocuparam ou que estão afastados por força da doença, tecem afirmações que fazem considerar a devastação que a condição de apartado lhes impõe internamente com relação à auto-estima e nas relações sociais mais amplas:

A pessoa que não trabalha é “ladrão”, “marginal”, “não é nada”, “não tem valor”, “não realiza nada”, “não realiza sonhos”

Uma vez que:

Nesta sociedade o trabalho qualifica como cidadão, “dignifica o ser humano e traz dinheiro”

Não se considera bom cidadão brasileiro porque não tem carteira profissional assinada, por ser incapaz intelectualmente, mesmo quando comparado aos outros usuários que trabalham na Copiadora

As frases anteriores reiteram o deslocamento do trabalho da função de tratamento para a função de meio de acesso a uma outra condição social. A condição individual expressa por um deles, confirma uma posição inferiorizada, dada por uma dificuldade intelectual e pela inexperiência no mundo da produção material. É interessante notar o movimento desenhado: *as dificuldades individuais não contempladas com um suporte terapêutico deslocam o trabalho para o lugar de tratamento. Superada essa condição, o trabalho é identificado como o meio e o acesso a um lugar social diferente, de inclusão, que faz um ser humano cidadão. Isso posto, se o sujeito experimentou a condição de trabalhador, no mercado formal, identifica as dificuldades impostas pelo modo de produção capitalista hegemônico e considera o trabalho na Copiadora uma alternativa e uma oportunidade de estar desenvolvendo uma atividade produtiva. Aquele que não esteve no mercado formal compara-se aos outros usuários-trabalhadores e inicia um outro processo de deslocamento, agora não como*

*quem nada tem a compartilhar socialmente, mas do lugar de quem tem um lugar diferente dos outros usuários-trabalhadores. Esse usuário-trabalhador ocupa um estatuto social que é diferente daquele que ocupava quando não desenvolvia seu trabalho na Copiadora.*

Desta forma, observa-se que do início do Projeto Trabalho até essa análise, ocorreu um acúmulo de vivências individuais e coletivas que permitiu a esses sujeitos processarem diversos e significativos saltos quantitativos (com vistas a um salto de qualidade) na compreensão do seu processo saúde-doença articulado com o desenvolvimento de uma atividade produtiva. *A partir desse entendimento pode-se acatar a síntese proposta por esses cidadãos:*

O trabalho “na Copiadora é terapia, é respeito do cidadão brasileiro para com o doente, proporciona convivência, independência financeira, respeito a si próprio e da família”

Após o início das atividades na Copiadora houve mudanças de dois níveis: um que refere-se à sustentação financeira de suas atividades de lazer (“comprar alguma coisa, ir ao cinema, passear”) e outro que refere-se à sua própria possibilidade de trabalhar e aprender

Antes das atividades na Copiadora o usuário pensava que “não conseguiria fazer nada”. Essa “dificuldade do passado” relaciona-se ao “pensamento negativo”. Hoje ele sabe fazer mais coisas, hoje “eu consigo”

Após o início da atividade na Copiadora houve mudanças de dois níveis de respeito: um nível relaciona-se ao respeito do outro (família, vizinhos e conhecidos) e outro nível relaciona-se ao respeito consigo próprio, operado através da possibilidade de pensar diferente a seu respeito

A Copiadora “é o melhor serviço porque ele reabilita para o mundo”

O projeto de Reabilitação Psicossocial do CAPS opera a partir dos pressupostos que compreendem que a intervenção reabilitadora não implica na transformação do estado de “desabilidade em habilidade”, mas numa modificação das políticas de saúde mental, que envolvam os atores sociais

(usuários, familiares de usuários e profissionais) num cenário de contraturalidades (SARACENO, 1996:14) portanto, pressupõe um determinado modelo de atenção ancorado numa política de saúde comprometida com a superação do modo de assistir pautado no paradigma da adaptação e da normatização. Melhor dizendo, este modelo vai em contraposição aos que tomam o trabalho como finalidade em si e para tal necessita de um setting, de planejamento, da execução e de avaliação, tal qual o modelo comportamental, o treino de habilidades sociais.

SARACENO (1996) verticaliza a discussão, ao defender como primeiro passo em direção a esta nova proposta reabilitadora a necessidade de modificação do marco do serviço em que se atua para que as técnicas mais ou menos sofisticadas de controle alcancem um resultado significativo. Esse é um problema de mudança na organização dos serviços.

A experiência relatada fala a favor dessa concepção pois, “a noção de reabilitação surgiu aos poucos no CAPS como um aprendizado e uma conquista naturais e só pode tomar forma quando a instituição já estava em funcionamento, quando já existiam condições para que tal noção pudesse ser vislumbrada e chamada a operar, e estas condições, por sua vez, amadureceram no próprio desenrolar dos trabalhos.” Além disso, o autor acredita que o motor e o próprio combustível do trabalho localizam-se no fato de que as “práticas ultrapassavam os espaços internos, constituía-se uma equipe de cuidados, todos incorporavam a instituição como espaço de referência para pacientes e familiares, clareava-se a idéia do tratar e, principalmente, emergia um local de tratamento que se desenvolvia junto com os pacientes” (GOLDBERG, 1996b:34).

Por ter sido construído na prática e no cotidiano, o Programa de Reabilitação Psicossocial desenvolvido no CAPS busca responder às necessidades expressas do usuário, assim como acompanhar seu movimento e, desta forma, sua construção é gradual, num movimento constante de avaliação de sua eficácia, da resposta e adesão do usuário. Os recursos que um serviço vai construindo a partir desse desejo manifesto deve buscar, como horizonte, “a

construção da plena cidadania (que é) o ponto fundamental da reabilitação psicossocial” e que “depende de variáveis que operam contra ou operam a favor da contratualidade em casa, no trabalho e na rede social” da população usuária (SARACENO, 1996:17).

No discurso dos usuários as dificuldades e o baixo poder de contratualidade de que são investidos ficam evidentes, condição relacionada ao estado mórbido que os colocam, de antemão, numa condição desfavorável de competição no jogo social. Chama a atenção o fato de que os quatro usuários-trabalhadores que fazem parte do universo pesquisado relatam um longo percurso por diversas instituições de atenção à saúde mental o que, de um lado denota problemas de ordem estrutural como já foi observado mas, de outro, evidencia que eles tendem a responder aos encaminhamentos e fazer um movimento voluntário de busca por novos recursos de atendimento à saúde mental.

Com a presença do “usuário-trabalhador” uma nova categoria foi instituída, impulsionando a instituição na busca de respostas para as dúvidas com relação ao vínculo entre profissionais e usuários. A partir dessa nova categoria, o profissional e o usuário têm que desenvolver, necessariamente, habilidades para circular de um cenário em que a relação é eminentemente terapêutica (*Strictu sensu*) para outro em que a relação passa a assumir um caráter terapêutico (*Latu sensu*) que comporta dúvidas do profissional com relação ao encaminhamento das questões específicas de cada setor de trabalho; discussões sobre o andamento dos setores que expressam divergências entre coordenação e o usuário-trabalhador, estabelecendo uma relação de “incontinência” terapêutica relativa, mas de grande valor na perspectiva das relações e dos conflitos humanos.

Esse vínculo se aplica ao *novo usuário*: o sujeito que se trata e trabalha, recebe remuneração no final do mês, assina ponto, faz conta, troco, cobra funcionários, incluindo os terapeutas, estabelece critério de atendimento do público, determina um ritmo de trabalho, faz falta quando não trabalha, experimenta novas relações sociais que indicam uma *mudança interna* e um

exercício intenso de enfrentamento de dificuldades e de aprendizagem.

Esse mesmo usuário discute seu salário, a organização do setor, tem dúvidas e soluções indicando *mudanças externas* quando adquirem bens para uso próprio ou de pessoas de seus núcleos familiares, através da apropriação do resultado do seu trabalho como, por exemplo, ter dinheiro na poupança, poder pagar tratamento psicoterápico, comprar medicamentos, ir ao cinema, etc.

Tais mudanças concretas podem refletir mudanças ocorridas no nível simbólico. Um dos exemplos mais evidentes na Copiadora é o Livro Ponto. Se hoje é usual e parte da rotina do trabalho marcarem sua presença, o dia e a hora de trabalho, há que se pontuar as dificuldades que tiveram que ser superadas para isso, considerando tratar-se de pessoas acometidas de um agravo psíquico que lhes limita e impõe restrições na relação com o tempo, com o espaço, com as pessoas e com as coisas. De 1990 para o momento atual verificam-se mudanças significativas tanto no conteúdo da mensagem (de um risco para o nome) como na forma da letra (de trêmula para firme) e na orientação temporal (de nada para a indicação precisa da data e hora de trabalho). Hoje, ao produzirem o Livro Ponto de forma organizada/estruturada, na verdade, o que podem estar assumindo é sua identidade e condição atual de sujeitos trabalhadores.

Uma outra situação que não foi detectada nos discursos refere-se à possibilidade da crise, processo vivenciado por um deles que prefigurava o fracasso (para os usuários e para os técnicos). Entretanto, o dispositivo que possibilitou seu afastamento para tratamento de saúde, assim como uma redução temporária da carga horária de trabalho na situação de crise (entendendo-se crise como recidiva) transformou a dificuldade em movimento, em possibilidade de intervenção no cotidiano. Isso porque o programa de Reabilitação Psicossocial desenvolvido no CAPS respeita a possibilidade individual de trabalho das pessoas, tal como aparece nas frases seguintes:

Considera o trabalho na Copiadora como um serviço terapêutico (“faz a gente se concentrar”), de interação/participação na “vida social” e adequado às



possibilidades/limites individuais

A atividade na Copiadora “é gostoso porque a pessoa atende clientes, recebe dinheiro e não fica parado”

O trabalho é avaliado como sendo bom, atende sua necessidade financeira e de contato com o público;

Apenas um dos participantes do estudo detecta aspectos negativos do Projeto, diferentemente das frases acima. Esses aspectos foram identificados como algo que não confere oficialidade do processo de trabalho na Copiadora, tal como a observada no mercado formal e que portanto não estabelece as reais condições de trabalho esperadas:

Existe diferença entre o CAPS/Associação e outras instituições. “Aqui é uma clínica psiquiátrica; uma Associação e existe individualidade. Lá fora há padrões, chefes de seção, uma vida organizada, o que é necessário; tem carteira profissional registrada, novas opções”

O trabalho na Copiadora “é interessante, extraordinário”, algo instrutivo mas é mecânico, ou seja, “não é uma coisa intelectual”

Chama a atenção o fato de que o usuário que não esteve no mercado formal de trabalho é o mais crítico, menos conformado com a condição de usuário-trabalhador, diferente dos que estiveram no mercado. Essa posição pode indicar que o usuário não esteve submetido às condições já descritas de intolerância às diferenças e, portanto, crê de forma idealizada que o trabalho geral é mais estruturante que o desenvolvido na Copiadora:

Acredita que alguns trabalhos (bancos, escritórios), ajudam as pessoas ficarem mais “desembaraçadas”

Um dos participantes relata o mecanismo que desenvolveu para conseguir se adaptar à nova situação de usuário-trabalhador e a forma como vem superando suas dificuldades individuais na manipulação do equipamento de foto-reprodução:

As facilidades no trabalho referem-se a coisas que ele consegue fazer através da memorização (“apagando” o resto “da minha mente”) e que transforma-se em dificuldades quando da mudança do tipo de máquina copiadora

Com relação ao início das atividades, um participante reconhece que o treinamento teve importância e que no decorrer desses anos a organização do Projeto vem possibilitando a superação das dificuldades:

Apesar de um curso de treinamento, “o começo das atividades foi drástico”, mas a maior parte das dificuldades técnicas de operacionalização da máquina foram “superadas com o tempo”

Apesar disso tece críticas à forma como sua avaliação vem sendo realizada. Relaciona sua dificuldade em operacionalizar a máquina fotocopidora à redução de sua jornada semanal de trabalho com conseqüente redução de sua remuneração e julga que isto não favorece a superação das suas dificuldades. Neste sentido, o Projeto que se propõe como instrumento de ajuda para a superação da condição de *incapaz* do usuário, limita-o no exercício laborativo quando é detectada uma dificuldade na manipulação da máquina:

Os erros na operacionalização da máquina, apesar de um curso de treinamento, levou à redução do período de trabalho e da remuneração de um dos usuários, entendida por ele como punição

Acredita que as dificuldades no trabalho aumentam porque trabalha poucos dias e que se trabalhasse mais dias poderia reduzi-las “ao invés de retardá-las”

O trabalho na Copiadora possibilita a capacitação para um trabalho profissional

Essa avaliação deve ecoar na atual discussão do Projeto Trabalho em direção à sua superação - uma cooperação de trabalho solidária - e parece afirmar, tal como em toda a análise precedente, que esse sujeito realiza críticas, demonstra capacidade de compreensão das suas limitações e dos meios de superá-las, corroborando a afirmação dos pressupostos do processo de trabalho no CAPS que busca respostas à necessidade da população usuária a partir da construção de um projeto terapêutico ampliado.

#### 4 SÍNTESE: a dialética do trabalho na Copiadora e a Reabilitação Psicossocial

Este estudo compreende o usuário-trabalhador da Copiadora como uma totalidade parcial de uma totalidade mais ampla representada pelo universo de usuários do programa de reabilitação desenvolvido no Núcleo de Projetos Especiais do CAPS que por sua vez é uma totalidade parcial dos usuários dos serviços de saúde mental. Os participantes são do sexo masculino, adoeceram jovens<sup>36</sup>, podem ser identificados como pessoas que têm dificuldade para aprender, para se relacionar com familiares e desconhecidos, isolam-se e decepcionam-se consigo mesmos pelo fato de utilizarem esse serviço.

Atribuem a origem da doença à falta de algo - de amigos, de apoio familiar - associados a fatores de ordem econômica e à falta de habilidade para lidar com perdas. Para eles, mesmo que a causa da doença esteja *fora*, a sua expressão é a falta, uma experiência íntima, que acontece “profundamente” no sujeito ou seja, uma vivência subjetiva que tem causa genética, orgânica, e que é também sobre-determinada pela condição sócio-econômica.

O tratamento referencia toda a sua vida, com exceção da época em que estudaram e do esforço para trabalhar. A escolaridade média é o segundo grau e metade esteve no mercado de trabalho até a manifestação da doença. Mantêm uma posição crítica com relação à sua inserção no mundo e à forma preconceituosa como a sociedade considera os que têm maior fragilidade na manutenção de vínculo familiar, afetivo e de trabalho.

---

<sup>36</sup> Dado ratificado pelos achados da pesquisa de PITTA, A. M. F. (coord.) *Avaliação de serviço de atenção médico-psicossocial a usuários do sistema de saúde no município de São Paulo*. Relatório de pesquisa. São Paulo, Núcleo de Estudos e Pesquisas do Centro de Atenção Psicossocial Luiz da Rocha Cerqueira da Secretaria de Estado de Saúde, 1991.

Com exceção de um, os demais estiveram internados em instituição psiquiátrica, mas utilizam-se de recursos de saúde mental substitutivos ao hospitalar para tratamento, de uma atividade laborativa particular, compreensiva, para manter vínculo com o lugar que não ocupam desde a manifestação da doença (trabalhadores do mercado formal), ou para ocupar um que não ocuparam anteriormente, o de usuários-trabalhadores. A adesão ao Projeto Trabalho varia de sete a quatro anos, o que pode indicar que esse tem respondido às suas expectativas.

Tal projeto constitui um dos instrumentos de intervenção utilizados no CAPS enquanto dispositivo e recurso teórico-prático passível de ser operado pelos profissionais a partir de uma necessidade da população usuária, com a finalidade de alterar e superar aquela condição anterior. Esse dispositivo, bem como os demais, pretende a superação do alinhamento ideológico com os ideais de prevenção, eugenia e educação dos indivíduos, do paradigma ainda hegemônico da atenção à saúde mental, cuja gênese e base ideológica foi inspirada nos ideais eugênicos e profiláticos das duas primeiras décadas deste século, marcada fortemente pela psiquiatria alemã (COSTA, 1981).

Este modelo a ser superado, tem sua legitimação no decreto de lei n. 24.559, de 03 de julho de 1934 e não traduz a condição desses cidadãos usuários às portas do terceiro milênio que já se beneficiaram do avanço da medicina na área da psicofarmacologia, detêm um nível de escolaridade e informação impostos pelo próprio desenvolvimento tecnológico do mundo capitalista, estiveram no mercado formal de trabalho até o advento da doença, preservam conhecimentos adquiridos e são capazes de operar um equipamento de fotoreprodução de última geração.

Com relação às políticas públicas, também enquanto dispositivos de intervenção, observa-se que a discussão acerca do estado de direito chega aos usuários de forma pouco consistente reservando aos movimentos organizados sua maior expressividade. A compreensão que os usuários têm das políticas de saúde

no seu tratamento individual fica identificada nos problemas de administração local, que sofre influência das mudanças de alinhamento ideológico do governante de plantão.

Observa-se que ocorre um afastamento na relação dos usuários do seu núcleo familiar quando este último não tem acesso a um suporte terapêutico. Nessa condição, experimentam um constrangimento familiar pela falta de compreensão do seu limite como força de trabalho, sendo acusados de vagabundos quando não estão vinculados a uma atividade produtiva. Por outro lado, os familiares que têm acesso a esse programa, aparecem de forma mobilizada e engajada, com representação política a nível local, no Conselho Consultivo do PIDA, a nível particular, na Comissão Estadual de Saúde Mental e a nível geral, na Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica, além de ampliar sua participação como usuário coletivo no Núcleo Familiar da Associação Franco Basaglia e nas Atividades do Clube do Basaglia.

Observa-se um posicionamento favorável do órgão financiador das ações de saúde, porém a magnitude do problema impõe uma distância considerável entre o poder discursivo oficial e o financiamento de estrutura substitutiva ao modelo hospitalocêntrico. Por exemplo, o trabalho desenvolvido no CAPS foi reconhecido somente após dez anos de existência, na forma de investimento real, no final de 1996, através do PIDA.

Outra pauta diz respeito à pouca visibilidade da área da saúde mental no cenário das políticas públicas. As políticas de saúde mental vêm sendo exercidas sob bases teóricas e ideológicas alinhadas a uma concepção de sociedade que não responde às necessidades dos usuários deste final de século, porque os consideram incapazes de serem responsáveis por si, incapazes de serem cidadãos. Os prisioneiros de um sistema de contenção, de não tratamento, que não estão representados neste estudo, não usufruem seu direito aos serviços de saúde, teoricamente garantido pela Constituição, através dos fundamentos do SUS: a universalidade, equidade e igualdade de acesso ao tratamento. Nesse sentido, faz-

se necessária a continuidade da discussão da Reforma Psiquiátrica, no que diz respeito à autonomia e resolutividade do serviço prestador de assistência. Supõe-se que o serviço deva dispor de todos os dispositivos clínicos, ter amparo nos pressupostos do SUS, incluindo a perspectiva de reabilitação enquanto estratégia global de intervenção.

Com relação ao trabalho, não só no que afeta o usuário de serviço de saúde mental, segundo ANTUNES (1996) na última década, a situação da “classe-que-vive-do-trabalho” no contexto mundial vem sofrendo fortes alterações: como conseqüência da imposição do neoliberalismo e da reestruturação produtiva da era da acumulação flexível e com o surgimento do desemprego em escala mundial. Quanto mais o mundo caminha para uma integração globalizada e competitiva, maiores são as taxas de precarização, exclusão e desemprego.

As formas de precarização da classe trabalhadora dizem respeito à redução do proletariado fabril estável; ao incremento do “subproletariado” fabril e de serviços que são os terceirizados, subcontratados, “part-time”; ao aumento significativo do trabalho feminino (que atinge 40% da força de trabalho nos países avançados, mas que vem sendo preferencialmente absorvido nos países periféricos, onde o trabalho é precário e desregulamentado); ao incremento dos assalariados médios e dos serviços; à exclusão de jovens e “velhos” (*a partir de 40 anos ou mais*) do mercado de trabalho nos países centrais; à inclusão precoce e criminosa de crianças no mercado de trabalho nos países periféricos. Esta situação aponta “uma processualidade contraditória e multiforme no interior da classe trabalhadora” que quanto mais é qualificada em alguns setores, mais desqualificada é em outros. Segundo o autor, “a-classe-que-vive-do-trabalho está mais fragmentada, mais complexificada e mais heterogeneizada. Dividida entre qualificados e desqualificados, estáveis e precários, jovens e velhos, homens e mulheres, nacionais e emigrantes, brancos e negros, inseridos e excluídos” (ANTUNES, 1996).

Assim, o usuário de serviço de saúde mental que tem demanda por trabalho, experimenta ainda hoje (final de século XX) a exclusão social que se dá, não só, mas também, por sua marginalidade no processo de produção (capitalismo consolidado e o padrão econômico neoliberal de mercado), o que não diferencia substancialmente a condição que experimentou nos primórdios da psiquiatria, quando sua existência doentia o impediu de acessar o sistema de produção, no caso o capitalismo emergente (final do século XVIII).

Entretanto, no atual contexto histórico e econômico, o usuário de serviço de saúde mental está incluído num contingente bastante expressivo da população em geral, junto a outras parcelas da população excluída do processo produtivo. Enquanto totalidades parciais, essas populações são alvo de reflexão da sociedade política e civil, que buscam formas de enfrentamento dessa questão. Desta forma, é possível compreender a legitimidade da luta que as organizações trabalhistas e sindicais travam ininterruptamente com os similares patronais, na busca de garantias do posto e de condição aceitável de trabalho, assim como a inserção de intelectuais comprometidos com a causa trabalhista que denunciam e instrumentalizam a classe trabalhadora nessa tarefa. No entanto, este trabalhador não é o usuário de serviço de saúde mental.

A premissa que aceita as populações parceladas como totalidades parciais da população de total de excluídos do processo de produção evidencia no caso da saúde mental, que cabe ao poder público (políticas de saúde) em parceria com a sociedade civil organizada (trabalhadores da área, associações de usuários, interessados e agregados) a proposição de políticas de atenção à saúde mental que contemplem a necessidade (no sentido marxista) dessa população particular, de inclusão no processo de produzir e consumir bens e que apontem para a melhoria de sua qualidade de vida.

O usuário de serviço de saúde mental, por suas características peculiares (baixo grau de escolaridade, formação profissional precária, inserção preconceituosa no imaginário coletivo, habilidade intelectual restringida pelo uso

de psicofármacos, relação familiar permeada pela desconfiança com relação à sua capacidade produtiva, além da condição sócio-econômica dependente), experimenta uma condição desfavorável na competição por um lugar no jogo social. Para ele, o trabalho é o acesso ao lugar onde reside a normalidade do ser humano; o respeito do outro (família, parentes, amigos e vizinhos); a possibilidade de prever e viver o futuro; a produção e reprodução da vida material.

Essa síntese foi obtida nos discursos dos participantes desse estudo que mostram a contundência da ideologia dominante, uma vez que não se encontram no mercado formal de trabalho e identificam em si mesmos a limitação que impede ou dificulta sua inclusão. Por outro lado, ter estado no mercado de trabalho não minimiza as dificuldades, passando a ser também limitação pessoal. Conforme indica SILVA (1997), a dificuldade de acesso ao trabalho inclui causas estruturais, como o baixo nível educacional do trabalhador brasileiro (3,8 anos de estudo, em comparação com o dobro nos países que experimentam maior índice de crescimento econômico, como a Coréia do Sul e Japão) caracterizando uma política pública de educação ineficaz; e conjunturais, como as políticas oficiais diferenciadas, no trato com o capital, através de investimento público em instituições financeiras falidas ou mal administradas, em contraposição ao tratamento oferecido, por exemplo, aos trabalhadores sem terra, onde não é feito um investimento da mesma ordem. Neste sentido, o discurso dos usuários que imputa a eles mesmos a impossibilidade para o trabalho é ingênuo, carrega e incorpora forte carga de preconceito.

Segundo HELLER (1992), o preconceito “é a categoria do pensamento e do comportamento cotidianos” e o que caracteriza a vida cotidiana é o caráter “momentâneo dos efeitos, a natureza efêmera das motivações e a fixação repetitiva do ritmo, a rigidez do modo de vida.” Por isso, o pensamento cotidiano caracteriza-se por ser “fixado na experiência, empírico e, ao mesmo tempo, ultrageneralizador.” A ultrageneralização ocorre, de um lado por incorporação de



esteriótipos, analogias e esquema pré elaborados e de outro lado, porque eles são impostos pelo meio, assimilados como a regra, e que podem perdurar, por isso mesmo, sem o confronto de uma atitude crítica. Além disso, a vida cotidiana “caracteriza-se pela *unidade imediata* de pensamento e ação” que identificam-se com o *verdadeiro* e o *correto*, ou seja, o que é correto, útil, o que orienta corretamente para uma ação ou conduz ao êxito, é também “verdadeiro”.

A possibilidade de ruptura do preconceito e o redirecionamento da forma de lidar com o pensamento ultrageneralizador (preconceituoso) que contamina usuários, trabalhadores e população em geral em relação ao doente mental reside na assunção de práticas que reflitam um modo de pensar criativo, em primeiro lugar, questionador das verdades estabelecidas e, em segundo e principalmente, solidário com os que têm dificuldades constitutivas. Solidarizar-se é superar a concepção de coletivizar excluindo o individual, isto é, é a incorporação das individualidades no projeto coletivo, agora humanizado.

O dispositivo das Cooperativas (TESH, 1995) pode contribuir para isso de diversas formas: garantindo no micro espaço da Copiadora e dos demais setores do Projeto Trabalho, o respeito à disponibilidade e ao ritmo de trabalho do usuário; corrigindo a condição atual de projeto subsidiado e conseqüentemente tutelado pelo Estado; intervindo na avaliação do usuário quando este contrapõe a atividade que desenvolve na Copiadora ao *trabalho* enquanto reprodução de vida material; permitindo a diferenciação de funções no interior do Projeto, incluindo a alteração do contrato de remuneração (a indiferenciação de funções, do valor e da forma de remuneração começa a causar constrangimento, que não é pautado pelos usuários em nenhuma instância coletiva de discussão embora apareça nos espaço mais protegidos).

O Projeto Copiadora tal como se constitui hoje, apresenta algumas características que podem facilitar sua transformação (em Cooperativa ou não): não tem caráter lucrativo e essa concepção resulta na falta de autonomia financeira e conseqüente limitação do rendimento mensal; depende das políticas

públicas de saúde; os programas de atendimentos à população subordinam-se aos projetos particulares das determinadas composições políticas e não são sustentados enquanto perspectiva duradoura e oficial do Estado; a iniciativa privada é pouco sensível à questão (embora a empresa Xerox do Brasil S./A. tenha cedido uma máquina fotocopadora e assistência técnica por um ano); não existe regra para o tempo de duração da bolsa de trabalho; não fica clara a discussão sobre a função ou não da Associação de encaminhar os usuários para o mercado de trabalho.

A despeito disso, durante esse anos “a síntese do aspecto econômico com o clínico-social é amplamente favorável, pois os recursos financeiros destinados ao Projeto Trabalho se diluem na economia que a proposta possibilita, em termos da sensível diminuição de recursos tradicionais para o acompanhamento dos usuários. Esse dado quantitativo deve ser somado ao ganho qualitativo que representa a inclusão de indivíduos, antes altamente estigmatizados, no ambiente profissional” (MOTTA, 1997b:5).

O trabalho realizado por esses usuários deve ser compreendido como um direito, como de qualquer outro cidadão, e a sociedade civil, representada pelos trabalhadores da área da saúde mental, os familiares, as associações de usuários, deve pensar dispositivos que respondam a essa necessidade particular, relacionada à conjuntura mais ampla, às condições de vida das classes desprivilegiadas deste final de século. Além disso, para ser transformadora, essa prática deve buscar o dispositivo mais adequado, pois parece que o Projeto Trabalho do CAPS vem acumulando uma quantidade já considerável de saber e experiência, garantindo uma série de pequenos e significativos saltos quantitativos. Resta chegar a um efetivo salto de qualidade, da condição de usuários-trabalhadores para a de *trabalhadores* que são usuários de serviço de saúde mental<sup>37</sup>.

---

<sup>37</sup> SARACENO, B. I. *Curso teórico* /Apresentado ao 1. Encontro Brasileiro de Reabilitação Psicossocial. São Paulo, 1995/

O contexto do *trabalho* do usuário não seria diferente das instituições tradicionais de assistência à saúde mental se a prática do CAPS não estivesse assentada na perspectiva da Reforma Psiquiátrica que deve ser compreendida como um conjunto de ações que passam pela revisão das políticas de saúde mental e dos modelos de assistência; da base ideológica do estatuto que regulamenta a existência do ser humano que utiliza o serviço de saúde mental, público ou privado e, conseqüentemente, pela adoção de um novo código de ética que este final de século impõe à humanidade, pois não cabe mais aprisionar humanos do final do século XX dentro de códigos morais e éticos do século passado. Desta perspectiva, e por não ter correspondência com os pressupostos teóricos do método positivo, o trabalho do CAPS busca necessariamente novos instrumentos de intervenção que ampliam o potencial de troca e o valor social dos usuários de serviços de saúde mental. Tecnologia das relações humanas ou clínica ampliada é como tem sido nomeada a complexidade de ações experimentadas no cotidiano do CAPS.

## **5. Post Scriptum: Mulher, Enfermeira, aos trabalhadores de saúde mental**

*Depois dessas mais de cem páginas decompondo e recompondo analiticamente o trabalho realizado junto e pelos usuários do CAPS, avaliando a qualidade e a pertinência das ações profissionais, no momento em que uma finalização é necessária, chego a uma última questão, de uma clareza, para mim, surpreendente: não é por acaso que a reflexão sobre um programa de reabilitação psicossocial é realizada por uma enfermeira.*

*Quando vou escrevendo essas linhas, vou pensando nas minhas precursoras, descritas por SIMON (1937) no começo desse século, naquela sua visita a um manicômio, com todas aquelas mulheres nuas, ensandecidas, gritando, amarradas nos leitos ou então mergulhadas nos banhos, provavelmente imersas em excrementos: que humanas seriam? Nessa cena, o psiquiatra faz um zoom na expressão da enfermeira: desolação e impotência - é isso que a prática de enfermagem tem sido nesses lugares de horror, desde o tratamento moral.*

*Obviamente minhas precursoras poderiam não ter aceito esse lugar, entretanto, alguém o teria feito. Tratava-se de um limite, que nós humanos, experimentávamos no embate com esse fenômeno que nos desafia até os dias atuais. Lembro-me da cena em que um traidor pergunta ao amigo traído: porque fui eu o escolhido? Lembro de Maria Rita Kehl falando da experiência avassaladora de viver, quando nos colocamos disponíveis para sermos atravessados pela vida. Lembro-me de muitas coisas. Mas, lembro-me do lugar histórico que protagonizo: mulher, enfermeira, a que vigia, a que pune, a que disciplina.*

*Quem teria feito? De que forma teria feito? Sinto falta da Prof. Evalda, da minha identificação com a mãe, aquela boa, que acolhe, que protege, que ampara. Não seria apenas isso, como não tem sido. A nova instituição nos tem*

*cobrado mais, pois essa nova instituição não é fruto de “devaneios socialistas”, como já foi definida pelo Prof. Fortes, mas é uma prática imperativa, que nos põe em confronto com nossas possibilidades, mobiliza nossas potencialidades.*

*Diferente de minhas precursoras, sinto-me chamada a me posicionar, no limite do que essa palavra pode dizer. Me posiciono a partir de diversos lugares sociais: o de enfermeira, de professora, de militante política, de servidora pública. Esses lugares, todos, ancorados na experiência particular de ser mulher.*

*Não é por acaso que 95% da força de trabalho em enfermagem é de mulheres. Como não é por acaso que ocupamos, tal qual os usuários ocupam, um lugar peculiar no imaginário coletivo: das abnegadas, das prostitutas, das sargentas, das frágeis, das frustradas, das imprescindíveis na organização da ordem, das mulheres feias, às boas para o plantão do centro cirúrgico. Vez ou outra nos chamam de anjo de branco. Inúmeras vezes nos chamam de quase médicas ou de psicólogas.*

*É necessário inscrever um outro lugar nesse imaginário e acredito que a prática de enfermeira do CAPS o faz. Quando me dizem que não pareço enfermeira, penso que toda enfermeira deve ter em si e nas instituições, condições de ascenderem a um lugar de sujeito, tal qual o pensamos para o usuário. A construção desse novo lugar pressupõe uma disponibilidade individual mas também uma obra política, onde cada prática social em saúde seja precursora de novas cenas, diversas da descrita por SIMON.*

*Relendo essa monografia, olho mais atentamente para três cenas descritas: Toque Mágico, Grupo de Projetos, Livro Ponto. Muito fortes essas analogias. A enfermagem do CAPS identifica-se com um toque mágico, com um grupo de projetos e com um livro, onde se inscreve uma história.*

*Não sou diferente das minhas precursoras, mas sou. Nego minha diferença quanto me incluo no lugar que temos ocupado historicamente, de*

*forma voluntária ou ingênua (do ponto de vista do materialismo histórico e dialético - não consciente). Mas não sou igual, como não poderia ser, por me encontrar num outro contexto histórico-social. Entretanto, pergunto-me: será tão diferente assim?*

*Às minhas alunas (maioria entre estudantes de Enfermagem na Universidade de Mogi das Cruzes) digo que estamos num outro contexto histórico e social e que isso nos solicita outra compreensão do processo saúde-doença e portanto, novos instrumentos de intervenção. Nessas condições lhes apresento o CAPS. Entretanto, para além do CAPS, o que se vislumbra? Tudo parece tão igual às cenas de SIMON!*

*Vê-se ainda pessoas doentes que são contidas fisicamente, intolerância, estereotipia profissional (de todos), engessamento institucional onde todos permanecem imobilizados nos seus lugares (profissionais?). Essas instituições são identificadas como lugar de tratamento. Isso deve e tem que ser rompido. Esses lugares não são lugares de tratamento e o que todos os profissionais ali fazem - incluindo a enfermagem - é vigiar, punir, disciplinar.*

*Lembro de Agnes Heller falando de preconceito, lembro de Jurandir Freire falando de redescrição das subjetividades das pessoas, lembro de Rosa Godoy falando de práxis solidária. Lembro de muitas coisas.*

*E então me lembro da Sandra e do Jairo, que acolheram uma enfermeira que parecia legal (“coisa raríssima na saúde mental, aliás, em qualquer área da saúde”) e que puderam olhar de um jeito não preconceituoso (como sempre) um novo que se agregava ao antigo. A dialética da superação não é essa? No CAPS se aprende assim, trabalhando junto.*

*Quando vejo um usuário com o seu rádio, único companheiro (que ele disseca, busca o intestino e por isso sua mãe não o suporta, pois tem que lhe comprar um rádio novo e o dinheiro está curto) me falando de sua vida, da relação familiar e as dificuldades próprias dessa relação, penso no trabalho do*

*Jonas, na disponibilidade para o acolhimento das dores dos outros, os familiares (aqueles algozes da psiquiatria tradicional, que enlouquecem e esquecem do seu louco).*

*Além disso, um marceneiro pode ser psicólogo ou é o contrário? No CAPS, pode, aliás, isso amplia o potencial de intervenção profissional, mesmo porque se o Arnaldo é marceneiro e psicólogo, o Sérgio é sanitarista. E o que podem acrescentar essas práticas num trabalho de saúde mental? Alguns usuários que são estridentes, outros silenciosos, mas ouvidos e vistos, cada um no seu universo que o digam.*

*O trabalho do usuário (ampliado e ampliador) tem uma sólida base de tratamento que deve ser o mais competente e isso deve-se à intransigência na defesa da clínica, localizada na fala da Regina e da Cristina, que não por acaso vivem sendo confundidas mas porque sabem do que falam nessa prática de saúde não parcelada, não pormenorizada. E no entanto, uma médica e outra psicóloga, respeitam seus lugares específicos e não se perdem na discussão menor do que podem ou devem fazer, mas na maior: como e o que fazer, o que faz sentido na vida desse sujeito?*

*A compreensão que todos que circulam pelo universo do usuário têm um lugar e uma função convoca os profissionais não universitários a produzir vínculos e projeto (que podem ser identificados ao longo desse estudo), sem o que o vigor terapêutico da clínica ou dos Projetos em muito perderia, como o Sabor Paulista da Tiana; A Lojinha da Fátima e da Ivanilda; o Toque Mágico do Eviron e da Genilda; o projeto da Administração, da Nerse; do Mensageiro mais próximo do Edu e do Vlad; da limpeza da cozinha, da D. Vanda, da D. Zila, da Irene e da Cleuza; do telefone da recepção, mediado pela Nice e pela Eli. Além da Cida, que está sempre ali.*

*O desafio e o privilégio para todos nesses novos tempos de PIDA é a concretização do salto qualitativo, incorporando a parceria com a Universidade*

*como forma de sedimentar a construção teórica que a instituição prestadora vem produzindo, como uma voz de respeito que afirme a prática ancorada nos pressupostos da Reforma, que busca a próxima revolução psiquiátrica.*

*Isso é real para todos - profissionais, usuários e familiares - para a enfermeira e a enfermagem “que pegam os mais agitados”; para os psiquiatras “sobrecarregados que atendem seus oitenta loucos”; para os psicólogos “esquisitos que só fazem testes”; para as terapeutas ocupacionais “que distraem os pacientes”; para as assistentes sociais que “providenciam o atestado de incapacidade para a aposentadoria”; para o usuário “que não tem jeito, é crônico” e para a família que é “vítima e algoz do doente”.*

*Concluindo, parece que é na construção de uma rede solidária de fazer/saber, de conceber/executar, onde nem tudo são flores que será possível a inscrição de uma marca nova da saúde mental no imaginário coletivo.*



## 6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, D. S. do N. Por um programa brasileiro de apoio à desospitalização. In: PITTA, A. (org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo, HUCITEC, 1996. p. 27-30.
- ANDERY, M. A. et. al. *Para compreender a ciência: uma perspectiva histórica*. 3. ed. Rio de Janeiro, Espaço e Tempo, 1988.
- ANTUNES, R. *A rebeldia do trabalho: o confronto operário do ABC Paulista: as greves de 1978/80*. 2. ed. Campinas, UNICAMP, 1992.
- ANTUNES, R. A lógica destrutiva: crise do trabalho coloca como desafio resgatar o sentido de classe. *Folha de São Paulo*. São Paulo, 14 jul. 1996. Caderno 5. p. 3.
- BASAGLIA, F. Riabilitazione e controllo sociale. *BASAGLIA, F. Scritti II (1968-1980): dall'apertura del manicomio alla nuova legge sull'assistenza psichiatrica*. Torino, Giulio Einaudi, 1982. p. 199-208.
- BARIÇÃO, S. M. F. Centro de Atenção Psicossocial: construindo um projeto. *Saúde Atual*. v. 1, n. 1, 1994.
- BARROS, D. D. *A desinstitucionalização italiana: a experiência de Trieste*. São Paulo, 1991a. 160 p. Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- BARROS, D. D. Habilitar - reabilitar ... o rei está nu? *Rev. ter. ocup.* v. 2, n. 2/3, p.100-4, 1991b.
- BARROS, D. D. *Jardins de Abel: desconstrução da manicômio de Trieste*. São Paulo, Lemos, 1994.

- BARROS, S. *O louco, a loucura e a alienação institucional*: o ensino de enfermagem *sub judice*. São Paulo, 1996. 201p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- BENETTON, J. *Trilhas associativas*: ampliando recursos na clínica da psicose. São Paulo, Lemos, 1991. p. 19-25: Constituindo o eixo central: o uso de atividade em psiquiatria.
- BENETTON, M. J. *A Terapia Ocupacional como instrumento nas ações de saúde mental*. Campinas, 1994. 190p. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.
- BORGES, L. H. Trabalho, valor e laço social. In: LAUAR, H. (org.) *A psiquiatria e suas conexões*: política biologia filosofia. Belo Horizonte, Associação Mineira de Psiquiatria, 1996. p. 25-8.
- BRASIL. *Projetos e Leis*. Projeto de Lei n. 3657. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. Brasília, 1989.
- CANZIAN, F. Haja contradição. *Folha de São Paulo*. São Paulo, 14 abr. 1997. Caderno 1. p. 2.
- CAR, M. R. *Da aparência à essência*: a práxis assistencial dos trabalhadores da Liga de Hipertensão Arterial. São Paulo, 1993. 131 p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- CAVALCANTI, M. T. *O tear das cinzas*: um estudo sobre as relações entre psicose e instituição psiquiátrica. Rio de Janeiro, 1992, 355p. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- CERQUEIRA, L. da R. *Pela reabilitação em psiquiatria: da praxisterapia à comunidade terapêutica*. Rio de Janeiro, Universidade do Brasil, 1965.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2, Brasília, 1992.  
*Relatório final*. Brasília, Ministério da Saúde Mental, 1994.

COSTA, J. F. *História da psiquiatria no Brasil*: um corte ideológico. 3. ed. Rio de Janeiro, Campus, 1981.

COSTA, J. F. Apresentação. In: GOLDBERG, J.I. *A clínica da psicose*. Rio de Janeiro, Te Corá/Instituto Franco Basaglia, 1994.

DECLARAÇÃO de Caracas. In: GONZÁLEZ UZCÁTEQUI, R.; LEVAV, I. (eds) *Reestruturação da assistência psiquiátrica*: bases conceituais e caminhos para sua implementação. Washington, Organização Pan-americana da Saúde, 1991, p. XIII-XVI.

EGRY, E. Y. *Saúde coletiva*: construindo um novo método em enfermagem. São Paulo, Ícone, 1996.

FIORIN, J. C. *Elementos da análise do discurso*. São Paulo, Contexto, 1992.

FONSECA, R. M. G. S. da *Mulher, reprodução biológica e classe social*: a compreensão do nexos coesivo através do estudo dialético do perfil reprodutivo biológico de mulheres atendidas nas Unidades Básicas de Saúde. São Paulo, 1990. 356 p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

FONSECA, R. M. G. S. da *Mulheres e enfermagem*: uma construção generificada do saber. São Paulo, 1996. 189p. Tese (Livre Docência) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

FOUCAULT, M. *Doença mental e psicologia*. 4. ed. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1991.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 11. ed. Rio de Janeiro, Graal, 1993.

- GIANOTTI, J. A. *Trabalho e reflexão*: ensaios para uma dialética da sociabilidade. São Paulo, Brasiliense, 1983.
- GOLDBERG, J. I. *Clínica da psicose*: um projeto na rede pública. 2. ed. Rio de Janeiro, Te Corá/Instituto Franco Basaglia, 1996a.
- GOLDBERG, J. I. Reabilitação como processo: o Centro de Atenção Psicossocial - CAPS. In: PITTA, A. (org.) *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo, HUCITEC, 1996b, p. 33-47.
- GONÇALVES, R. B. M. *Práticas de saúde*: processos de trabalho e necessidades. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 1992. /Mimeografado/
- HELLER, A. *Teoria de las necesidades en Marx*. 2. ed. Barcelona, Península, 1986.
- HELLER, A. *O cotidiano e a história*. 4. ed. São Paulo, Paz e Terra, 1992.
- LÖWY, M. *Método dialético e teoria política*. 3. ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1985.
- LÖWY, M. *As aventuras de Karl Marx contra o Barão de Münchhausen*: marxismo e positivismo na sociologia do conhecimento. 2. ed. São Paulo, Busca Vida, 1988.
- MARQUES, M. R. M. Atelier Bricoleur: intervenção no atendimento das psicoses. *Rev. ter. ocup.* v. 2, n. 4, p. 201-10, 1991.
- MARX, K. *Cap. 6, Inédito de o capital*: resultados do processo de produção imediata. São Paulo, Moraes, /1989/.
- MARX, K. *Para a crítica da economia política*. São Paulo, Abril Cultural, 1982.
- MARX, K. *O capital*: crítica da economia política. São Paulo, Nova Cultural, 1988a, v. 1 (Os economistas).

- MARX, K. *O capital*: crítica da economia política. São Paulo, Nova Cultural, 1988b, v. 2 (Os economistas).
- MEYER, A. *Tratamento moral*. São Paulo, 1984./Apostila/
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento*: pesquisa qualitativa em saúde. 3. ed. São Paulo, Hucitec, 1994.
- MOTTA, A. A. da *A ponte de madeira*: a possibilidade estruturante da atividade profissional na clínica da psicose. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1997a.
- MOTTA, A. A. da *Projeto Trabalho*. São Paulo, 1997b. /Mimeografado/
- OFFE, C. *Trabalho e sociedade*: problemas estruturais e perspectivas para o futuro da sociedade do trabalho. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1991. v. 2.
- OLIVEIRA, F. de O surgimento do anti valor: capital, força de trabalho e fundo público. *Novos estudos, Cebrap*, n. 22, p. 8-22, 1988.
- OLIVEIRA, F. B.; JORGE, M. S. B.; SILVA, W. V. *Centro de Atenção Psicossocial*: a reinvenção da prática da enfermeira. /Apresentado ao 48 Congresso Brasileiro de Enfermagem, São Paulo, 1996/
- OLIVER, F. C. *Reflexões sobre a relação entre trabalho e saúde na sociedade contemporânea e as propostas de intervenção em Terapia Ocupacional*. /Apresentado ao 4. Encontro Nacional de Terapeutas Ocupacionais, Belo Horizonte, 1988./
- PARO, V. H. *Administração escolar*: introdução crítica. 3. ed. São Paulo, Cortez, 1988.
- PITTA, A. (org.) *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo, HUCITEC, 1996a.

- PITTA, A. M. F. Reabilitação psicossocial: um novo modelo? In: LAUAR, H. (org.) *A psiquiatria e suas conexões: política biologia filosofia*. Belo Horizonte, Associação Mineira de Psiquiatria, 1996b. p. 48-52.
- PITTA, A. M. F. (coord.) *Avaliação de serviço de atenção médico-psicossocial a usuários do sistema de saúde no município de São Paulo*. Relatório de pesquisa. São Paulo, Núcleo de Estudos e Pesquisas do Centro de Atenção Psicossocial Luiz da Rocha Cerqueira da Secretaria de Estado de Saúde, 1991.
- PITTA-HOISEL, A. M. *Sobre uma política de saúde mental*. São Paulo, 1984. 161p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- PLATÃO, F.; FIORIN, J. L. *Para entender o texto: leitura e redação*. 10. ed., São Paulo, Ática, 1995.
- PORTO, C. C. *Exame clínico*. 3. ed. Rio de Janeiro, GUANABARA KOOGAN, 1996.
- ROSSI, C. A nova Guerra Fria - 2. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 13 abr. 1997. Caderno 1, p. 2.
- RUBIN, I. I. *A teoria marxista do valor*. São Paulo, Polis, 1987.
- SANTOS, T. dos *Conceito de classes sociais*. 4. ed., Petrópolis, Vozes, 1987.
- SÃO PAULO (Estado). Leis etc. Resolução S.S.-18, de 28 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a concessão do Prêmio Incentivo aos servidores em exercício na Secretaria da Saúde e Autarquias vinculadas. *Diário Oficial do Estado*. São Paulo, 01 mar. 1997. Seção 1, p.11.
- SARACENO, B; DE LUCA, L.; BARQUERO, F. M. Problemas metodológicos en la evaluación de un programa de rehabilitación. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* n. 40, P. 3-8, 1992.

- SARACENO, B. *Teorias e modelos em reabilitação*. Trad. por Ana Luisa Aranha e Silva e Marina Peduzzi. São Paulo, 1994.
- SARACENO, B. *Curso teórico* /Apresentado ao 1. Encontro Brasileiro de Reabilitação Psicossocial. São Paulo, 1995/
- SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A. (Org.) *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo, HUCITEC, 1996. p. 13-8.
- SCHECHTMAN, A.; ALVES, D. S do N.; SILVA, R. C. e Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde. In: ENCONTRO DE PESQUISADORES SAÚDE MENTAL, 4. ENCONTRO DE ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA, 3, Ribeirão Preto, 1995. *Anais*. Ribeirão Preto, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, 1996. p. 80-3.
- SCHITTAR, L. 1972 Lavoro protetto e riabilitazione nelle istituzioni totali. In: *AUTOBIOGRAFIA di un movimento: 1961-1979 dal manicomio alla Riforma Sanitaria*. Firenze, Amministrazione Provinciale di Arezzo, 1979, p.168-172.
- SLAVICH, A.; COMBA, L. J. Il lavoro rende liberi? un'assemblea generale dell'O. P. di Gorizia. *AUTOBIOGRAFIA di un movimento: 1961-1979 dal manicomio alla Riforma Sanitaria*. Amministrazione Provinciale di Arezzo, 1979, p.17-41.
- SILVA, A. L. A e *Enfermagem em saúde mental: formação e prática no contexto da reforma psiquiátrica*. /Apresentado ao 1 Encontro Mineiro de Enfermagem Psiquiátrica e ao 14 XIV Congresso Brasileiro de Psiquiatria, Belo Horizonte, 1996/
- SILVA, A. L. A. e ; FONSECA, R. M. G. S. da A questão da interdisciplinaridade. *Rev. Bras. Enf*, v. 48, n. 3, p. 212-17, 1995.

- SILVA, A. L. A. e ; FONSECA, R. M. G. S. da Saúde mental e a atualidade: o caso do CAPS. In: ENCONTRO DE PESQUISADORES EM SAÚDE MENTAL, 4. ENCONTRO DE ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM PSQUIÁTRICA, 3, Ribeirão Preto, 1995. *Anais*. Ribeirão Preto, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, 1996. p. 48-57.
- SILVA, L. I. L. A hipocrisia do Planalto. *Folha de São Paulo*. São Paulo, 13 abr. 1997. Caderno 1, p. 3.
- SILVEIRA, N. *Fundamentos de Terapia Ocupacional*. /Apostila/
- SIMON, H. *Tratamiento ocupacional de los enfermos mentales*. Barcelona, Salvat, 1937.
- TESH, W. *Cooperativismo de trabalho*: alternativa ao desemprego. São Paulo, Central Autônoma de Trabalhadores, 1995 (Estudos e Pesquisas Ipros, 2).
- VERGEZ, A.; HUISMAN, D. *História dos filósofos ilustrada pelos textos*. 7. ed. Rio de Janeiro, Freitas Bastos, 1988. Cap. xv, p. 285-296.



## ANEXO 1

### ROTEIRO DAS ENTREVISTAS COLETIVAS

#### Entrevista n.1

- Como era a sua vida antes do CAPS?
- O que é doença mental?

#### Entrevista n.2

- O que é trabalho?
- Porque as pessoas trabalham?
- O que é necessário para que uma pessoa possa trabalhar?
- O que tem em vocês e o que falta daquilo que vocês falaram acima?
- Essa atividade que vocês desenvolvem na Copiadora, o que é?

#### Entrevista n.3

- Vocês acham que houve ou não alguma mudança na vida de vocês depois que começaram a atividade na Copiadora? Se houve, qual foi?
- Como está sendo para vocês a interrupção das atividades na Copiadora?
- Vocês notaram alguma diferença em vocês durante esse tempo que vocês estão nessa atividade? Se houve, que tipo de mudança foi?

#### Entrevista n.4

- Quais são as dificuldades que vocês encontram para desenvolver as atividades na Copiadora?
- Quais são as facilidades que vocês encontram para desenvolver as atividades na Copiadora?
- Vocês vêem algum tipo de diferença no trabalho que esta Instituição oferece, das outras que vocês já frequentaram?
- Palavra aberta e encerramento das entrevistas.

**ANEXO 2**

**ROTEIRO DAS ENTREVISTAS INDIVIDUAIS**

1. Nome ou iniciais: .....
2. Data de nascimento: ..... 3. Sexo:.....
4. Escolaridade: ..... 5. Estado civil:.....
6. Naturalidade: ..... 7. Nacionalidade:.....
8. Endereço:.....
9. Quando foi a primeira vez que você ficou doente? .....
10. Internação psiquiátrica? ( ) Sim ( ) Não
11. Quantas?..... 12. Data da última .....
13. Medicação que está tomando atualmente:.....  
.....
14. Quem encaminhou você ao Núcleo de Projetos Especiais? .....
15. Há quanto tempo você desenvolve atividades no N.P.E.? .....
16. Você está em crise no momento? ( ) Sim ( ) Não
17. Quando você está em crise, que sintomas apresenta? .....
- .....
18. Há quanto tempo ocorreu a última crise?.....
19. Você desenvolveu alguma atividade na Copiadora durante a crise?.....  
.....
20. Percebeu alguma alteração no seu rendimento durante a crise?.....  
.....
21. Você precisou interromper suas atividades na Copiadora em consequência da crise? .....
22. Que tipo de experiência você obteve desse processo? .....
- .....

## ANEXO 3

## RESULTADOS DAS ENTREVISTAS INDIVIDUAIS

**PERGUNTA N. 01**

**A:** A.F.B.J.                      **B:** E.Z.A.                      **C:** L.G.A.F.                      **D:** M.R.S.

**PERGUNTA N. 02**

**A:** 22/07/60                      **B:** 31/10/64                      **C:** 02/05/51                      **D:** 12/12/71

**PERGUNTA N. 03**

**A:** masculino                      **B:** masculino                      **C:** masculino                      **D:** masculino

**PERGUNTA N. 04**

**A:** I grau                      **B:** 6. série                      **C:** II grau                      **D:** II grau

**PERGUNTA N. 05**

**A:** solteiro                      **B:** solteiro                      **C:** solteiro                      **D:** solteiro

**PERGUNTA N. 06**

**A:** não respondeu                      **B:** São Paulo                      **C:** São Paulo                      **D:** São Paulo

**PERGUNTA N. 07**

**A:** Brasileira                      **B:** Brasileira                      **C:** Brasileira                      **D:** Brasileira

**PERGUNTA N. 08**

**A:** Vila Mariana                      **B:** Butantã                      **C:** Aclimação                      **D:** Butantã

**PERGUNTA N. 09**

**A:** “1968”                      **B:** “1982”                      **C:** “1974”                      **D:** “1989”

**PERGUNTA N. 10**

**A:** “não”                      **B:** “sim”                      **C:** “sim”                      **D:** “sim”

**PERGUNTA N. 11**

**A:** não respondeu                      **B:** “2 vezes”                      **C:** “5 vezes”                      **D:** “4 vezes”

**PERGUNTA N. 12**

**A:** não respondeu                      **B:** “1984”                      **C:** “1991”                      **D:** “1995”

**PERGUNTA N. 13**

**A:** Melleril 50mg e Akineton 2mg ao dia.

**B:** Amplictil 25mg e Diazepan 20mg ao dia.

**C:** Haldol 15mg; Neozine 25mg e Fenergan 25mg ao dia.

**D:** Haldol 15mg; Akineton 6mg e Neozine 25mg ao dia.

**PERGUNTA N. 14**

**A:** “Léo - Terapeuta Ocupacional do H.D. Itaim.”

**B:** “Dr. Jonas - psiquiatra do CAPS.”

**C:** “Psicóloga particular.”

**D:** “Solange - psicóloga do H.D. Itaim.”

**PERGUNTA N. 15**

**A:** “1991”

**B:** “6 anos”

**C:** “14 meses”

**D:** “set. 1993”

**PERGUNTA N. 16**

**A:** “não”

**B:** “sim”

**C:** “não”

**D:** “não”

**PERGUNTA N. 17**

**A:** não respondeu

**B:** “Fico tremendo das mãos fico com a cabeça cheia e quente e fico nervoso”

**C:** “Depressão, isolamento, medo, angústia”

**D:** “alucinações”

**PERGUNTA N. 18**

**A:** não respondeu. **B:** “ontem.”

**C:** “+ - 1993.”

**D:** “+ ou - um ano.”

**PERGUNTA N. 19**

**A:** não respondeu. **B:** “sim”

**C:** “não”

**D:** “sim”

**PERGUNTA N. 20**

**A:** não respondeu.

**B:** “não, crise leve”

**C:** não respondeu.

**D:** “não”

**PERGUNTA N. 21**

**A:** não respondeu.

**B:** “não”

**C:** não respondeu.

**D:** “não”

**PERGUNTA N. 22**

**A:** “No de 67 comecei de coisas monstruosas na televisão assim por exemplo de bichos pré históricos e me levarão ao médico ele disse que tinha um problema Emocional e problema de não aprender as coisas quando consultei um neurologista fiz exames e não deram nada e me receitou um remédio Gamar daí por diante aí as algumas coisas ficaram mais claras.”

**B:** “Nesse processo tive várias crises algumas pesadas e outras leves.”

**C:** “Em 1993 = depressões, dificuldade de relacionamento na família e com estranhos.”

**D:** “Experiência em psicologia.”

## ANEXO 4

### TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS GRUPAIS

**Entrevista n. 01 - 13/12/95 - 10:30 horas**

**Presentes: A, B, C e D**

**Temas:**

- **Como era a sua vida antes no CAPS?**
- **O que é doença mental?**

**Pergunta:** Como era a sua vida até você vir se tratar aqui no CAPS.? É bom que cada um fale individualmente um pouco sobre essa questão. (pausa) Qualquer um pode começar.

**A:** Bom, então eu vou falar. Vou dar minha, minha, vou dar a minha opinião. Antes de vir prá cá, porque eu não sou paciente do CAPS, em primeiro lugar, prá começar. Eu não sou paciente porque eu me trato aí no Ambulatório, e isso aqui é uma terapia ocupacional, que era com o Léo. E acontece que eu fazia essa terapia, eu fazia coisas e tal. Eu comecei e ele justamente, se surgiu um problema que ele (Leo) não podia mais ficar aí, né? Quer dizer, ele estava ganhando muito pouco. Não estavam pagando, né? Então ele ia sair. Que até eu tinha outro médico psiquiatra, me tratava, antes de eu me tratar com a Raquel era com doutor Washington. Aí ele foi embora daí, porque era, não dava quase nada prá ele. Porque ele gastava muita gasolina no carro dele e não podia mais ficar. Ele teve que sair, porque era muito pouco prá ele. Aí, ele arrumou, aí ele montou um consultório, até que tinha gente que queria, que disse, aí, você não, não vai lá porque é muito caro. Bom, o Léo, ele teve, ele foi fazer um concurso. Que teve um Terapeuta Ocupacional aí, que era Leonardo, mas chamava ele de Léo. O que aconteceu? Ele pegou, se inscreveu na Prefeitura, ele fez o, prestou lá o concurso e tal e ele é, e, é ele passou, e, ele ia embora daí, que ele ia, sair porque ele ia para a Prefeitura. O que aconteceu? Eu peguei, quando, aí aconteceu a seguinte coisa, eu falei com o Léo, até falei com minha mãe, com o pessoal lá em casa, vou falar com o Léo se ele conhece algum lugar que possa arrumar alguma coisa prá fazer em casa e tal. Aí eu peguei, o que aconteceu, era os últimos dias, eram os últimos dias que ele estava aí. E teve muitos que ele mandou, até não sei prá onde, se foi para o Ibirapuera, que tinha lá, os negócios de terapia, lá, e tal, tinha umas coisas. Ele indicou. Agora, ele falou, agora você vem que você ainda precisa um pouquinho mais. Você está bem melhor e você, Ele achou que eu estava bom, que eu viesse mais uma vez. Quando foi a última vez que eu estive com ele aí, aí ele pegou e falou assim. Aí eu falei com ele se ele conhecia alguém, tal, né? Ele pegou e falou assim, olha, eu não conheço, eu não vou ficar aqui porque se eu continuasse aqui, eu te, eu ia ver pelo menos prá você (atendimento). Aí não sei como é que foi. Aí ele pegou uma pessoa aí que era, eu não sei se era médica, o que foi, aí ele falou vai aí no, na Associação, aí que tem um negócio pra você. Aí eu vim aqui, tal. Aí foi que eu vim prá cá. Ele falou com a doutora, com a Sandra e com o doutor Jonas. Eles estavam aí na Recepção, um dia desses. Aí o que aconteceu? Eu peguei, eu acho que falaram que tem uma reunião. Bom, eu peguei, tem uma reunião, bom, eu vou lá ver o que, vou lá ver o que é isso direito, né? Bom, quando eu cheguei aí, teve uma reunião, uma reunião simples e que devia ter o E, não sei se você lembra, acho que o E não lembra de mim, que ele ainda não me conhecia. É, então, falou-se aquele negócio do passeio e tal. O negócio, foi o Adilson, e aí que era o Adilson que era o professor de teatro. O que aconteceu? Ele falou e tal, quem gostava de sair sozinho e tal, né? Aí eu comecei, bom, quais situações que vocês tem, tal a marcenaria, a barraca de cachorro quente que era antes de ser o Sabor Paulista e tinha a Xerox. Aí eu, aí eu peguei e falei com ele (Jonas) e tal. Tem a marcenaria aí, né? O que aconteceu? Era final de ano de 90. O que aconteceu? Eu peguei, tinha a festinha, mas eu não vim. Quando foi no outro ano seguinte, depois de janeiro de 91, aí eu conversei com ele. Tivemos, tivemos uma reunião com a Associação e os pacientes e o pessoal aqui que se

tratava. Aí então, aconteceu a seguinte coisa, como era a semana de Carnaval. O que aconteceu? Eu falei prá ele (Jonas) a seguinte coisa e parte da marcenaria? Seria a parte da Xerox. Aí eu perguntei da Xerox. Quando eu falei Xerox prá ele, eu falei. assim como é que a gente faz? Tem que ir lá.(no treinamento) Você vai depois do café lá, fazer um curso na Xerox. Aí, então a Nerse ligou prá lá, ela marcou o dia, acho que foi, não tenho bem certeza, no dia seguinte que eu tive que ir. Eu levantei, me arrumei e fui embora prá lá. Aí tinha a professora, o instrutor do curso. Ele pegou, mostrou, ensinou a gente como se tirava, até chamava um de cada vez. Foi aí que começou. Aí da primeira vez, bom, mas eu não sei que para ganhar na Xerox, aí o E. ganhava menos até, inclusive. Ele ganhava um real, né? Nem era o cruzeiro, não tinha o cruzeiro, não tinha o real, o plano real, ainda. Era o cruzeiro, que, é, o cruzado, o cruzado que ele recebia. Aí, então aconteceu a seguinte coisa. Aí, quando eu comecei, bom eu recebi, bom mas eu recebi só dois e eles receberam quatro, como é que pode uma coisa dessas? Daí então, o que aconteceu? Aí vimos uma entrevista na Televisão. Até a Ana Luisa falou e foi nas Mulheres, nas Mulheres que era um programa feito pôr duas mulheres, duas mulheres. Que era o Robson quem estava aí. Aí, vieram, entrevistaram a gente, e tal, aí o pessoal da Gazeta e eles terminam esse programa. Aí aparecendo a Ana Luisa, conforme ia, aumentando o salário da Xerox. Bom o que aconteceu? Eu peguei e fiquei aí. Aí, comecei a lidar com a máquina e tal. Aí, não sei o que aconteceu, de repente me tiraram um dia da semana, que eu tinha três dias por semana aqui. E acontece, o que eu falei depois puxa vida, mas, com certeza, uma vez por semana não dá. Aí, falou (Ana Luisa) que duas vezes por semana, porque meus erros eram muito constante e tal e resolveram me tirar um dia da semana. Até que eu melhorasse. Daí o que aconteceu? Eu peguei, eu, eu vim os dois dias, aí, aí, começou, né? Foi daí que começou vir outra máquina e tal. A gente, foi bom ter feito o curso daquela máquina e depois foi tirada. Aí eu fiquei só nessa. Agora, acontece que nesse período de tempo, deu um pouco de, prá mim deu um pouco de produção, como se mexia, e tal. Como se lidava com a máquina quer dizer. Como se lidava, e tal. Daí eu comecei a pegar a prática. Apesar de aquela máquina ser, ser, que a gente não lembra de muita coisa, né?

**Pergunta:** Mas, antes de você vir para cá, a questão hoje é como que era antes de você vir para cá, para trabalhar no Xerox?

**A:** Antes eu só fazia Terapia Ocupacional. Era serviço em casa e tal. Era aquilo de sempre, né? Era serviço que eu ajudava minha mãe a fazer serviço. Que eu só vinha, deixa eu ver quantas vezes eu vinha, eu vinha uma vez só por semana no Léo. Porque aí começou, que eu vim para cá foi, eu vim aí no Ambulatório, foi em 88. Eu estive aqui, eu passei pela triagem, e tal. Aí eu fiquei seis meses em Terapia Ocupacional, fiz com ele, (Leo) deram seis meses. Aí eu fiquei mais um ano, aproximadamente mais um ano que eu fiquei com ele. Aí, a minha casa era aquilo. Porque eu não me tratava no Ambulatório. Eu me tratava no Hospital São Paulo. É que se surgiu um negócio lá e tal e eu tive que, tive que vim para cá. E acontece que na minha casa era aquele, a gente pegava e ficava lá na casa e tal, e aí mexia com alguma coisa, e tal, mexia. Na verdade eu não fazia nada. Só ajudava nos serviços de casa e tal. Era só encrenca que se surgia. Que eu estive lá e tal e com um psiquiatra que não resolvia nada na minha vida, para dizer a verdade. Eu era de lá, foi a pessoa justamente que me indicou aqui. Aí, a, o Centro de Saúde Mental. Só isso que eu tenho mais o que falar. Mais nada.

**B:** Eu comecei. Eu comecei (risos). Não, eu vou falar. Eu, eu comecei meu tratamento psiquiátrico em 82. Doutor Maurílio. Entrei no CAPS, né, entrei no CAPS por causa dele. Ele era muito amigo do doutor Jonas, de faculdade, até. Aí ele me falou assim “olha E., vá lá no CAPS que você, que você, que você vai, vai, vai ter um tratamento melhor do que aqui”. E eu vim, né? Só que, no dia que eu cheguei Aí, encontrei quem? A Cida. “Chegou atrasado, você. Não, o médico não vai mais te atender, né?” Aí eu fui, fui embora para casa. Bravo. Nervoso. Aí eu mandei ele marcar para outro dia. Ele marcou. Eu não queria vim. Aí, eu vim, acabei vindo. Fez minha cabeça. Aí, eu cheguei. Aí, em vez de chegar eu atrasado, chegou os médicos. Era o Arnaldo e a Beth naquela época. Até falei para minha mãe assim: ó, ó mãe, eu não vou conseguir entrar aí não, aqui é para rico, né? Mas, entrei. Ela falou pro Arnaldo, ela falou assim: “ó doutor Arnaldo, eu não venho não, o senhor me desculpa, o senhor, por isso aqui é para rico, eu não

tenho dinheiro para vim da minha casa aqui”. “Cê vem sim, né?”. Bravo, né? Aí eu tive que vim. Aí ele até marcou : “oito horas da manhã quero você aqui”. Aí veio. Aí eu vim. Aí eu cheguei aqui, ele nem tinha chegado ainda, nem a Beth. Aí eu fiquei um ano de tratamento psiquiátrico aqui no CAPS. Aí o Jonas me convidou para a Associação. Fizemos várias reuniões. Aí colocou eu, o B., o R. e mais uma pessoa que eu esqueci o nome dele. Não me lembro bem o nome dele, mas preferiu o Computador. Aí nós trabalhamos nós três. O R. também desistiu, foi para a marcenaria, ficou nós dois. Aí teve, aquela, aquele, vários, vários, vários estágios, né? Primeiro estágio foi com a, foi trabalhar eu e o B. Depois, foi, foi, trabalhar com, com os funcionários do CAPS, aí fazer fora cópias para funcionários do CAPS. Depois abriu, né? Mas, na época já tinha o I, o I e o J. Aí, nós abrimos, mas, foi um ano terrível né? Primeiro mês, primeiro ano, foi um ano terrível, né? E, depois a Xerox para lá, foi continuando, foi indo cada vez melhor, né? Foi, do, no começo ficou em último lugar, né? na Associação, hoje é em primeiro lugar, né? Então, é a Xerox, é, eu acho que é a terapia melhor do que o CAPS, né? Acho que Franco Basaglia tinha razão mesmo. Terapia, a melhor terapia para um homem é o trabalho, né? Então só isso aí.

**Pergunta:** Só isso?

**B:** É.

**Pergunta:** Bom, e em casa, como que era antes do CAPS?

**B:** Em casa?

**Pergunta:** É, em casa.

**B:** Em casa meu pai me chamava de vagabundo, aleijado. E dizia que eu não servia para nada, né? E que ia, ia guardando na cabeça eu não sirvo para nada mesmo, ele tem razão, né? Depois que entrou o CAPS. na minha vida, né, o tratamento daqui é, quando eu entrei, era tratamento de rico, né? Para mim, né? Eu achava que era tratamento de rico, que tinha de tudo, né? Depois a terapia da Associação e comecei a ganhar meu salário. Até eu não tava querendo ganhar salário, para mim isso aqui era uma terapia, melhor do que a do CAPS. É uma maravilha. Entendeu? É uma maravilha a terapia, realmente a da Associação, da Xerox, lá embaixo é melhor terapia do que a do CAPS. Daquela época e de hoje. (Silêncio). Eu só tenho dizer que eu acho que o paciente do, do CAPS, o único tratamento dele, para ele, sair dessa, dessa, dessa, dessa vida de, de problema, né? é uma, uma terapia trabalho, né? É, Franco Basaglia tinha razão, mesmo, a melhor terapia para um paciente que tem problema psiquiátrico é o trabalho. Acabou.

**C:** Oi, meu nome é G. Falar um pouco. Trabalho é uma terapia. O trabalho.

**Pergunta:** Hoje o tema é como era sua vida antes de você vir ao CAPS. Nós vamos falar depois sobre trabalho.

**C:** Certo. Bom, eu sempre fiz tratamento, eu faço tratamento psiquiátrico desde 1974. Faz bastante tempo, né? Mais de vinte anos. Eu tive internado várias vezes por problema mental. Tomo remédio desde essa época, nunca parei de tomar, só quando tive recaída, tive nervoso. É, eu tenho mais de dez anos de trabalho profissional, mas foi difícil conseguir muita coisa, alguma coisa. Mesmo assim, eu me esforcei para trabalhar, numa época difícil, incompreensão da família, então, é, como eu sou um indivíduo solitário, às vezes eu me isolo das pessoas, mas não é por maldade, é porque é meu jeito de ser, também, já se incorporou na minha personalidade, me isolar, né? Mas, é que eu não, é, eu tive o problema, apresentou na adolescência, né? Ninguém de minha família sabia, eles não descobriram, né? Quem descobriu que tinha o próprio problema acho que foi eu mesmo, graças a Deus, né? Eu falo isso porque eu vi um programa que eu vi na rede Globo, faz muitos anos, foi em 72 mais ou menos em 72. Eu vi um programa na rede Globo, mostrou umas pessoas que tinha problema mental, então, faziam tratamento com médico. Aí, eu me interessei, aí eu procurei um psiquiatra, quando ele viu eu já tava com o caso um pouco, tava



perturbado, né? Aí eu, um dia deu sorte que a minha família começou a perceber que eu tava, que eu tava freqüentando um psiquiatra. Aí eles foram atrás do psiquiatra, doutor Jaime Gonçalves, um grande médico da, do Hospital das Clínicas, professor, professor também do Hospital das Clínicas. E ele me ajudou muito, essa pessoa. Foi quando eu tive uma, eu, tava brigando no serviço, eu não conseguia me concentrar com os colegas, eu achava que todo mundo tinha inveja de mim, eu me achava diferente, um pouco eu sou diferente, tenho até vergonha de falar isso, por causa do meu nome, né? L Então eu sou um pouco difícil, as pessoas têm dificuldade em falar meu nome e isso me incomoda, né? Mas eu já tô acostumado, tão me chamando de G, tô acostumando. Agora, o problema mental meu é esquizofrenia. Mas, segundo os médicos falaram é controlado por remédio, eu tomo umas doses de remédio Haldol principalmente. Tomo 15 mg de Haldol. Então eu consigo ficar bem, em paz. E eu gosto muito de ler, né? Isso é, outra, outra fonte de, de, prazer, a maioria das pessoas é prazer e cultura, né? Eu posso falar assim, para mim, é onde encontro um pouco de paz e sempre me dá, dá conhecimento, lógico, mas também faz eu me tornar, é, mais sociável, acredito (pausa). É, eu sou de uma família humilde, né? Bem pobre, mas eles tinham, eles tiveram uma época um pouco melhor, mas eles nunca me ajudaram, né? Então, quando eu, na juventude mesmo, eu tô parecido com o E, aqui, né? Minha mãe pensava que eu não queria trabalhar, né? Achava que eu não queria trabalhar, que eu era vagabundo, né? Mas não foi bem assim, não, até que eu consegui mais de dez anos de trabalho. Agora eu tô numa outra fase, né? E o CAPS para mim, o CAPS, quando eu conheci o CAPS, eu, tava freqüentando o Centro de Convivência da Prefeitura, e lá eu fiquei sabendo de um rapaz que vinha e freqüentava aqui, ele tinha vindo numa festa aqui, né? Isso foi em 94, no final de 94, então eu soube que tinha, tinha o CAPS, porque ele disse que tinha vindo numa festa. Aí eu vim aqui ver o que tinha para mim fazer, né? Se eu podia freqüentar, tal. Aí eu falei com a Ana Luisa, né? E a Ana Luisa falou que tinha uma, um curso, um curso de artes. Primeiro contato meu foi com um curso de artes. Me ajudou um pouco, me ajudou bastante. Depois eu na minha necessidade, é, precisando de, de arranjar um dinheirinho, né? então eu penso, eu, eu fiquei sabendo que tinha um trabalho na Xerox. E eu, é, para mim a Xerox é bom, porque dá um, faz lidar com o público. E tem que fazer uma cópia certa, isso é importante. Saber, saber fazer a cópia certa e tratar bem os fregueses. O trabalho no CAPS realmente é bom e eu gosto muito do, daqui dos psicólogos, as psicólogas, em geral, gosto de todo mundo. Embora na minha solidão, como disse anteriormente, mas isso não faz eu, eu ser esquisito, eu acho que eu não sou esquisito, eu acho que eu sou mais solitário.(risos) É isso aí. Brigado.

**D:** Bom, meu nome é M. Meu problema começou em novembro de 89. Eu era estudante do, é, Colegial Técnico do Curso de Administração de Empresas. Aí chegou o fim de ano e eu tinha ficado prá recuperação, aí veio o problema e eu não fiz a recuperação, aí passou o Natal e eu passei bem mal, já tava doente. Aí chegou em janeiro de 90 eu fui internado, eu fui internado e fiquei um mês internado, aí eu sai, eu sai de lá mais doente ainda. Aí eu fui internado de novo em janeiro de 92, janeiro de 92, aí eu fui internado no Hospital de Campo Limpo, aí de lá me encaminharam para o Hospital Dia do Itaim. Aí lá, lá, eu conheci a doutora Vera, Doutora Vera me ajudou muito, Doutora Vera é uma excelente médica. Aí eu fui me tratando com ela, me tratei, me tratei. Aí chegou uma época que eu falo assim: doutora Vera, eu quero trabalhar. Aí ela, ela falou com a doutora Solange, aí a doutora Solange falou que tinha, é, trabalho, no CAPS, tinha trabalho no CAPS, é, na Xerox. Aí, eu, eu, eu falei com ela. No começo eu falava assim: é, é, eu não quero ir doutora Solange, eu vou trabalhar com louco eu vou ficar mais louco ainda. Mas, aí eu falei assim, não, não é bem assim, também, eu não vou ficar mais louco. Aí, eu fui, aí eu conheci o CAPS, conheci o CAPS, aí eu falei com a Ana Luisa. A Ana Luisa falou que tinha trabalho, que tinha trabalho, aí eu comecei a trabalhar no CAPS. Comecei a trabalhar no CAPS, no CAPS não, na Associação, na Associação Franco Basaglia. E além do que, eu acho que a, que é uma excelente terapia, é, a terapia do Xerox, é uma excelente terapia, é, eu me sinto bem, é, eu sinto que, que, é, Franco Basaglia estava certo, que a melhor terapia é o trabalho, a melhor terapia é o trabalho. Além do que é, é uma instituição beneficente, é, a Associação, é, e eu me sinto bem, é, lidando com o público, lidando com as pessoas, é, eu me sinto bem e acho que ajuda muito a minha doença. Ajuda a mim mesmo e ajuda a minha doença. Porque a terapia ajuda a espantar a doença. Você trabalhando, você não pensa na doença. Aí é legal. Legal (Pausa).

**Pergunta:** O importante... tem mais alguma coisa que seja importante, que vocês tenham lembrado, tem alguma coisa que faltou? Essa coisa da doença, como é?

**D:** Como é essa coisa da doença?

**Pergunta:** É

**D:** Bom, a doença me pegou desprevenido, é, eu jamais, é, pensaria que fosse ficar louco, que fosse frequentar a Saúde Mental. Inclusive, é, no ano de 1990, 91, minha mãe, é, me levava para um Ambulatório de Saúde Mental do Largo 13 de Maio. Às vezes eu chegava lá e olhava aquela placa assim, Saúde Mental, eu falava para mim, o que é isso? O que aconteceu comigo? Ficava decepcionado comigo mesmo, comigo mesmo. Foi uma coisa muito terrível. É terrível a doença mental, é terrível.

**Pergunta:** Por quê?

**D:** Porque é uma coisa sinistra, doutora Ana Luisa. É uma coisa sinistra, que derruba a pessoa, derruba a pessoa. Eu jamais ia imaginar que eu ia, que eu ia ser um doente mental.(pausa)

**B:** Acho que o problema, a doença mental, ela vem da, de muitas coisas. Ela vem de, dos, de problema familiar. Ela vem de, dos pais. Dos irmãos. Ela vem de, da família. Quer dizer, vem de tudo. Vem da escola, vem de, de amigos. Por exemplo, você tem, né? Ela vem por aí. Entendeu? E, os médicos mesmo dizem que é genético, né? De famílias anteriores que teve problema mental. Eu não penso assim, eu acho que, eu acho que a doença mental ela vem de certos setores, certos fatores que geram a doença mental. Ela, ela, ela, ela vem de um, de uma coisa que aconteceu com você, na sua infância, na sua adolescência, né? Por exemplo, falta de amigos, uma coisa que aconteceu profundamente, né? E é isso aí que é doença mental. Ela é, ela é uma coisa que acontece na nossa vida, no nosso dia a dia. Ela não tem nada a ver com genético, que o médico fala, é uma doença que acontece por exemplo, fantasia. Por exemplo, você vê muito televisão acho que isso aí é, é uma das causas. Televisão prejudica muito a pessoa, também. Quer dizer, como L gosta de ler, o G gosta de ler, eu acho que é melhor ler um livro do que ver televisão, que a televisão sem dúvida nenhuma é uma coisa, é uma coisa, vamos dizer assim, é uma coisa do demônio. Hoje em dia ela passa tudo o que não presta na televisão, então é, é, um dos fatores que causam a doença mental, né? As drogas causam doença mental. É, tem muitos fatores, né? Não é só isso não, né? Por exemplo, a falta de amigos, por exemplo. A falta de amigo causa doença mental, causa doença mental, você vai ficando isolado, isolado, isolado, você vai ficando num canto, vai pensando, pensando certas coisas, você pensa que você não serve pro mundo, então causa doença mental. São vários fatores e tem muito mais, e tem muito mais, né? E tem muito mais. A doença mental não é uma coisa genética como o médico fala. É uma coisa que acontece na vida da gente. Quer dizer, na infância, na adolescência, o próprio adulto mesmo. Tanta gente aí que estuda faculdade, de repente acontece, daí ficou doente mental, né? Agora, o que o M falou é verdade mesmo, a, a, tem o racismo em dia hoje, não tem o racismo só do preto, né? O preto tem racismo sobre o branco. Você chegando fala, fala assim eu sou doente mental, o cara se afasta, o cara se afasta de você, ó, racismo existe. Diz que o Brasil é um dos países mais racista do mundo, não, é o país mais racista do mundo, né? Porque ele, ele tem racismo de tudo, né? Hoje em dia tem racismo até da mulher que não pode trabalhar. Então, a doença mental ela vem de certos fatores, ela não vem só de um fator, ela é um dos fatores que eu disse, é, é um dos fatores que ela vem, mas é infinito, infinito, a, falar sobre a doença mental, ela é, ela é, ela, cada paciente vem de um fator, aconteceu de um jeito. Comigo aconteceu de um jeito, com o G aconteceu de outro jeito, J já aconteceu de outro jeito, de um jeito, e o M aconteceu de um jeito. Quer dizer, a doença, ela, ela quando pega, quando ela, ela, pega, ela pega de um jeito para acabar mesmo, porque a, a, a parte do corpo que a gente mais precisa é o cérebro. Então é a parte, quando, quando afeta, a pessoa tá derrubada, né? Aí é só com terapia, né? Com remédios não adianta nada. Aí, eu acho que problema psiquiátrico, eu acho que não tem cura mesmo não, não tem cura não. Eu acho que só pode resolver o problema, ele pode curar assim, assim, por

exemplo, melhorar, a pessoa ficar normal, mas curar mesmo, não cura, não. O sistema nervoso, o sistema nervoso, o sistema nervoso vai sempre ficar ali, abalado, a gente, a gente vai sempre ter aquele problema psicológico. Sempre vai ter. O único jeito é fazer o que os terapeutas manda, o que os médico manda, sair, é, sair com os amigos, né? que tem, sair, fazer um curso, é, isso aí que eles manda fazer, esse é único, um jeito de uma, de uma doença mental, diminuir. Porque a doença mental ela nunca, ela nunca vai ser normalizada. A gente, a gente mesmo nunca vai ser normal de novo. Isso pode garantir, que pode ser assim um tratamento, fazer um tratamento para melhorar, mas, você ter cura, não vai ter cura. Só se ela vier lá do céu, né? Deus, aí, aí, sim, tem cura.

**Pergunta:** Quer falar um pouco?

**C:** Tentar falar um pouco, doença mental é o problema número um do mundo, o indivíduo sente-se mal em vários segmentos da vida, vários setores da vida. E quando percebe já não consegue mais se cuidar sozinho, nós somos dependentes, dependentes de remédios, a gente precisa de uma terapia, eu preciso de uma terapia, no meu caso individual. E eu acho o seguinte, que, muita, que contribui muito é a condição econômica, falta, falta de dinheiro que a gente precisa, todo mundo precisa um pouco, né? A dificuldade é essa, alimentação, alimentação, mal alimentado, eu sempre fui muito mal alimentado. Mas, eu gosto de estudar, né? É, eu discordo um pouco do E quando ele fala da, da televisão, de uma forma um pouco drástica. Eu não gosto também de televisão, mas eu acho que não é bem por aí. (risos) A televisão, por exemplo, tem um programa bom, o Globo Repórter, que foi onde eu descobri que eu tinha o problema. Foi, eu acho que foi, foi um programa científico, se eu não tivesse visto a televisão talvez eu não soubesse de muita coisa, né? É, (pausa) e a doença mental é uma doença também orgânica, como dizem os médicos, pelo menos o que o médico me falou, uma médica, em parte é hereditária, orgânica e em parte a gente adquire na sociedade, né? em grupo, né? é, por não saber, por exemplo, lidar, lidar com perdas, né? lidar com perdas, então, a gente, é, é, mais sensível, eu sou sensível, né? Tem mais gente sensível também, isso é bacana. E faz a gente, é, se sentir um pouco, é, frágil. Por exemplo, falar uma coisa legal. Eu gosto de amizade com mulher, né, com moças, que são mais sensíveis, né? Então elas percebem mais, eu acho que elas, o ser humano do sexo feminino percebe mais, é, do lado carente da gente, né? o lado, é, mais, é, sensível, sentimental também. E percebe, por exemplo, que cada um é cada um. Nós temos que saber conviver, saber lidar com a gente mesmo prá conviver em grupo. É, e é isso que eu quero, é, saber que mesmo que talvez não tenha cura, talvez não tenha cura um dos problemas que eu tenho, mas eu quero conviver pelo menos, sentir que eu posso produzir algo, estar convivendo em sociedade. Brigado.

**Pergunta:** Quer falar algo sobre doença mental? Alguém quer falar mais alguma coisa sobre esse tema?

**B:** Eu falei sobre a televisão mas de um modo, eu falei até de um modo agressivo, né? Sobre a televisão. Aí a televisão há certos fatores. Por exemplo, essa tal de rede Globo ela passa coisas muito boa na televisão, a TV Record já passa coisa péssima, no meu modo de entender, né? Quer dizer, a TV Cultura passa, o, coisas excelentes. Agora, TV Manchete passa, outra televisão que coisa péssima. Bandeirantes passa coisa boa e a TV Cultura, TV Gazeta passa coisas boas, excelentes, né? Mas, o único problema televisão, é que eu tava falando sobre a televisão, é que até, eu tô falando sobre, quando eu falei de televisão, é sobre meu problema. Que quando eu tive problema, o meu problema, foi a televisão. A televisão ela se, quando eu era garoto era um tal de Ultra-man, Ultra-serv, uns robôs, lá, né? uns heróis antigos, Spide Racer, então, quando aconteceu meu problema, eu comecei a imaginar que eu era um super-herói, queria ser um Ultra-man, Ultra-serv, então, ela afetou muito na minha mente, e eu pensava mais em televisão do que estudar, né? Então isso, por isso que eu falo mal de televisão, porque ela me afetou. É isso aí, é, de tanto assistir televisão, ela, eu acho, que eu fiquei paranóico, e ela, aconteceu isso, se não tivesse esses programas aí, pensei que era e acabei não sendo, né? E foi, foi, foi uma, me deu problema psiquiátrico, foi um dos problemas psiquiátricos que eu tive, um, uns problemas que eu tive na minha vida. O problema da família veio depois. Um monte de

problemas, né?

**Pergunta:** Com que idade você está agora?

**B:** Eu tô com 31. Eu comecei a ter problema psiquiátrico com 17, né? Mas, mas, isso aí foi falta de, foi a televisão, foi falta de amigos, né? Que amigo na escola, em lugar nenhum, eu nunca tive, né? Eu tenho aqui no Xerox. E, a falta de amigos, falta de, televisão também, e , muitas outras coisas, né? Que me afetou no problema psiquiátrico, né? Os próprios médicos, que me tratavam também, também me causaram muita doença, muita, muita, muito mais problema do que eu tinha, né? Tem médico aí que eu me tratei, ele no primeiro dia de tratamento ele já me internou, nem de internamento eu precisava. E teve médico aí que me passou remédio que eu nem precisava tomar aquele remédio, então, o problema psiquiátrico tem vários problemas, então, da televisão eu tenho de dizer isso daí.

**D.:** Ana, depois você vai voltar a fita?

**Pergunta:** Quer que volte?

**D:** eu quero escutar o que eu falei.

#### Entrevista n. 2 - 20/12/95 - 10:15 horas

Presentes: A, B, C e D

Temas:

- **O que é o trabalho?**
- **Porque as pessoas trabalham?**
- **O que é necessário para que uma pessoa possa trabalhar?**
- **O que tem em vocês e o que falta daquilo que vocês falaram acima?**
- **Essa atividade que vocês desenvolvem no Xerox, o que é?**

**A:** Não gravou por problema técnico.

**D:** Bom, o trabalho, é um, é um, é um benefício que a sociedade impõe ao cidadão, é uma forma de o cidadão poder conquistar benefícios pessoais, como forma de trabalho, ou seja, o cidadão troca o seu trabalho por dinheiro. Isto é, na sociedade, na sociedade, porque o trabalho, dignifica o homem, dignifica o homem e traz dinheiro.

**C:** Aqui é o G. É, o trabalho é uma ocupação social, que faz a gente manter a mente e o corpo físico ocupado, tem o objetivo de melhorar a sociedade, os benefícios do homem, do ser humano, né? E, deve ser organizado, deve ser, feito com dignidade e também traz benefício prá própria pessoa, prá família, prá sociedade em geral, né? É, por exemplo, eu gosto de trabalhar, e já tive, tive, algum tempo de trabalho, agora estou com um pouco de dificuldade, mas isso é outra coisa. Tá.

**B:** O trabalho é o grande treinamento pro, para o povo, de um modo geral. É o maior, é o melhor exercício para o povo, e a melhor terapia para o povo, também. Quanto mais a pessoa trabalha, mais a pessoa tá ocupada, no seu serviço, na sua área. É uma área de lazer, também, e é uma área de lazer, e é uma área também que tem respeito, tem dignidade e é uma área que todo

mundo respeita a gente. O cidadão que trabalha é respeitado, o cidadão que não trabalha é vagabundo. Então, essa é a área do trabalho, ainda mais hoje em dia, tá difícil, né?

**Pergunta:** Então, o segundo tema seria, porque as pessoas trabalham?

**A:** As pessoas trabalham para ganhar o pão de cada dia, para ganhar o seu ordenado, o seu salário, porque sem isso a pessoa não realiza nada na vida, a pessoa fica só se queixando, reclamando, mas o que adianta reclamar? Ela precisa trabalhar, precisa ganhar, o que vai fazer? Sem o trabalho ninguém vive, ninguém vive, o, fala assim, não trabalha por quê? É ladrão? Ou marginal? Vai se marginalizar? A pessoa de vez em quando tem que comprar suas roupas, tem que pensar no seu futuro, no dia de amanhã, porque ninguém olha por ninguém, a pessoa que tem que olhar a situação, tem que ver as coisas para si mesmo, se a pessoa não trabalha, o que a pessoa é? A pessoa não é nada, não tem valor, não tem porvir, o que adianta, sujeito ficar parado sem fazer nada? É isso tudo o que eu acho, de um modo geral. Como as demais profissões em bancos, em escritórios, sei lá, é, escritórios, vendo colegas de trabalho, conversando com o pessoal, a pessoa desembaraça, fica mais desembaraçado. Se ele não trabalha, como é que ele vai realizar sonhos, hein? Que adianta ele sonhar e pensar, se ele não realiza nada. É tudo isso.

**D:** Bom, as pessoas trabalham por uma necessidade de sobrevivência, a sobrevivência está imbutida no trabalho, assim como o trabalho está embutido na sobrevivência. O trabalho é uma forma da pessoa conseguir dinheiro, para poder se sustentar, se a pessoa não trabalha ela não tem como se sustentar, então as pessoas trabalham para poder comer, beber, se vestir. Só.

**C:** A pessoa, o ser humano foi feito direto para o trabalho, é, todo, é, como diz a filosofia antiga da, cristã, né, “ganharás o pão com o suor do teu rosto” Então, todos precisam trabalhar. Isso exige uma certa capacidade, que eu acho que a escola, ensina os primeiros, as primeiras coisas necessárias, a família e a escola. Então, desde quando é formada a família, já vem em função do trabalho. Cada criança é educada para o trabalho, assim como os pais também trabalharam. E, é, uma função social, é, que faz prá, é, se comer, vestir e morar, e, e, tanto o homem quanto a mulher. Isto é normal e está cada vez mais, mais amplo os serviços, os serviços em fábricas, bancos, hospitais, serviços em vários setores da sociedade. E tudo indica que é, é um bem comum.

**B:** O trabalho existe desde que Deus construiu o mundo e o universo. Ele começou com o trabalho, né? Trabalho dele. Trabalho rápido. Em sete dias. Mas, o trabalho é uma, é um direito do cidadão ter dignidade, honestidade, respeito pelos companheiros do mundo, o trabalho, acima de tudo, é um bem social a todos. Mas ele, acima de tudo, acima de tudo o próprio cidadão que trabalha não é respeitado. Quem trabalha, não tem dignidade, o seu salário é uma miséria e é por aí fora. Então, o trabalho é uma grande parte que nós precisamos para ter, termos tudo, mas ao mesmo tempo, não temos é nada.

**Pergunta:** O que é necessário para que uma pessoa possa trabalhar?

**B:** No passado não era necessário muita coisa, mas hoje, sim, é necessário. Hoje, por qualquer coisa tem que ter registro em carteira, curriculum, e o curriculum tem que ser bem grande. Cê vê só como é Brasil, e como é o mundo, de um modo geral. O trabalho era para ser uma coisa em benefício do pobre, do cidadão brasileiro, ele acima de tudo é uma burocracia. Hoje em dia, o brasileiro ele ganha mal e ainda mais tem que ter registro em carteira, tem que ter respeito. Hoje em dia você vê, hoje em dia até o trabalho tem que ter, tem racismo. Quer dizer, hoje um negro não pode trabalhar no lugar que tem branco. Hoje um branco não pode trabalhar no lugar que tem o negro. No próprio, no próprio país, no chamado Brasil, tem tudo isso hoje em dia. O trabalho no passado, a grande verdade era um benefício para o público, para o povo. Hoje em dia, o trabalho não é mais, é uma coisa que é, é uma burocracia. E que hoje em dia exige registro em carteira, exige, exige um monte de coisa. O trabalho acima de tudo, é uma burocracia. Hoje em dia, o trabalho é, prá pobre está difícil prá chuchu, e continua difícil e vai continuar, viu,

que esse governo que tá aí é, o governo dos burros.

**A:** O trabalho é uma necessidade. A pessoa trabalha por uma necessidade.

**Pergunta:** O que é necessário para trabalhar? O que as pessoas, o que é necessário para uma pessoa trabalhar?

**A:** Para ganhar o seu salário. O seu ordenado mensalmente. Para a sobrevivência e para comprar suas coisas.

**Pergunta:** Isso é porque as pessoas que trabalham, não é isso? O que é necessário para uma pessoa poder trabalhar?

**A:** O que é necessário, ela precisa se vestir, ela precisa se sustentar, ela precisa ganhar, e além do mais, a pessoa sendo um bom cidadão brasileiro.

**D:** Bom, para se trabalhar é preciso ter inteligência e uma boa dose de sorte para se conseguir um emprego. Com inteligência você tem capacidade e com capacidade, é, é normal que você trabalhe, talvez ganhe uma promoção e fique na moral. Trabalhando, trabalhando, é, ajudando a família, tendo dinheiro para sair fim de semana, prá comprar, comprar roupa, comprar comida, comprar, comprar o que você quiser. Assim, é, trabalhar é, é uma maneira muito, é, é, divertida de se ganhar a vida.

**C:** O trabalho exige concentração, dedicação, respeito de horário e em primeiro lugar, mais importante, eu acho, é a responsabilidade, né? É, por ser um benefício social, visa para a sociedade toda. O objetivo de, nosso país, existe muita coisa difícil, né? A educação não é muito bem esclarecida, então, para entrar no mercado de trabalho, algumas pessoas têm mais dificuldades do que as outras, né? Algumas pessoas tem mais dificuldades que as outras. Tá certo, é, o direitos são iguais, mas infelizmente não é respeitado aqui, né? E, precisa, precisa de um apoio da família, dos amigos, é, das amigas, lógico, e de ter boa saúde, ter boa saúde, com acompanhamento médico, né? Isso faz parte, é isso aí.

**Pergunta:** Então, dessas questões que vocês levantaram que é necessário para poder trabalhar, o que tem em vocês e o que falta em vocês disso?

**D.:** Bom, na minha pessoa, acho que na qualidade de, de, de cidadão é, desempregado, é, eu acho que na minha pessoa, como, como profissional, falta diploma. Eu não consegui ter um diploma. E, inteligência, eu acho que não falta. E disposição também não falta. O que falta é disposição para procurar um emprego e uma pessoa que me dê, que me dê confiança, que confie em mim e confie no meu trabalho.

**C.:** Eu tive uma instrução. Aqui é o G. Eu tive uma instrução mais ou menos boa, até a juventude. Até os 25 anos. Então, eu consegui trabalhar em escritório, né? Mas me faltou muito da família. Faltou apoio da família, né? Eles não me entendiam, não sabiam porque que eu não parava em emprego. Bom, é coisa do passado, né? Mas é importante falar. É, a família precisa acompanhar a gente quando a gente tá trabalhando, precisa se informar, prá saber porque que não vai bem nas coisas, né? Tô falando de um modo geral, né? É, eu, eu tive dificuldade de acordar para ir no emprego porque eu tava tomando remédio, eu tive dificuldade de relacionamentos, e às vezes, eu ficava nervoso, né? Ficava nervoso com os colegas. Mas eu consegui trabalhar bastante tempo, né? Agora eu tô um pouco parado, né? Tô aposentado, então, eu sinto falta, que eu não gostaria de estar. Essa situação também não é muito clara prá mim, né? Mas eu gostaria de tá no mercado de trabalho. E o mercado de trabalho exige, é, mão de obra boa. Ah, até um certo ponto eu tive, depois que eu não consegui mais, né? E eu acho que, é, é, o trabalho realmente enobrece. Brigado.

**B.:** Prá começar eu falei em registro em carteira. A minha carteira tá vazia, não tenho registro em carteira nenhum. Eu falei em segundo *curriculum*. *Curriculum* é a mesma coisa, eu não tenho curriculum nenhum. Uma pessoa que precisa de um trabalho, eu volto a repetir, precisa de todas essas qualidades, ela não precisa, ela, ela, e ainda mais ela precisa de respeito, respeito. Então, ainda mais falta diploma prá mim, eu não terminei minha, meu ginásial, meu colegial, nem faculdade eu fiz, não tenho diploma nenhum, então, prá mim caçar um emprego fica muito difícil, eu acho que se torna quase impossível. Do jeito que o Brasil vai, é um país que no tempo da ditadura, dizia a que vai prá frente, mas hoje vai prá traz, é um país que, que, se não entrar um homem que traz respeito ao povo e o povo traz, traga aquele respeito por seu político, o país não vai sair dessa não. Então, hoje o trabalho, acima de tudo, seria tão fácil trabalhar no Brasil, que a mão de obra no Brasil é uma das melhores do mundo, mas existe acima de tudo a burocracia. O trabalho, ele é, ele traz a honestidade para o homem, ele traz tudo mas, hoje, eu sinto muito dizer, a pessoa que não tem nada, não consegue nada.

**A.:** Bom, da minha parte, o que é trabalhar, é, da minha pessoa, o que eu acho do trabalho. Eu acho isso bom. Mas acontece que eu tenho dois dias numa carteira assinada, e não tenho registro de muito tempo, apesar de que tenho dificuldade de aprender coisas. Então, eu, isso, quer dizer, é o seguinte, por exemplo, as firmas dão aqueles testes de matemática, que são português e matemática. A matemática que eu vi na quinta série eu sei, mas a de primeira série eu não sei, eu não entendo isso. Eu, pode falar alguma coisa? eu já estive até em médicos psiquiatras e neurologistas, eles acharam que, é, o que se encontra em minha mente é uma vadiagem cerebral e isso não tem recursos.

**Pergunta:** Se encontra o que?

**A.:** Uma vadiagem cerebral.

**Pergunta:** Vadiagem?

**A.:** Cerebral, o neurologista quando fez um eletro-encéfalo ele disse isso, eu já tinha 11 anos, o que acontece, eu tenho dificuldade de aprender. As firmas, eu ia nas firmas, procurava, davam o teste e não era, como dizer, aprovado, então, o que eu acho, como eu, eu acho que existe o, o, da minha parte é dificuldade, agora, os outros que têm mais, é, é, quer dizer, mais capacidade, mais mente aberta, é mais fácil.

**Pergunta:** Essa atividade que vocês desenvolvem no Xerox, o que é?

**D.:** Bom, a atividade é instrutiva, que ajuda no aprendizado do caráter, porque, é, ajuda a combater a doença. É, quando você trabalha, você não pensa na doença, então ajuda, ajuda o desenvolvimento mental e é gostoso porque você atende clientes, recebe um pouco de dinheiro, é, é, não fica totalmente parado. E é isso aí.

**C.:** O trabalho na Xerox é prestar serviço prá firmas, exige concentração, dedicação e você também usa uma máquina. Máquina de Xerox. A máquina ter que tá funcionando bem, tem que tá, tem que ter papel e ter energia elétrica, né? Isso é fundamental. Agora, o objetivo é prestar serviços mesmo, e é gostoso prá gente quando vai pessoas simpáticas, né? A gente se sente bem. Pessoas simpáticas, é, a gente, nós procuramos sempre cobrar direito. E, é, é, nós somos supervisionados por uma, pela psicóloga, e isso faz parte do desenvolvimento do trabalho. É, é isso aí. Obrigado.

**A.:** Qual é a pergunta mesmo, da Xerox, né?

**Pergunta:** É, o que é o que as pessoas fazem na Xerox?

**A.:** Bom, isso o que se faz na Xerox é um aprendizagem, de como lida com a máquina,

ou, como se lida com a máquina. É, põe exemplo, é, a, o número de cópias, o painel de controle, quero dizer. Uma cópia precisa ser mais escura, então, quer dizer que isso é uma coisa interessante, é uma coisa extraordinária, mas uma aprendizagem, porque pode-se daí, desenvolver a capacidade da pessoa, como também a pessoa aprende como se fosse uma profissão, de um modo geral, então, o que eu acho é que, a Xerox é uma coisa instrutiva. Instrutiva, não assim uma coisa intelectual, de inteligência, não, porque não precisa muita coisa para isso, apesar que eu fiz um curso. Como assim dizer, a pessoa por exemplo, lida com a máquina, aprende a ver os códigos, quer dizer que isso é uma coisa instrutiva, é uma aprendizagem isso, então eu acho que isso não tem nada de mal, ela é bom.

**B.:** O trabalho na Xerox é uma grande terapia, acima de tudo, é o respeito do cidadão brasileiro com a pessoa que tem problema, respeito da família e respeito dos próprios colegas, né, dos amigos. A gente não tem amigos fora daqui. A gente tem amigos dentro da nossa área, né? Todo dia nós encontramos amigos aqui dentro, na Xerox, nós conversamos, por isso que eu falo, o trabalho traz respeito à família e a família traz respeito a você mesmo, né? E a gente ganha o seu, o seu próprio dinheiro, sem de, e não fica dependendo da sua própria família.

### **Entrevista n.3 - 03/01/96 - 10:00 horas**

**Presentes: A, B, C e D**

**Temas:**

- **Vocês acham que houve ou não alguma mudança na vida de vocês depois que vocês começaram a atividade no Xerox? Se houve, qual foi?**
- **Como está sendo para vocês a interrupção das atividades no Xerox?**
- **Vocês notaram alguma diferença em vocês durante esse tempo que vocês estão nesta atividade da Copiadora? Se houve, qual foi?**

**A.:** Eu começo. Mudança, para mim, mudança para mim, teve, não assim, muita mudança, quer dizer, alguma coisa mudou, a como, como trabalhar na Associação, na Xerox. Quer dizer, eu comecei a, o pouco que eu recebia da Xerox, que, que se tirava da Xerox, do pagamento, dava prá mim fazer alguma coisa, alguns gastos e alguma coisa, não assim, mais, mais, além que isso. Quer dizer, assim, de se passear, de sair, tal, de pegar um cinema, de algum outro, de algum outro, isso, isso, prá mim, quer dizer, continuou estável. Alguma coisa, assim, que eu podia fazer, eu fazia e tal, como, trabalhar aqui ou também fazer alguma coisa em casa. Isso prá mim teve alguma, não, não foi totalmente, mas alguma coisa teve porque se aprendeu, quer dizer, aprendeu a mexer, a trabalhar e tal, e outras coisas também. Conforme o salário que eu ganhava e tal, dava prá mim comprar prá mim alguma coisa, e assim por diante.



**B.:** Prá mim mudou, mudou o sentido de respeito da família, a família começou me respeitar mais e, é melhor parar um pouco<sup>38</sup>.

**D.:** Bom, prá mim mudou porque, é, anteriormente eu já tinha tido outras experiências trabalhistas, mas mudou porque, realmente, na fase que eu tava, seria muito difícil conseguir emprego, então mudou que eu tive uma oportunidade de trabalhar na Associação, é, com o dinheiro deu prá mim fazer algumas coisinhas. Então, é só.

**C.:** Prá mim, eu já tive bastante experiência em trabalho, mas, trabalhar aqui na Associação, eu achei que foi melhor, porque as pessoa têm mais tolerância, por saber que a gente tem problema mental, então, os colegas, é mais fácil lidar com os colegas, né? E o serviço, não é difícil, o serviço em si é um serviço razoável, faz a gente pensar, trabalhar.( pausa longa, não consegue falar mais)

**B.:** Prá mim mudou o sentido que, de respeito à família, de, da, minha família saber que eu sei fazer alguma coisa na vida. Quando eu não trabalhava na Associação, meu pai não me respeitava, agora ele me respeita, ainda, eu dou dinheiro para minha família, meu pai, prá minha mãe. Me ajudou também num sentido de, de, das pessoas que moram perto da minha casa, saber que eu trabalho, que eu, que eu, que o paciente em geral tem conserto, pode trabalhar em qualquer função, paciente que tem problema mental. E isso ajudou muito, ajudou a minha família de um modo geral, meu pai, minha mãe, minhas tias, meus tios a me respeitar também, e saber que eu faço alguma coisa, né? E prá mim, trabalhar é uma terapia, é um exercício<sup>39</sup>.

**Pergunta:** Essa semana começou de um jeito, nós recebemos uma notícia desagradável, que foi a interrupção do funcionamento da máquina de Xerox. Eu gostaria então, que vocês falassem prá mim, de que forma isso tá chegando até vocês.

**A.:** Olha, prá mim, o, a notícia de, de, a notícia dessa, dessa, desagradável, prá dizer a verdade, né? Talvez por ser começo de ano, pensou que começaria tudo novamente, né? Como até, inclusive nós falamos, quando foi? Um mês antes, ou, no, umas semanas antes, com a Sandra, ela disse assim, ó, que é isso? Vamos ter pensamento positivo. Ela disse prá gente, que em 96 vai melhorar. E acontece que todo mundo ficou meio otimista, agora, com a notícia que, que veio hoje, todo mundo se sentiu arrasado, porque com esse dinheiro, esse salário que a gente recebia da, da Xerox, dava prá gente fazer, não assim, grandes coisas, mas alguma coisa dava. Então, a gente não sabe, o que vai falar, o que vai dizer sobre isso, porque é um afastamento, agora, se de quanto tempo é esse afastamento, vai ficar quase, porque nós vamos ficar ausentes. E, agora, temos que ver, a gente como vai ser se, se isso não abrir de novo, até eles, até que resolva a situação, do jeito, a situação que se encontra, esperamos que o negócio seja resolvido o mais depressa, o quanto mais depressa possível, né? Que a gente possa ter uma boa notícia do que está, do que aconteceu hoje.

---

<sup>38</sup> Este foi o dia seguinte ao fechamento da Copiadora, por falta de pagamento do DIR.1-N.1 à Uni-Repro, empresa que prestava assistência técnica à Secretaria de Saúde. **B.**, visivelmente emocionado, pede um diazepam para poder falar e diz que está mal porque dormiu pouco à noite. Tento relacionar sua inquietação com a situação, mas ele nega, diz que vai se acalmar e que está confiante na reabertura Copiadora. Não toma medicação. Passa o microfone para mim.

<sup>39</sup> Não é possível continuar e entrevista sem abordar a situação concreta: o fechamento temporário da Copiadora. Proponho uma questão que discuta o impacto dessa situação nas suas vidas, num momento muito próximo ao impacto, ou seja, no dia seguinte (03/01/96).

**B.:** Antes do ano acabar, eu falei prá Sandra que, que o ano, esse ano seria um ano de transformações. Aí ela perguntou : “por quê?” É fácil, 1996, virando o 6, fica três seis, então, vai ser um ano de transformação, e não deu outra. Até o ano passado eu falava pro meu amigo G., o L., que talvez o Mário Covas pararia de pagar as máquinas de Xerox, a máquina de Xerox. Não deu outra, mas, todo ano foi assim, com o Quércia foi assim, com o Fleury foi assim, com o Mário Covas também tá sendo assim, só que começou mais cedo. Mas, esse ano, pode garantir, será um ano diferente, que esse ano todas as máquinas (de xerox do Núcleo 1) pararam e o governo não vai gastar muito dinheiro em computador, em escrever à mão, e, e, e bater à máquina e fazer Xerox com o dinheiro do trabalhador que trabalha no governo. Quer dizer, e nesse segundo bimestre tem eleição, eu garanto que daqui, nesse primeiro, primeiro bimestre, a máquina de xerox vai voltar a funcionar. Esse ano, é, foi muito melhor, vai ser muito melhor do que os anos anteriores, que as máquinas não pararam, quer dizer, se ele não começar a fazer o governo dele a partir desse ano, realmente será um governo que não deu certo, quer dizer, vai ser pior do que o Fleury, o Quércia, o Montoro, o Paulo Egydio e assim por diante.

**C.:** Bom, é, cheguei ontem, primeiro dia do ano, prá mim, prá trabalhar, né? Eu, expectativa diferente, né? Não esperava realmente essa mudança de ficar desempregado, né? Tá certo que é um emprego, é, assim, temporário, né? A gente não tem nada firmado, mas é importante, torna-se importante prá nós porque a gente, a gente, pode participar melhor socialmente e o dinheirinho, né? O dinheirinho que eu ganhava, que eu ganho, me ajuda a pagar a médica, né? Eu pago a psicóloga, isso é importante prá mim. É, é que os tempos atuais, realmente é que tem muita coisa difícil, né? Na sociedade, muita gente desempregada, muita gente passando enormes dificuldades, né? Então, não é fácil, não tá sendo fácil prá ninguém. Agora, que a gente, a gente assustou, me assustou um pouco, também, porque quando eu estava aqui, eu estou aqui, eu tenho uma atividade prá fazer, que é não estar parado, né? Quando a gente está parado, a gente, é, um monte de minhoca na cabeça, né? Pensando coisa ruim, difícil. E, por exemplo, da minha família, eu praticamente não tenho, eu sou sozinho, né? Até moro numa pensão, então, prá mim é, ter uma atividade aqui no CAPS, no CAPS, pela Associação, é importante, é importante, porque faz estar com os colegas no dia-a-dia. Além do trabalho, um pouquinho de conversa, um pouquinho de bate-papo, que é, faz a gente sentir produtivo, não isolado da grande massa social, da grande massa social, né? Porque o trabalho em si é o que faz a gente estar em grupo. Eu fiquei chateado, né? Eu tô chateado aqui, mais chateado porque algumas pessoas tão, talvez precisem mais do que eu, e de um momento torna-se difícil ficar essa dependência, né? Dinheiro, poxa vida, é uma coisa material, mas é importante, então, não sei até que ponto, não sei.

**D.:** Bom, a falta de dinheiro é um problema crônico na sociedade brasileira em geral, não só no governo do Estado, mas no governo Municipal. Mas, creio também que esse dinheiro também poderia ser melhor administrado não, não levando, a minha pessoa e talvez a várias pessoas ao desemprego, ao desemprego, ela ficar totalmente parada. Apesar que a sociedade é uma sociedade hipócrita, porque eu creio que o governo tenha suas prioridades, mas a prioridade, a prioridade social devia ser levada em consideração e só.

**Pergunta:** Então a questão agora é se houve, se vocês notaram alguma diferença em vocês durante esse tempo que vocês estão nessa atividade na Copiadora. E, se houve, que tipo de mudança foi.

**A.:** Olha, agora, uma mudança interior desse, dentro de mim, alguma coisa, não assim totalmente, mas alguma coisa, porque na xerox, eu aprendi, apesar de ter algumas dificuldades, eu, eu superei um pouco, deu prá superar, porque foram vários tipos de máquinas que nós tivemos. O começo que foi um pouco drástico, entende? Apesar que nós fizemos curso e tal da máquina, foi um pouco assim, mais difícil. Agora, com essa outra, então, quer dizer, essa não tem tanta dificuldade, só alguma coisa e tal, como é que faz prá tirar documento, como faz prá tirar uma cópia. E, isso daí, quer dizer, que algumas dificuldades foram superando com o tempo, não assim tanto, porque tem coisas que a gente tem dificuldades, né? Mas, isso daí já deu prá melhorar, prá mudar alguma coisa.

**Pergunta:** Que dificuldades?

**A.:** Dificuldade de a gente às vezes tirar uma xerox, às vezes uma cópia para o cliente, quando vem aí, quer dizer, às vezes a gente tem aquela dificuldade, assim com o código, né, do número do, por exemplo, da, da, se é mais claro, enfim, fora essa parte, mas, quanto ao resto, tudo bem.

**B.:** Dentro de mim mudou muita coisa, mudou que eu, que eu quando não trabalhava, eu pensava de um jeito e hoje eu penso de outro jeito, e mudou o sentido que eu posso fazer alguma coisa na vida, né? Primeiro eu também não pensava assim, não, é, é como eu digo, a, a Associação, a Xerox é uma terapia excelente, e isso fez, fez eu mudar o meu estilo de vida, o meu sentido de vida, a respeitar a mim mesmo, e ter um pouco de, de um modo geral, da, do povo que mora perto da minha casa, um pouco de educação, né? Eles pensava que eu era uma coisa, agora tão vendo que eu sou outra.

**D.:** Bom, no meu interior, pessoal, eu creio que esteja mudado bastante coisa, porque eu tive acesso à psicologia em si aqui dentro da Associação, eu tive acesso a psicólogos, psiquiatras, como tenho no Hospital Dia, então, deu prá mim entender melhor a minha doença, deu prá mim entender melhor a mim mesmo. Só.

**C.:** não quis falar.

#### **Entrevista n.4 - 10/01/96 - 10:00 horas**

**Presentes:** A, B, C e D

**Temas:**

- **Quais são as dificuldades que vocês encontram para desenvolver as atividades na Copiadora**
- **Quais são as facilidades que vocês encontram para desenvolver as atividades na Copiadora**
- **Vocês vêm algum tipo de diferença no trabalho que esta Instituição oferece das outras que vocês freqüentaram?**
- **Palavra em aberto e encerramento das entrevistas.**

**Pergunta:** Bom, o tema de hoje é quais são as dificuldades que vocês encontram para desenvolver as atividades na Copiadora?

**A.:** As dificuldades, a dificuldade que eu tenho na Copiadora, são as seguintes coisas, as posições a, da, das cópias, quer dizer, de documentos também, e outras coisas mais, além, além disso, há a, alguma coisa mais que eu tenho um pouco mais de dificuldade que os outros que trabalham nessa Copiadora, na Copiadora da Xerox. E eu procuro, às vezes, forçar o cérebro, procuro esforçar a cabeça, para reduzir essas dificuldades, esses erros, em termos que estamos tratando, então, a gente, eu procuro superar essas, as dificuldades para não ter tanto erro, ter tanto gasto com as folhas, com o papel, e etc. e aí tem coisas que eu tenho mais dificuldade, mais a, dificuldades, entre as quais, as posições e tal. Mas se surge uma posição a gente não lembra, esquece, é por isso, que eu venho poucos dias, talvez, às vezes eu consigo mesmo, se eu viesse

um pouco de mais dias, capaz que eu podia reduzir essa dificuldade, em vez de estar a, retardando.

**B.:** Quando eu entrei na Xerox eu tinha muita dificuldade, mas hoje não, eu acho que hoje eu tenho menos dificuldade que antes, hoje eu sei fazer muito mais coisa que antes, no começo eu pensava que não conseguiria fazer nada e uma, com a, com a dificuldade, mas, hoje, eu consigo<sup>40</sup>.

**B.:** Começar de novo, vai. No começo eu tinha muita dificuldade, quando eu entrei na Xerox, hoje não, hoje tenho muita pouca dificuldade, talvez eu tenha um pouco, mas, é muito pouco, acho que, é melhor parar.

**C.:** É, é, é importante tá trabalhando, né? Então a gente tem que fazer a coisa certa, procurar fazer o serviço certo, e eu falo de mim assim, eu sinto um pouco de dificuldade, às vezes, de, a gente esquece, a gente esquece um pouco das coisas, mas o importante é prestar atenção, né? Quer dizer, um remédio que eu tomo, faz eu, se tornar às vezes, me cansa um pouco, torna cansativo, e eu tenho, assim, um pouco de dificuldade de lidar com as pessoas, né? Com o cliente, embora eu goste muito, eu, eu gosto muito de, de lidar com o social, mas, às vezes eu tenho dificuldade de relacionamento e tal. O serviço da Xerox exige concentração, exige atenção e, fazer, a, o, serviço em si, a coisa certa. É isso aí.

**D.:** Bom, é, eu acho que o serviço é muito fácil, é, e que eu não tenho dificuldade nenhuma.

**B.:** No começo, quando eu entrei na Xerox, eu tinha muita dificuldade. Hoje, não. Hoje a minha maior dificuldade é o cansaço, mas, eu não tenho dificuldade nenhuma, eu posso trabalhar sozinho, prá mim é normal, prá mim, tanto faz trabalhar sozinho, acompanhado, com as pessoas, não tenho dificuldade nenhuma em atender o público, até me sinto à vontade, quando eu atendo o público, prá mim, a maior dificuldade hoje é o cansaço.

**Pergunta:** Bom, e quais são as facilidades que vocês encontram em trabalhar aqui na Copiadora?

**C.:** É o G. É, na realidade, eu tenho bastante prática de serviço de escritório, né? Embora eu tenha esquecido alguma coisa, do tempo de serviço, eu tô afastado, também, de internações, tudo, eu esqueci de algumas coisas, mas eu, como eu trabalhava no escritório, por ser um serviço assim, por ser um serviço de atenção, como disse anteriormente, por ser um serviço de atenção, é, que precisa ter concentração, às vezes, né? E, é um serviço, eu encaro mais ou menos como uma coisa terapêutica, terapêutica, serviço terapêutico, também, que faz a gente se concentrar, né? É isso, eu acho o serviço bom.

**B.:** O melhor serviço prá se trabalhar é a Xerox, e é um serviço que te reabilita, reabilita, prô mundo, e prá mim é fácil trabalhar em Xerox, prá mim é facilidade tremenda, automaticamente é uma facilidade tremenda, é muito fácil trabalhar no Xerox prá mim, fazer cópia, prá mim tudo é fácil, lá. Foi difícil no passado, hoje é tudo fácil.

**Pergunta:** Quais eram as dificuldades do passado?

---

<sup>40</sup> Houve uma interferência com o pessoal de fora da sala que desconcentrou **B.** Ela retoma o pensamento.

**B.:** Dificuldades do passado? É, de primeiro a dificuldade mais que eu tinha no passado, é, é, no pensamento negativo, no, que eu não ia conseguir, né? Mas, hoje, passou isso, passou, e geralmente, não tenho dificuldade nenhuma, não, prá mim é tudo fácil. Trabalhar na Xerox prá mim é a maior moleza, prá mim, até a Nerse chama de Ayrton Senna, tão rápido que eu sou.

**Pergunta:** Quer falar?

**A.:** Quero, as palavras finais, as, as facilidades que eu encontro na Xerox, dos documentos, como eu já disse a princípio, e eu acho, tem coisas que prá mim é fácil, consigo tirar, que eu já sei até quais as posições, né? É, da, dos documentos, das folhas e tem coisas que, como em outras máquinas que eu tinha aqui que (risos), que eu encontrava mais facilidades e acabei, até inclusive, apagando da minha mente, da minha memória, e, então eu acho que isso daí com o tempo eu vou, vou superando.

**D.:** Bom, a facilidade de, do Xerox, foi que, é, o Xerox é, além de ser é, um trabalho é, uma terapia, um trabalho terapêutico, ele dá oportunidade de se continuar o tratamento e dessa forma dá oportunidade de se tratar e receber algum dinheiro, pelo seu trabalho, é, então eu acho válido.

**Pergunta:** Vocês vêm algum tipo de diferença no trabalho que essa Instituição oferece de outras que vocês já freqüentaram?

**D.:** Bom, essa Instituição oferece modelo de, de, é, de compreensão, ou seja, essa Instituição é muito compreensiva com o paciente que trabalha no Núcleo de Projetos Especiais, ela compreende o paciente de uma maneira que outra Instituição não ia compreender. Bom, eu vejo diferença de trabalhar é, de se trabalhar numa Instituição, é, com outras Instituições que eu trabalhei. Eu já trabalhei numa fábrica, então, na fábrica eles eram muito incompreensivos, e o sistema era muito, o sistema, o sistema era muito duro e difícil, o sistema parecia o sistema de trabalho escravo, na fábrica, porque você ganha pouco e trabalha da sete às cinco, é, há, diferença, portanto. Então, é, é, é legal saber que existem pessoas compreensivas.

**A.:** A diferença aqui e das outras Instituições, daqui e lá fora, existe, porque a gente tem, apesar, apesar de ser o, uma clínica aqui em baixo, psiquiátrica e de ser uma Associação, existe uma individualidade, quero dizer, entre o relacionamento com as pessoas, porque a, no outro, a diferença existe, que se fosse no, no, lá fora, a, assim dizendo, de ter assim, padrões, é, chefes de seção, e tal, e de ter até, de ter também uma vida organizada, que, que é isso, que é o necessário. Ter uma profissional registrada, ter novas opções, então, eu acho que é isso que, que se trata. E vice-versa. Acho que existe, eu.

**Pergunta:** Quer pensar melhor?

**A.:** E, não, não, tá certo, existe por, de ter assim uma profissional, um registro em carteira, uma carteira, quer dizer, assinada, né? e tal, uma conduta, eu acho que isso traz um pouco de diferença.

**Pergunta:** Que aqui não tem.

**A.:** É que aqui não tem (carteira profissional assinada).

**B.:** A diferença daqui e outro lugar é basicamente uma diferença especial, só que aqui, a pessoa é bem tratada, lá fora não, há o, lá fora o trabalho é escravo, aqui não, aqui é um trabalho democrático, um trabalho que tem você, um trabalho suficiente, que trabalha acima de tudo com democracia e com honestidade. É um trabalho que não exige muito, você trabalha quanto quer e quanto não quer, é um trabalho, acima de tudo, que, que busca da pessoa o melhor, não o pior, isso deveria ser levado prá outros lados, setores.

**C.:** Trabalhar nessa Instituição social e psiquiátrica faz a gente se inteirar com as pessoas, faz participar melhor da vida social, porque a dificuldade que a gente sente, no geral é grande. Aí fora, no, no, na sociedade competitiva, as pessoas não têm paciência, algumas vezes pensa que a gente é louco, sem procurar entender pelo menos o momento difícil que a gente está passando, às vezes é problema de família, problema de descanso, a gente não consegue às vezes descansar direito, problema de sono, insônia. Então, no passado eu sentia essa dificuldade também, quando eu trabalhava, eu sentia, as pessoas mexiam comigo, brincavam, umas brincadeiras bobas, que me prejudicou muito. Mas, graças à Deus, eu, eu ainda consigo trabalhar, né? É, por ser aqui no CAPS, uma Instituição psiquiátrica, eu acho que há mais facilidade no caso nosso, pacientes aqui, trabalhadores e pacientes. Muitas vezes, você precisa ser paciente também, porque a gente tem apoio terapêutico, se for o caso de passar algum nervosismo, se sentir mal, não existe tanta pressão e a gente pode se tratar, por ser, por exemplo, assim claro prá mim. Se não der prá vim um dia, não tem problema, naquele dia é só avisar, que a gente não dá prá vir, que não tá passando bem e é bem compreensivo. Eu acho que isso é importante, e o importante é saber que a gente não é um inútil, nós não somos inúteis na vida, a gente tem certas dificuldades, mas ninguém é doido não.(risos)

**Pergunta:** Bom, então eu gostaria de deixar a palavra em aberto prá vocês poderem se colocar e prá falarem o que quiserem, tá? Como encerramento das entrevistas.

**D.:** Bom, eu sei que o modelo psiquiátrico brasileiro não é dos melhores, mas é, durante a crise que eu passei eu encontrei um excelente tratamento, uma excelente médica, que me ajudou muito, é, prá mim passar por esse momento de dificuldade. Então, eu creio que a sociedade apesar dela não ser perfeita, ela oferece alguma coisa, oferece alguma coisa, algum princípio de humanidade. Bom, falando assim dessa maneira, eu gostaria de agradecer a, a todos técnicos do H. D. Itaim e aos pacientes também por ter tido compreensão comigo e ter me ajudado. É só.

**C.:** É, é legal, né? a gente estar junto, embora assim, por alguns momentos na vida, cada um de nós temos uma, um, uma, um caminho, né? Então o importante é se dar bem com as pessoas, né? Não querer mal, é, num, num se machucar tanto, ser humilde, né? É, eu gosto dos médicos, os médicos me ajudaram bastante, psicólogos, enfermeiros, sempre me ajudaram, né? Me entender melhor e muitas vezes, o que eu não consegui na minha família, eu consegui fora dela, graças à Deus, e, tenho o apoio de algumas amigas, também, né? São importantes na minha vida. Agora, eu tenho, eu procuro um mundo de esperanças mais prá frente, né? Tô com 45 anos, gosto da vida e respeito a individualidade de cada um. Brigado.

**B.:** É tão interessante que a psiquiatria e a saúde no Brasil é tão atrasada. É tão interessante que os médicos do Brasil são os melhores do mundo, ou um dos melhores, né? É tão interessante, essa é uma pergunta que eu faço, né? Prá mim mesmo. Ué, porque será que a, saúde é tão atrasada e os médicos são os melhores do mundo? Eu tava perguntando prá mim mesmo. Aí cheguei numa resposta, culpado não são os médicos, são os próprio governo. Mas, eu perguntei prá mim mesmo de novo: mas a burocracia só existe no lado particular, nas empresas? É, aí eu mesmo me respondi: não, mas existe também no governo. Então, chegou a resposta de tudo: nós temos os melhores médicos, mas temos a pior saúde do mundo. Agora tenho, quero agradecer ao doutor Maurílio, por ter me tirado do buraco, do fundo do poço, ao CAPS, aos médicos do CAPS que me reabilitaram, e à Associação que me deu a melhor terapia prá mim.

**A.:** não quis falar

ANEXO 5

FRASES TEMÁTICAS DEPREENDIDAS DOS DISCURSOS DOS USUÁRIOS

A - N. 1

- 01.01 - O relato da vida do usuário limita-se ao tratamento específico (antes e durante);
- 01.02 - Relaciona sua mudança de Instituição de tratamento a questões salariais dos profissionais e a questões de relacionamento profissional-usuário;
- 01.03 - Existe iniciativa/receptividade de um usuário para o desenvolvimento de atividades complementares ao tratamento;
- 01.04 - Em casa: “na verdade eu não fazia nada.” “Era só encrenca que se surgia”;
- 01.05 - O encaminhamento do usuário não se realiza pelas vias institucionais, mas pela indicação pessoal do profissional de saúde (personalização do sistema de referência);
- 01.06 - Os erros na operacionalização da máquina, apesar de um curso de treinamento, levou à redução do período de trabalho e da remuneração de um dos usuários, entendida por ele como uma punição;
- 01.07 - A pessoa precisa trabalhar para atender suas necessidades materiais, seus sonhos e garantir sua independência “porque ninguém olha por ninguém”;
- 01.08 - A pessoa que não trabalha é “ladrão”, “marginal”, “não é nada”, “não tem valor”, “não realiza nada”, “não realiza sonhos”;
- 01.09 - Acredita que alguns trabalhos (bancos, escritórios), ajudam as pessoas ficarem mais “desembaraçadas”;
- 01.10 - Para trabalhar é necessário um conhecimento que o doente não tem por “dificuldade de aprender coisas” diagnosticada por especialistas como “vadiagem cerebral”;
- 01.11 - Não se considera bom cidadão brasileiro porque não tem carteira profissional assinada, por ser incapaz intelectualmente, mesmo quando comparado aos outros usuários que trabalham na Copiadora;
- 01.12 - O trabalho na Copiadora possibilita a capacitação para um trabalho profissional;
- 01.13 - O trabalho na Copiadora “é interessante, extraordinário”, algo instrutivo mas é mecânico, ou seja, “não é uma coisa intelectual”;
- 01.14 - Após o início das atividades na Copiadora houve mudanças de dois níveis : um que refere-se à sustentação financeira de suas atividades de lazer (“comprar alguma coisa, ir ao cinema, passear”) e outro que refere-se à sua própria possibilidade de trabalhar e aprender;
- 01.15 - A interrupção do funcionamento da Copiadora, embora previsível, foi uma notícia desagradável “que deixou todo mundo arrasado” devido ao afastamento e ao desconhecimento do tempo de ausência da atividade;

- 01.16 - A possibilidade de interrupção das atividades da Copiadora foi discutida com um técnico e o seu estímulo ao “pensamento positivo” anulou a avaliação que fazia desta realidade;
- 01.17 - Existe uma expectativa de que a situação de interrupção das atividades da Copiadora resolva-se “o mais depressa possível”;
- 01.18 - Apesar de um curso de treinamento, “o começo das atividades foi drástico”, mas a maior parte das dificuldades técnicas de operacionalização da máquina foram sendo “superadas com o tempo”;
- 01.19 - Acredita ter mais dificuldades que os outros e procura “forçar o cérebro, esforçar a cabeça” para reduzir “as dificuldades, os erros”;
- 01.20 - Acredita que as dificuldades no trabalho aumentam porque trabalha poucos dias e que se trabalhasse mais dias poderia reduzi-las “ao invés de retardá-las”;
- 01.21 - As facilidades no trabalho referem-se a coisas que ele consegue fazer através da memorização (“apagando” o resto “da minha mente”) e que transforma-se em dificuldades quando da mudança do tipo de máquina copiadora;
- 01.22 - Existe diferença entre o CAPS/Associação e outras instituições. “Aqui é uma clínica psiquiátrica; uma Associação e existe individualidade. Lá fora há padrões, chefes de seção, uma vida organizada, o que é necessário, tem carteira profissional registrada, novas opções”;

## B - N.2

- 02.01 - O relato de vida do usuário limita-se ao tratamento específico;
- 02.02 - O encaminhamento do usuário não se realiza pelas vias institucionais, mas pela indicação pessoal do profissional de saúde (personalização do sistema de referência);
- 02.03 - Para o pai, o doente mental é “vagabundo”, “aleijado”, “não serve para nada” (antes da terapia trabalho);
- 02.04 - A atividade (“terapia-trabalho”) na associação (copiadora) é considerada pelo usuário melhor que o atendimento no CAPS, o que dispensaria sua remuneração. “A melhor terapia para um homem é o trabalho”;
- 02.05 - Segundo um doente e a sua mãe “tratamento de rico tem tudo”, portanto, pobre não teria acesso;
- 02.06 - O atraso no horário do usuário para o atendimento é punido, diferente do atraso dos profissionais de saúde, identificados como médicos;
- 02.07 - A doença mental é algo que ocorre na vida do indivíduo, por vários fatores, que afeta o cérebro derrubando a pessoa;
- 02.08 - A doença mental pode ser causada pela falta de amigos; problemas com familiares; na escola; na infância, na adolescência ou idade adulta; pelo uso de drogas; televisão; “alguma coisa que aconteceu profundamente com você”;
- 02.09 - Não acredita que a doença mental tenha causa genética como lhe foi dito pelos



médicos;

- 02.10 - O usuário de serviço de saúde mental sofre preconceito, tal como o racial, isolando-o do convívio e fazendo-o pensar que “não serve para o mundo”;
- 02.11 - A doença mental pode ser melhorada pelo seguimento das condutas não medicamentosas ditadas pelos profissionais de saúde, porém não tem cura, só teria por obra Divina;
- 02.12 - A televisão é coisa do demônio que causa doença mental;
- 02.13 - Acredita que os programas de super heróis de televisão desencadearam sua doença mental, pois “eu comecei a imaginar que eu era super-herói” e “acabei não sendo”;
- 02.14 - Acredita que a internação e a medicação imediatas (primeiro dia) lhe causaram “mais problemas do que já tinha”;
- 02.15 - Trabalho é treinamento; exercício; terapia ocupacional; ocupação; lazer; respeito; dignidade e cidadania;
- 02.16 - Quem trabalha é considerado cidadão respeitado e digno;
- 02.17 - O trabalho é obra de Deus, um direito do cidadão, porém este não é “respeitado, não tem dignidade, seu salário é uma miséria” e atualmente não supre suas necessidades materiais;
- 02.18 - No passado o trabalho era “um benefício para o pobre, hoje exige burocracia” (carteira profissional assinada, curriculum, educação formal) que ele não tem;
- 02.19 - A situação de trabalho para o brasileiro pobre está “difícil” devido a direção política governamental não respeitar o povo e conseqüentemente não ser por ele respeitado. “A pessoa que não tem nada, não consegue nada”;
- 02.20 - Acredita que no Brasil há racismo entre trabalhadores brancos e negros;
- 02.21 - A burocracia impede o trabalho no Brasil de “uma das melhores mãos de obra do mundo”;
- 02.22 - O trabalho “na Copiadora é terapia, é respeito do cidadão brasileiro para com o doente, proporciona convivência, independência financeira, respeito a si próprio e da família”;
- 02.23 - Após o início da atividade na Copiadora houve mudanças de dois níveis de respeito: um nível relaciona-se ao respeito do outro (família, vizinhos e conhecidos) e outro nível relaciona-se ao respeito consigo próprio, operado através da possibilidade de pensar diferente a seu respeito;
- 02.24 - O doente mental que trabalha “tem conserto” e quando é produtivo (“ganha dinheiro”) passa a ser respeitado;
- 02.25 - Trabalhar na Copiadora “é terapia, um exercício”;
- 02.26 - Acreditava que este seria “um ano de transformações ligado aos números” e diz “que não deu outra”;
- 02.27 - A expectativa do usuário era que a administração pública poderia parar de pagar a

manutenção da máquina, como já havia ocorrido nas mudanças de governos anteriores e que por ser este um ano eleitoral, o problema será resolvido rapidamente;

- 02.28 - Antes das atividades na Copiadora o usuário pensava que “não conseguiria fazer nada”. Essa “dificuldade do passado” relaciona-se ao “pensamento negativo”. Hoje ele sabe fazer mais coisas, “hoje eu consigo”;
- 02.29 - Sua dificuldade hoje é o cansaço, embora para ele “tanto faz trabalhar sozinho, acompanhado, com as pessoas”. “Eu posso trabalhar sozinho, prá mim é normal”. É conhecido como “o Ayrton Senna de tão rápido” que é atualmente no serviço, que define como a “maior moleza”;
- 02.30 - A Copiadora “é o melhor serviço porque ele reabilita para o mundo”;
- 02.31 - O trabalho no CAPS é “especial, democrático, honesto, busca o melhor da pessoa, não o pior”, é adequado à capacidade individual e deveria ser expandido;
- 02.32 - Pergunta-se como “a psiquiatria e a saúde no Brasil são tão atrasadas” já que considera os médicos “uns dos melhores do mundo”;
- 02.33 - Acredita que os médicos “não são os culpados pelo atraso” mas “a burocracia das empresas privadas ou públicas”, ou seja, “o governo”;
- 02.34 - “Temos os melhores médicos que tiram a gente do buraco, do fundo do poço (Dr. Maurílio, CAPS, médicos do CAPS que me reabilitaram e a Associação que me deu a melhor terapia) e a pior saúde do mundo (governo)”;

### C - N.3

- 03.01 - A vida do usuário caracteriza-se pelo tratamento específico, medicamentoso e internação, associado ao esforço para trabalhar;
- 03.02 - Considera-se diferente por ter “um nome incomum/difícil, ser solitário, ter dificuldade de concentração, brigar no serviço” e achar que “todo mundo tinha inveja de mim”;
- 03.03 - Considera uma pessoa tão difícil quanto o seu nome “eu sou um pouco difícil, as pessoas têm dificuldade em falar meu nome e isso me incomoda, mas eu estou acostumando”;
- 03.04 - Relata ter esquizofrenia enquanto problema mental atribuído pelos médicos e que pode ser controlado com medicamento;
- 03.05 - O tratamento medicamento faz o doente mental “sentir bem, em paz” porém, é interrompido nos momentos de “recaída, de nervoso”;
- 03.06 - O trabalho é avaliado como sendo bom, atende sua necessidade financeira e de contato com o público;
- 03.07 - O problema mental foi percebido e tratado pelo usuário antes da percepção da família;
- 03.08 - A família nunca ajudou o usuário no seu tratamento, “mesmo quando tinha condições para tal”, a mãe pensava que ele não queria trabalhar, era vagabundo;

- 03.09 - O encaminhamento para o CAPS não foi através de referência inter-institucional;
- 03.10 - Considera a doença mental o “problema número um do mundo” que torna o indivíduo dependente de cuidados pessoais, remédios e terapia, no seu caso individual;
- 03.11 - Relaciona doença mental a condição econômica e alimentação precárias; à sensibilidade e dificuldade em “lidar com perdas”;
- 03.12 - Acredita, como lhe disse uma médica, que a doença mental “em parte é hereditária, orgânica” e em parte a pessoa “a adquire na sociedade, em grupo”;
- 03.13 - Identifica o sexo feminino como o capaz de perceber o “lado mais carente”...”sensível, sentimental”;
- 03.14 - Apesar da cura ou não da doença, quer conviver em sociedade e “sentir que eu posso produzir algo”;
- 03.15 - O trabalho é uma “ocupação e função social” necessária para a sobrevivência do homem;
- 03.16 - A formação da família e a educação das crianças são feitas, segundo a filosofia cristã, em função do trabalho;
- 03.17 - O trabalho, se organizado e feito com dignidade, “mantém a mente e o corpo físico ocupado”, enobrece e traz benefício para a pessoa, família e sociedade;
- 03.18 - Para trabalhar é necessário “concentração, dedicação, respeito de horário, responsabilidade, apoio da família, dos amigos, das amigas, ter boa saúde, fazer acompanhamento médico e ter boa instrução”;
- 03.19 - Acredita que quem tem dificuldades (doente mental) não é respeitado no país embora tenha os mesmos direitos, falta-lhe o apoio da família e a compreensão dos problemas decorrentes da doença, como dificuldade de acordar para trabalhar “devido ao uso de remédios” e “nervosismo”, por parte de colegas no trabalho;
- 03.20 - No momento “está parado, aposentado”, esta situação de não estar no mercado de trabalho não lhe é clara e sente falta daquela;
- 03.21 - Acredita que por certo tempo conseguiu estar no mercado de trabalho e que depois não conseguiu mais por dificuldades suas;
- 03.22 - O trabalho na Copiadora “é prestar serviços para as firmas, é gostoso e sente-se bem quando atende pessoas simpáticas”;
- 03.23 - Conhece as condições necessárias para o trabalho na Copiadora e considera a supervisão como parte de seu desenvolvimento;
- 03.24 - Com relação a experiências anteriores de trabalho, o da Associação “foi melhor porque as pessoas têm mais tolerância, ... sabem que ele tem problema mental, ... é mais fácil lidar com os colegas, ... o serviço não é difícil, faz pensar, trabalhar”;
- 03.25 - Não esperava a interrupção das atividades da Copiadora e, portanto, “ficar desempregado no primeiro dia do ano”, embora este seja “um emprego temporário, sem nada firmado, importante para participar socialmente e ganhar o dinheirinho”, o qual paga seu tratamento psicoterápico;

- 03.26 - Apesar ter clareza da situação conjuntural de desemprego na sociedade, que “provoca enormes dificuldades”, assustou-se com a sua situação no sentido que na Associação quando tem uma atividade, “não fica parado, não põe minhoca na cabeça, não fica pensando coisa ruim e difícil, conversa, bate papo com os colegas, sente-se produtivo, não isolado, sente-se em grupo”;
- 03.27 - Liga suas dificuldades no trabalho ao cansaço provocado pelo uso de remédio, ao fato de esquecer as coisas, de ter que se concentrar e em ter que relacionar-se com pessoas, apesar de valorizar muito essa questão.
- 03.28 - O doente indica o fato de ter trabalhado anteriormente como uma facilidade para o trabalho desenvolvido na Copiadora
- 03.29 - Considera o trabalho na Copiadora como um serviço terapêutico (“faz a gente se concentrar”), de interação/participação na “vida social” e adequado às possibilidades/limites individuais;
- 03.30 - Acredita que “na sociedade competitiva as pessoas não têm paciência, a dificuldade é grande”, pensam que ele “é louco” e “não procuram entender as dificuldades pelas quais as pessoas passam”;
- 03.31 - Quando trabalhava em outras instituições “tinha problemas com o sono, insônia, não conseguia descansar, tinha problemas com a família”, as pessoas mexiam e brincavam com ele, “brincadeiras bobas” que o “prejudicaram muito”;
- 03.32 - No CAPS, como instituição psiquiátrica, percebe mais facilidade em caso como o dele, “um paciente-trabalhador”, porque esta “oferece apoio terapêutico, não existe tanta pressão em caso de nervosismo ou de sentir-se mal, além de possibilitar o tratamento”;
- 03.33 - O doente mental “tem dificuldade mas não é doido, não é um inútil na vida”;
- 03.34 - Valoriza “estar junto com os demais, não querer mal, não se machucar e ter humildade”;
- 03.35 - Avalia que “os médicos, psicólogos, enfermeiros e algumas amigas” o ajudaram, entenderam e apoiaram mais que a sua família;
- 03.36 - Aos 45 anos, gosta da vida, procura um mundo de esperanças e de respeito à individualidade de cada um.

#### D - N.4

- 04.01 - A única referência do usuário de como era sua vida antes do CAPS, é a de ser estudante, atividade interrompida pela manifestação da doença;
- 04.02 - A internação hospitalar, segundo o usuário, o fez “sair de lá mais doente ainda”, porém o tratamento em Hospital-Dia é avaliado como positivo;
- 04.03 - O trabalho na Associação é terapia que “ajuda a mim e ajuda à minha doença”, “a terapia ajuda a espantar a doença ... trabalhando você não pensa na doença”;
- 04.04 - O encaminhamento para o CAPS foi feito por um profissional de saúde;
- 04.05 - Manifesta ao profissional de saúde a sua vontade de trabalhar;

- 04.06 - O doente tem dificuldade em explicar e entender o que está acontecendo com ele diante de realidade de tratamento num serviço de saúde mental;
- 04.07 - A doença mental foi “inesperada”, é “sinistra, terrível, que derruba a pessoa” e “causa decepção” para consigo mesmo;
- 04.08 - O trabalho é uma forma de “conquistar benefícios pessoais”, tanto materiais (“comer, beber, vestir”), quanto de lazer, convivência e liberdade;
- 04.09 - O trabalho ao mesmo tempo que proporciona o atendimento das necessidades pessoais “é imposto pela sociedade”;
- 04.10 - Nesta sociedade o trabalho qualifica como cidadão, “dignifica o homem e traz dinheiro”;
- 04.11 - Para trabalhar é preciso ter uma capacitação formal (diploma) que exige inteligência, que o usuário diz ter, porém falta-lhe “disposição para procurar (emprego) e uma pessoa que me dê confiança, que confie em mim e no meu trabalho”;
- 04.12 - Qualifica-se como “cidadão desempregado”;
- 04.13 - A atividade na Copiadora é “instrutiva, ajuda no aprendizado do caráter e a combater a doença; a não pensar na doença e no desenvolvimento mental”;
- 04.14 - A atividade na Copiadora “é gostoso porque a pessoa atende clientes, recebe dinheiro e não fica parado”;
- 04.15 - Com relação às experiências anteriores de trabalho, diz que quando ficou doente “seria muito difícil conseguir emprego” e o que mudou foi a oportunidade de trabalhar na Associação e “receber dinheiro prá fazer algumas coisas”;
- 04.16 - Associa a sua mudança interior ao acesso a tratamento especializado viabilizado pela Associação;
- 04.17 - Acredita que “a falta de dinheiro é um problema crônico na sociedade brasileira em geral”, tanto “no governo Estadual como no Municipal” e que uma melhor administração do dinheiro público não levaria as pessoas ao desemprego e à interrupção das atividades da Copiadora;
- 04.18 - Acredita que a sociedade é “hipócrita” e que a “prioridade social devia ser levada em consideração” pelo governo;
- 04.19 - O serviço na Copiadora “muito fácil” e diz que “não tem dificuldade nenhuma”;
- 04.20 - Relaciona as facilidades ao fato do trabalho ser uma terapia, um “trabalho terapêutico” que “possibilita a oportunidade de se tratar e receber dinheiro”;
- 04.21 - Relaciona “a compreensão” com o usuário que trabalha no Núcleo de Projetos Especiais como a diferença entre a instituição CAPS/Associação e as outras onde já trabalhou;
- 04.22 - Na fábrica eram “incompreensivos”, “o sistema era duro e difícil”, parecia “trabalho escravo, ganha-se pouco e trabalha-se das sete às cinco horas”;
- 04.23 - O modelo psiquiátrico brasileiro, segundo o usuário, “não é dos melhores”, mas ele

**encontrou um tratamento em Hospital-Dia, “através de uma médica excelente, que o ajudou muito”, portanto, apesar da sociedade não ser “perfeita, ela oferece alguma coisa, algum princípio de humanidade”;**

**04.24 - Os técnicos e os pacientes do Hospital-Dia tiveram compreensão com ele e o ajudaram, o que ele agradece.**

**ANA LUISA ARANHA E SILVA**