

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTERDISCIPLINAR
EM HUMANIDADES, DIREITOS E OUTRAS LEGITIMIDADES**

EVERTON ROBERTO DE OLIVEIRA

versão corrigida

**seria bom ter um dinheiro: histórias de trabalho e renda nos Centros de
Atenção Psicossocial – CAPS**

São Paulo
2024

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, LETRAS E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM HUMANIDADES, DIREITOS E
OUTRAS LEGITIMIDADES

versão corrigida

**seria bom ter um dinheiro: histórias de trabalho e renda
nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS**

Everton Roberto de Oliveira

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Humanidades, Direitos e Outras Legitimidades, da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, para a obtenção do título de Doutor em Ciências.

Orientadora: Prof^{fa} Dr^a Sandra Regina Chaves Nunes

São Paulo
2024

ENTREGA DO EXEMPLAR CORRIGIDO DA DISSERTAÇÃO/TESE**Termo de Anuência do (a) orientador (a)**

Nome do (a) aluno (a): Everton Roberto de Oliveira

Data da defesa: 18/12/2023

Nome do Prof. (a) orientador (a): Sandra Regina Chaves Nunes

Nos termos da legislação vigente, declaro **ESTAR CIENTE** do conteúdo deste **EXEMPLAR CORRIGIDO** elaborado em atenção às sugestões dos membros da comissão Julgadora na sessão de defesa do trabalho, manifestando-me **plenamente favorável** ao seu encaminhamento ao Sistema Janus e publicação no **Portal Digital de Teses da USP**.

São Paulo, 16/02/2024



Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na Publicação
Serviço de Biblioteca e Documentação
Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo

O48s Oliveira, Everton Roberto de
seria bom ter um dinheiro: histórias de trabalho e
renda nos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS /
Everton Roberto de Oliveira; orientador Sandra
Regina Chaves Nunes - São Paulo, 2023.
249 f.

Tese (Doutorado)- Programa de Pós-Graduação
Humanidades, Direitos e Outras Legitimidades da
Universidade de São Paulo. Área de concentração:
Humanidades, Direitos e Outras Legitimidades.

1. saúde mental. 2. trabalho. 3. renda. 4.
História . 5. CAPS. I. Nunes, Sandra Regina Chaves,
orient. II. Título.

OLIVEIRA, Everton Roberto de.

seria bom ter um dinheiro: histórias de trabalho e renda nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Humanidades, Direitos e Outras Legitimidades, da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, para a obtenção do título de Doutor em Ciências.

Aprovado em:

Banca examinadora

Prof. (a)Dr.(a) _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. (a)Dr.(a) _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. (a)Dr.(a) _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Agradecimentos

Há pessoas fundamentais nos caminhos um tanto solitários de um pesquisador e a elas agradeço com a memória do coração.

Aos meus pais, exemplos de dedicação, que sempre me incentivaram a estudar para que pudesse lutar pelos meus sonhos, verdadeiramente.

Aos meus irmãos, que me acenam de longe e me acolhem com abraço fraterno sempre que retorno de minhas jornadas.

Aos colaboradores pelos preciosos testemunhos compartilhados.

Ao Diversitas – disposto a disseminar a voz daqueles que vivem à margem, muitas vezes esquecidos também pelas especializações acadêmicas, contribuindo para a educação da sociedade e para a diminuição dos estigmas.

Aos meus professores e professoras e à toda equipe que o compõe o Programa e também à Teresa Teles, apoio fundamental em todo o percurso feito até aqui.

À CAPES, cujo aporte financeiro foi essencial para a conclusão desse trabalho.

Aos professores Marcos Garcia, Marcelo Ribeiro e Cláudia Moraes, referências importantes para essa pesquisa que me apontaram os melhores caminhos.

À Prof^a Dr^a Sandra Regina Chaves Nunes, orientação e norte, ensinamentos que guardarei comigo como luz até o fim dessa viagem.

“Eu nem sei se é muito bom esse negócio para mim”

(Mário, um dos colaboradores)

Resumo

Com a missão de cuidar em liberdade, ao longo do processo de desinstitucionalização psiquiátrica no país o número de Centros de Atenção Psicossocial saltou de 148 para mais de 2.800 em pouco mais de vinte anos. Voltados à pessoas com transtornos mentais persistentes ou à dependentes de álcool e outras drogas é visto como pedra angular na atenção à saúde mental no Brasil. Porém faltam monitoramento e avaliação dos serviços, transparência e incentivo à pesquisa para que os CAPS se desenvolvam plenamente em sua complexidade e possam oferecer reinserção no mundo do trabalho e atividades geradoras de renda, dentro e fora deles, para seus milhares de usuários e usuárias, visando sua reabilitação psicossocial, como determina a legislação.

Muitos deles acabam marcados por sua condição e deslizam para zonas de desfiliação permanentes, vivem em situação de pobreza, tem ocupações consideradas como subemprego, não conseguem continuar suas atividades profissionais e o desemprego é predominante entre essas pessoas. Alijadas da educação, da família, em péssimas condições de moradia, em isolamento e sob forte tratamento medicamentoso, ficarão de fora dos sistemas de proteção e das redes de sociabilidade, o que agrava o estado de vulnerabilidade de quem já vive em desvantagem, apontando para um amanhã, no mínimo, nebuloso.

Para transformar significativamente esse cenário, reduzir o sofrimento e preservar a dignidade dessas pessoas é preciso investir em ações afirmativas que valorizem a saúde mental. Por isso, fui à campo em Sorocaba – SP, ouvir as vozes de quem vive as mudanças no sistema psiquiátrico brasileiro e coletei uma série de entrevistas temáticas que foram entremeadas a outras narrativas, dados oficiais, notícias de jornal, autores diversos, imagens e números, compondo uma História oral viva, vista de baixo e do tempo presente que visa promover uma reflexão sobre a área, chamar a atenção para a atual situação do serviço e garantir à milhares de brasileiros o pleno exercício de seu direito ao trabalho e à renda, livres do estigma e da discriminação, o que pode se configurar como uma estratégia a favor do pão de cada dia, da saúde, da vida e do futuro.

Palavras-chave: saúde mental, trabalho, renda, História, CAPS

Abstract

With the mission of providing care in freedom, throughout the process of psychiatric deinstitutionalization in the country, the number of Psychosocial Care Centers jumped from 148 to more than 2,800 in just over twenty years. Aimed at people with persistent mental disorders or those dependent on alcohol and other drugs, it is seen as a cornerstone in mental health care in Brazil. However, there is a lack of monitoring and evaluation of services, transparency and incentives for research so that CAPS can fully develop their complexity and can offer reintegration into the world of work and income-generating activities, inside and outside them, for their thousands of users, aiming at their psychosocial rehabilitation, as determined by legislation.

Many of them end up marked by their condition and slip into zones of permanent disaffiliation, they live in poverty, have occupations considered as underemployment, are unable to continue their professional activities and unemployment is prevalent among these people. Cut off from education, family, in terrible housing conditions, in isolation and under heavy drug treatment, they will be left out of protection systems and sociability networks, which aggravates the state of vulnerability of those who already live at a disadvantage, pointing to a hazy tomorrow to say the least.

To significantly transform this scenario, reduce suffering and preserve the dignity of these people, it is necessary to invest in affirmative actions that value mental health. Therefore, I went to the field in Sorocaba – SP, to listen to the voices of those who live the changes in the Brazilian psychiatric system and collected a series of thematic interviews that were interspersed with other narratives, official data, newspaper reports, different authors, images and numbers, composing a living oral history, seen from below and from the present time that aims to promote reflection on the area, draw attention to the current situation of the service and guarantee thousands of Brazilians the full exercise of their right to work and income, free from stigma and discrimination, which can be configured as a strategy in favor of daily bread, health, life and the future.

Keywords: mental health, work, income, History, CAPS

Lista de Figuras

Figura 1 - Hospital Pedro II, no Rio De Janeiro.....	46
Figura 2 – Sala de Costura, Hospital Nacional dos Alienados.....	47
Figura 3 - Colônia de Alienados, Trabalho Agrícola.....	49
Figura 4 - Seção de Terapêutica Ocupacional no Engenho de Dentro.....	58
Figura 5 - Pavilhão feminino do Juquery.....	69
Figura 6 - Oficina no CECCO São Domingos.....	227

Sumário

Introdução: Que história é essa?.....	11
Capítulo 1: ...por um caminho tortuoso, a passos lentos, entre luzes e sombras - trabalhar para viver.....	33
Capítulo 2: O Pão de Cada Dia.....	81
Capítulo 3: O Trabalho na Paisagem.....	111
Considerações Finais: Horizontes de futuro.....	193
Referências Bibliográficas.....	238

Introdução: *Que história é essa?*

“[...] Eu gostaria de ter uma oportunidade de trabalho (...); começaria como garçoneiro numa lanchonete. Para mim seria bom ter um dinheiro e hoje eu não tenho fonte de renda...” (Laura, 35 anos, usuária de um Centro de Atenção Psicossocial III em Sorocaba - SP, julho de 2017).

O fragmento acima é parte do testemunho de Laura, usuária da assistência pública à saúde mental no país, e diz muito sobre a realidade de quem vive sob um intenso sofrimento psíquico, a quem o trabalho é negado, não consegue obter benefícios sociais e cujo direito ao acesso à novas alternativas de geração de renda simplesmente não é respeitado.

Marcada por sua condição de saúde enfrenta ainda a pobreza e o preconceito cotidianamente, além da falta de oportunidades educacionais, profissionais e de atenção especializada, deslizando para fora das redes de sociabilidade e dos sistemas de proteção, para a cronificação do seu estado de vulnerabilidade psicossocial, para o isolamento nas periferias urbanas, para o afogamento em altas doses de medicamentos e, lamentavelmente, para os braços da morte.

Esse, assim como alguns outros excertos dessa história-tese, provém de “re.construindo mundos – arte, direitos humanos e cidadania nos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS¹”, dissertação que defendi pelo Programa de Pós-Graduação em Humanidades, Direitos e outras Legitimidades da Universidade de São Paulo, sob orientação da professora Sandra Regina Chaves Nunes.

Tal dissertação fora assentada nos campos da História Oral e traria à tona as vozes de uma rede de pessoas ligadas à esses Centros, serviço em que as atividades artísticas, em conjunto com outras práticas terapêuticas, são consideradas basilares pela legislação em vigor.

Nela pude ainda narrar minha experiência como educador nos serviços de saúde mental e realizar uma imersão teórica no assunto. Além disso, fui à campo em Sorocaba - que fica no interior de São Paulo, à pouco mais de oitenta quilômetros da capital - para um período de observação participante em uma oficina de música que acontecia em um dos Centros da cidade, momento em que apreenderia elementos simbólicos e

¹ OLIVEIRA, Everton Roberto de. re.construindo mundos: arte, direitos humanos e cidadania nos Centros de Atenção Psicossocial. Orientadora Sandra Regina Chaves Nunes. São Paulo, 2017. 307 f.

significativos à relação arte e saúde mental, cuja vivência registrei em forma de relato etnográfico.

Vale destacar que o município é crucial para a escrita de uma versão brasílica da história da loucura, pois, foi sede de uma das primeiras colônias agrícolas para alienados do país, tornou-se epicentro de um dos maiores polos manicomiais do Brasil, fora apontado inúmeras vezes por violação dos direitos humanos, se tornou foco nacional dos debates sobre a desinstitucionalização psiquiátrica e ainda é palco de disputas políticas e retrocessos.

Ao mesmo tempo os movimentos contrarreforma no país, o momento político e a resistência do sistema e da sociedade local, figuram entre as dificuldades na realização de qualquer investigação como essa na cidade, visto a violenta história de seus antigos manicômios, como relembra Marisa, 37 anos, há mais de dezessete anos trabalhando no sistema (OLIVEIRA, 2017, p. 175): *“Ela infringiu, ela feriu, vamos dizer assim, ela violou os direitos, ela é recordista em violar os direitos”*.

Outrossim, teve seu último hospital fechado somente em 2018, há forte recusa da população em inserir essas pessoas fora do território asilar, possui uma dezena de comunidades terapêuticas dirigidas por entidades evangélicas funcionando à todo vapor, enfrenta duras críticas de pesquisadores e ativistas da luta antimanicomial e, invariavelmente, figura na imprensa como alvo de escândalos e polêmicas.

Isso me fez encarar muitas negativas e, mesmo assim, com um gravador de voz em mãos, tentando ouvir quem realmente vive essa realidade, coletei e transcriei uma série de entrevistas temáticas com colaboradores que versariam sobre a importância da arte para suas vidas e acabariam desvelando a dimensão das atividades artísticas nesse novo modelo de atenção à saúde mental.

Atividades que devem contribuir para o êxito dos processos de reabilitação psicossocial e de reinserção dessas pessoas em suas famílias e comunidades, como encerraria Ronaldo, 24 anos, outro frequentador de um CAPS III: *“a cura vem através da arte, a arte é minha cura!”* (OLIVEIRA, 2017, p. 195).

Para proteger as identidades desses colaboradores, como requer a disciplina, os chamei ficticiamente de “Laura” e “Ronaldo”, usuários do serviço, “Sueli”, familiar, “Cláudia” e “Marisa”, trabalhadoras da saúde mental, que me prestaram entrevistas entre os meses de maio e junho de 2017.

Essas são vozes que recupero e somo às entrevistas temáticas feitas especialmente para essa tese com “Darcy, Silvana e Jussara”, trabalhadores/as do serviço que ocupam

diferentes cargos e tem contato direto com o público, além de “Mário e Airton”, usuários que frequentam essa unidade, vivem em Residências Terapêuticas próximas à ela e são egressos do sistema hospitalar.

Inclusive Sorocaba possui atualmente três (03) CAPS III, voltados à pacientes em sofrimento psíquico, dois (02) CAPS AD – álcool e drogas e mais dois (02) CAPS IJ – infanto-juvenil, além de mais quarenta² (40) residências terapêuticas - RTs que abrigam mais de trezentos e sessenta e sete (367) homens e mulheres que viviam nos antigos hospitais psiquiátricos do município.

Com a missão de cuidar em liberdade e em um ambiente terapêutico, ao longo do processo de desinstitucionalização psiquiátrica no país o número de Centros de Atenção Psicossocial saltou de 148 para mais de 2.800 em pouco mais de vinte anos e representam hoje a pedra angular na atenção à saúde mental no Brasil.

Ao mesmo tempo, os trabalhadores locais constataram um crescimento espantoso da demanda por atendimento psiquiátrico durante a pandemia e Centros que deveriam operar com uma média de quatrocentos (400) pacientes em sofrimento psíquico grave e persistente, chegam a atender mais de dois mil (2000) em um único mês, como declara Darcy:

No último mês agora eu fechei o CAPS, que a gente faz os indicadores mensalmente, eu fechei o CAPS, e isso é inadmissível, a DRS no dia que descobriu isso ficou horrorizada, que é a Diretoria Regional de Saúde de Sorocaba, que é a DRS16, que a gente corresponde, eu fechei o mês do CAPS com dois mil cento e sessenta e dois (2162) pacientes.

Considerando que grande parte deles deveria ser acolhida em outros serviços de saúde que compõem a RAPS – Rede de Atenção Psicossocial, explica-se a superlotação dos CAPS, o que inviabiliza o cumprimento de sua real missão e objetivos, como reconhece Darcy: “*o trabalho de oficina de geração de emprego e renda eu não consegui efetivar da forma que realmente necessita ser feito*”.

Aliás, esses numerário acompanha o crescimento demográfico do país e o próprio Ministério da Saúde contabiliza que hoje cerca de 3% da população possua transtornos mentais severos e persistentes e que outros 6% abusa ou é dependente de substâncias psicoativas.

² Não há nas plataformas oficiais dados sobre o número de atendidos pelos CAPS da cidade, tão pouco a quantidade de pessoas que vivem nas RTs. Assim, esses dados são extraoficiais e foram extraídos de um site jornalístico. Disponível em: <<https://g1.globo.com/sp/sorocaba-jundiai/noticia/2018/10/15/sorocaba-deixa-de-ser-maior-polo-manicomial-do-brasil-e-se-torna-referencia.ghtml>>. Acesso em: 10 set. 2022.

Essas pessoas devem receber os cuidados oferecidos pelos CAPS, equipamentos imprescindíveis para o sucesso da política na área por substituírem os antigos manicômios e representarem um salto para a humanização da assistência psiquiátrica pública, sublinho.

Além disso, a pasta admite que outros 12% possa desenvolver algum tipo de transtorno depressivo, ansioso ou alimentar, leve ou moderado, o que nos remete à um expressivo grupo que necessita ou pode necessitar de algum dos serviços da RAPS no Sistema Único de Saúde - SUS.

Criada há mais de dez anos para ampliar e articular diferentes pontos de atenção à saúde mental no SUS, sua malha pouco se expandiu, sendo rigorosamente criticada por aqueles que convivem com essa debilidade e, conseqüentemente, com a sobrecarga dos CAPS na cidade, que chegam a atender mais de duas mil pessoas mensalmente.

E como todos carecemos de pão, enquanto realizava entrevistas buscando dados sobre a associação entre arte e saúde mental, deparei-me inúmeras vezes com o binômio “trabalho e renda”, cujo acesso é garantido por mecanismos internacionais de defesa dos Direitos Humanos, pela Constituição Federal de 1988 e pela própria Política Nacional de Saúde Mental.

Nessas leis ora o trabalho é percebido como fomento ao desenvolvimento socioeconômico de uma comunidade ou como garantia à própria subsistência e da família; ora como modo de gerar renda e promover a liberdade, a emancipação e a autonomia; ora como recurso terapêutico e de sociabilidade, meio de inserção e de reconhecimento social ou, até mesmo, como uma maneira de estimular “novos projetos de vida” (BRASIL, 2015, p.12).

Raro momento em que legislação e vida real se conciliam, conforme afirmou Ronaldo, enquanto conversávamos em uma praça da cidade (OLIVEIRA, 2017, p. 197), o que também ratifica o quão é regular essa matéria entre os usuários do serviço:

[...] eu quero trabalhar, ter uma profissão, ter um lugar, ter um espaço para mim e ser a diferença para aqueles que também querem ser como eu. Eu queria ser pintor ou, se não, músico, terapeuta ocupacional e trabalhar na área da saúde ou trabalhar com a minha mãe, não sei, esses são meus projetos para o futuro.

Afirmações como as de Laura e Ronaldo denunciam os graves problemas enfrentados por essas pessoas como o desemprego e a conseqüente ausência de renda, temáticas em que me aprofundo em “seria bom ter um dinheiro: histórias de trabalho e

renda nos Centros de Atenção Psicossocial” ao verificar que esse é um assunto urgente entre todos os ouvidos e mote de escassos estudos científicos, sendo “o presente trabalho realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001”.

O tema apontaria ainda para questões centrais de nosso tempo que se agravam frente às crises econômicas que subjagam milhares pelo mundo todo, como o crescimento da extrema pobreza, o alargamento das desigualdades, o avanço da vulnerabilidade de massa e o adoecimento da população em escala global.

O que é autenticado pela Organização Mundial da Saúde (2022, p.39) ao estimar que, atualmente, uma a cada oito pessoas no mundo viva sob intenso sofrimento psíquico, alcançando aproximadamente 970 milhões. Muitas delas se encontrarão, em pleno século XXI, “às fronteiras do estigma, da vergonha, da exclusão e, mais frequentemente do que desejaríamos reconhecer, da morte”, ressalta a OMS (2002, p.10).

Grande parte enfrentará ainda os “efeitos negativos da pobreza”, visto a associação entre uma “baixa situação socioeconômica e um nível aumentado de sintomas psiquiátricos”, como explicam Stuart e Laraia (2001, p.157), afligindo os mais vulneráveis.

É o que reconhece Cláudia, 41 anos, trabalhadora da saúde mental há mais de duas décadas, quando em junho de 2017 me encontrou para um café e indicou que o Centro em que ela trabalha: “*é referência para bairros com uma condição sócio-econômica, cultural inclusive, mais carente*” (OLIVEIRA, 2017, p.191).

Em desvantagem, essa massa se desloca para uma zona de vulnerabilidade social, intermediária e instável “que conjuga a precariedade do trabalho e a fragilidade dos suportes de proximidade”, ocupando socialmente uma “posição de supranumerários, inempregáveis, inempregados ou empregados de um modo precário, intermitente”, ficando à margem da “divisão social do trabalho”, geralmente visto como fator de integração numa sociedade (CASTEL, 1998, p. 21-27).

Ausentes de qualquer atividade produtiva, acabam fora das “redes de sociabilidade e dos sistemas de proteção” e sem nenhuma fonte de renda deslizam para uma “inexistência social”, sendo arrastadas para uma permanente zona de “desfiliação”, como assevera Robert Castel (1998, p. 21-27), demonstra a história e valida o testemunho de Laura.

Mais estatísticas da OMS³ demonstram que muitos dos programas de desenvolvimento e luta contra a pobreza não as atingem; que mais de 70% delas não têm acesso a qualquer forma de tratamento em saúde mental e que a taxa de desemprego chega a 90% entre elas. Tudo isso somado à falta de acesso à uma educação que atenda seu potencial como ser humano, sendo rigorosamente atingidas por duros processos sociais, políticos e econômicos excludentes.

O que engrossa cada dia mais as filas de atendimento dos CAPS, como bem observa Marisa (OLIVEIRA, 2017, p. 250):

[...] a questão até econômica mesmo do país está influenciando muito, a questão do desemprego. Muitas vezes quando vou fazer primeiro acolhimento, uma das maiores queixas é o desemprego. Esses dias mesmo atendi um rapaz muito jovem e a queixa dele foi desemprego. A esposa disse que depois que ele perdeu o emprego ele ficou assim. E não é o primeiro.

Situação que só piorou nos últimos anos por conta da Pandemia de Coronavírus que acentuou uma recessão que já castigava muitas economias, provocando altos índices de desemprego, a redução dos salários, a ausência de renda para os mais pobres e a escalada da inflação e dos preços, afetando a segurança habitacional e alimentar de milhares de famílias brasileiras.

Período em que houve um aumento considerável da população em situação de moradia de rua nas grandes cidades ou vivendo abaixo da linha da miséria no interior do país, o crescimento da violência, a dificuldade de acesso à educação, à justiça e à própria saúde, entre muitas outras adversidades.

Tudo isso agravou ainda mais a situação de pobreza da população e, conseqüentemente, o aumento dos sintomas psiquiátricos entre ela, provocando uma grande procura pelos serviços públicos de saúde mental. Demanda que a RAPS está despreparada para receber em Sorocaba, superlotando os CAPS e os desviando de seus verdadeiros objetivos.

Como em junho de 2021 admitiu Darcy, 43 anos, trabalhador/a em um desses Centros há mais de vinte, quando me recebeu para uma entrevista:

³ “Tener en cuenta a las personas con discapacidades mentales” do site oficial da OMS, uma notícia a respeito do Relatório Mundial de Saúde Mental de 2010. Disponível em: <<https://apps.who.int/mediacentre/news/releases/previous/es/index6.html>>. Acesso em: 04 dez. 2022.

[...] a demanda nossa hoje é muito grande e a gente não tem RH (recursos humanos) o suficiente na RAPS para abarcar, porque se eu tivesse condições de mandar esse público que é de UBS para a UBS e ficar só realmente com que é CAPS aqui comigo, aí mudaria minha realidade.

Por sua vez, os CAPS são considerados pontos estratégicos de atenção psicossocial⁴ especializada e hoje há mais de dois mil e oitocentos⁵ deles distribuídos em mil novecentos e dez municípios brasileiros, organizados em diferentes modalidades e constituídos por distintas equipes multiprofissionais.

Eles devem prestar atendimento a crianças e adolescentes (CAPS IJ) e a pessoas com transtornos mentais graves e persistentes⁶ (CAPS), bem como, àquelas que apresentem necessidades decorrentes da dependência ou do uso abusivo de álcool e outras drogas (CAPS AD), tanto em situações de crise, quanto em seu processo de reabilitação psicossocial.

Neles, o trabalho e a geração de renda devem ser vinculados a esse processo, cujo conceito, de acordo com Bessa Jorge (2006, p.735), fora “forjado no interior do movimento brasileiro de reforma psiquiátrica” e “precisa contemplar três vértices da vida de qualquer cidadão: casa, trabalho e lazer” e, para isso, de acordo com o Ministério da Saúde (2015, p.12), os CAPS devem desenvolver:

[...] iniciativas articuladas com os recursos do território nos campos do trabalho/economia solidária, habitação, educação, cultura, direitos humanos, que garantam o exercício de direitos de cidadania, visando à produção de novas possibilidades para projetos de vida.

⁴ Os CAPS farão o direcionamento local das políticas e programas de Saúde Mental: desenvolvendo projetos terapêuticos e comunitários, dispensando medicamentos, encaminhando e acompanhando usuários que moram em residências terapêuticas, assessorando e sendo retaguarda para o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e Equipes de Saúde da Família no cuidado domiciliar. Brasil. Ministério da Saúde. Brasília: 2004. p. 12.

⁵ “Atualmente, o Brasil conta com 2.836 CAPS habilitados, distribuídos entre 1.910 municípios de todos os estados e no Distrito Federal, totalizando um investimento de incentivo de custeio anual superior a R\$ 1,27 milhão para essa modalidade de serviço”, diz o próprio Ministério da Saúde. Disponível em <<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/caps/raps#:~:text=Atualmente%2C%20o%20Brasil%20conta%20com,para%20essa%20modalidade%20de%20servi%C3%A7o>> Acesso em: 04 dez. 2022

⁶ “Grande parte deste grupo é composto pelos transtornos psicóticos, que em geral acarreta consequências de longo alcance em vários âmbitos de suas vidas”, bem como, é uma definição que “associa a duração dos problemas, o grau de sofrimento emocional, o nível de incapacidade que interfere nas relações interpessoais e nas competências sociais e o diagnóstico psiquiátrico”. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Diretrizes Assistenciais para a Saúde Mental na Saúde Suplementar*. Rio de Janeiro: 2008. p.7

Ligados à RAPS e inseridos no território das cidades, eles têm como missão oferecer atenção e cuidados em um ambiente terapêutico, evitar as internações, envolver toda a comunidade e favorecer a reinserção social de seus usuários e familiares, garantindo-lhes o direito à cidadania e, ao contrário dos temidos hospitais psiquiátricos, suas portas e janelas devem estar sempre abertas.

Tais cuidados são orientados por meio da construção de um Projeto Terapêutico Singular - PTS, instrumento que envolve a equipe, o usuário e sua família e que deve acompanhá-lo em “sua história, cultura, projetos e vida cotidiana” (BRASIL, 2015, p.10).

Em sua composição deve haver diferentes atividades terapêuticas dentro e fora dos CAPS, contando com outros setores do governo e com os saberes e recursos do território em que se encontram, ultrapassando os portões do serviço.

Essas atividades podem ser expressivas, voltadas à alfabetização e as chamadas oficinas geradoras de renda que devem ser disparadoras também dos processos de reinserção social por meio do aprendizado de uma atividade específica que vai do artesanato à culinária.

No entanto conforme julga o CREMESP (2010, p.4), “trata-se de um modelo inacabado, que tem falhas estruturais, capacidade técnica limitada, vive impasses de gestão e tem dificuldades de articulação com toda a rede de serviços de saúde mental”.

Além disso, faltam investimentos, monitoramento e avaliação dos serviços, transparência e incentivo à pesquisa para que a Política Nacional de Saúde Mental e os CAPS se desenvolvam plenamente em sua complexidade e possam oferecer alternativas de reinserção no mundo do trabalho e atividades geradoras de renda, dentro e fora deles, para seus milhares de usuários e usuárias, visando sua reabilitação psicossocial, como determina a legislação.

Ao passo que, mesmo desatualizado o último censo oficial publicado em 2015 notificaria a existência de pelo menos cento e sessenta e sete hospitais psiquiátricos distribuídos em todo território nacional, totalizando quase vinte e seis mil leitos para longas internações, em condição de moradia⁷.

⁷ Moradia é termo que os caracteriza como “um grupo de pessoas que — por sua história, por sua condição de saúde em certo momento da vida, pelo abandono, pela singularidade da própria situação, pela dificuldade encontrada em organizar-se socialmente — encontra-se hoje na condição de moradores de hospitais psiquiátricos”. CAYRES, Alina Zoqui de Freitas ... (et al.) *Caminhos para a desinstitucionalização no Estado de São Paulo: censo psicossocial 2014* / organizadoras Alina Zoqui de Freitas Cayres ... [et al.] São Paulo: FUNDAP: Secretaria da Saúde, 2015. p. 9

Somente o estado de São Paulo possuiria mais de cinquenta dessas instituições, cujos moldes teimam agora em ressurgir sob a forma de “Comunidades Terapêuticas” que, administradas por entidades religiosas, operam sob uma lógica manicomial e têm gerado inúmeras denúncias de violação de direitos, calorosos debates públicos e disputas políticas, desvelando os movimentos de contrarreforma no país que se intensificaram no governo Bolsonaro.

Estudiosos como Nunes et. al (2019, p. 4491) indicam que desde o início a Reforma Psiquiátrica brasileira contrariou interesses de grupos e agentes que atuavam a favor de um “campo de forças historicamente engendrado” e que no momento em que vivemos:

A crise social, política e econômica dos últimos anos acompanha a onda das políticas de austeridade e de Estado mínimo de um capitalismo neoliberal, rentista e globalizado e passa a ser gerida, nacionalmente, por grupos políticos afeitos a essa ideologia. No campo da saúde mental, a resposta à crise atual manifesta-se por mudanças no plano político-jurídico com repercussões na forma de desmonte da rede de atenção psicossocial.

Não obstante o Governo alega que houve um redirecionamento de seus investimentos buscando “superar o modelo de saúde centrado nos hospitais”, que hoje receberiam pouco mais de 20% desses recursos, enquanto serviços abertos como os CAPS, os outros 80%.

Isso demonstraria, segundo o próprio Ministério da Saúde (2015, p.18), “o compromisso da gestão federal com a oferta de cuidado diversificada e qualificada, que proporcione o fortalecimento dos laços familiares e comunitários”.

Afirmações que a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo refutaria ao defender que “nos últimos anos houve pouco avanço nessa questão” (CAYRES, 2015, p.9), pois, mesmo após a Lei 10.216 de 2001, que proíbe a internação em instituições asilares, os investimentos em serviços como os CAPS tiveram pouca adesão, visto que, grande parte das verbas foi, durante muito tempo, destinada aos hospitais.

Uma vez que a assistência pública em saúde mental, eventual ou contínua, tornou-se uma necessidade de “milhares de cidadãos” que vivem em sofrimento psíquico, pesa sobre os CAPS uma densa nuvem quando há distintos discursos oficiais e se atravessa um momento político de disputas e retrocessos em que se questiona sua atuação, aponta-se para a falta de dados sobre seus resultados e para o seu funcionamento precário.

Ao avaliar os CAPS paulistas, mesmo instituições tradicionais ligadas à agendas conservadoras como o CREMESP⁸ (2010, p. 4) observam que há “lacunas e distorções que merecem a atenção de todos os interessados em ver avançar a Reforma Psiquiátrica no Brasil”.

À época dessa avaliação o Conselho visitou 40% deles e constatou, entre outras deficiências, a insuficiência de pessoal, a ausência de atendimento médico clínico, a falta de médicos psiquiatras e de retaguarda para emergências e para leitos psiquiátricos, a inexistência de supervisão e capacitação das equipes, as limitações de acolhimento em período noturno, além da não realização de atividades comunitárias, geradoras de renda ou de inserção no trabalho.

O roteiro dessa visita “teve como referência o cumprimento da Portaria do Ministério da Saúde nº 336/2002, que define as regras para o funcionamento dos CAPS”. Nos prontuários ajuizados registrou-se até mesmo a “falta de plano terapêutico individualizado e a ausência de registro do direito básico do paciente de concordar explicitamente com o tratamento a ser instituído”, evidencia o Conselho (2010, p.4).

Isso reforça as impressões da sorocabana Sueli, 52 anos, mãe de Ronaldo, que em 2017 também critica: “o CAPS ainda não está preparado, não tem uma estrutura boa” (OLIVEIRA, 2017, p. 202).

Essas “constatações” não retiram o papel fundamental dos CAPS na mudança de um modelo hospitalocêntrico para um modelo aberto, livre, digno e comunitário, embora seja necessário reavaliar suas funções e funcionamento, o que não significa “uma negação de sua importância” reforça o Conselho (2010, p 27).

Mesmo frente à uma legislação elogiada internacionalmente, esse grupo de pessoas padece pela negligência da municipalidade e pelo preconceito enraizado em nossa sociedade, visto que, “a exclusão social e a ausência de cuidados atingem, de forma histórica e contínua, aqueles que sofrem de transtornos mentais”, reconhece o próprio Ministério da Saúde (BRASIL, 2003, p.12).

Conflitos que expressariam claramente, nas palavras de Delgado (2011, p. 119) que “o embate ideológico e de modelos de atenção persiste e a agenda política de defesa dos princípios da lei permanece atual”, referindo-se à Lei 10.216. Como bem sabe e

⁸ Refiro-me aqui à publicação do CREMESP. *Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Estado de São Paulo*. Coordenação Institucional de Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2010. p.17

reivindica o jovem Ronaldo que traduz para a vida real o que dizem os papéis (OLIVEIRA, 2017, p. 198):

[...] tenho consciência de que tenho meus direitos como cidadão, as pessoas do CAPS têm o direito de ter uma vida digna, de ter boa alimentação, eles têm direito ao ônibus, direito ao acesso, tem direito ao trabalho, aos estudos, às oportunidades de emprego.

Embora trabalho e renda compreendam um importante eixo para a reabilitação psicossocial dessas pessoas, como determina a lei, assinala a teoria ou requerem os usuários, o CREMESP (2010, p. 24) concluiu que 27,4% dos CAPS não mantinham articulação com recursos comunitários para a reintegração profissional.

Todavia compreende-se que os outros 72,6% mantenham essa articulação e é diante da falta de ações afirmativas por parte do poder público sorocabano que se instaura uma das muitas contradições entre os documentos oficiais e o que é praticado na cidade, como questiona Dona Sueli (OLIVEIRA, 2017, p. 289):

A Prefeitura não faz um projeto que coloca um paciente do CAPS para trabalhar, sendo que o Ronaldo tem capacidade disso. Se ele lava, ele cozinha, ele pinta, ele toca violão, ele faz aula de canto, ele entrou numa faculdade. Ele não pode trabalhar se ele entrou na faculdade?

Não obstante a mulher relaciona o desemprego de Ronaldo ao preconceito contra quem precisa trabalhar e necessita de tratamento medicamentoso (OLIVEIRA, 2017, p. 289): *“Ele fala: mãe eu quero trabalhar. Porque eles falam: ai, ele toma remédio”*.

Nessa esteira, a doutora Nise da Silveira condenaria veementemente a onda obscurantista de uma psiquiatria afogada nos “neurolépticos fabricados pelos laboratórios multinacionais e ministrados em doses crescentes” (1992, p.19) que varriam os hospitais de sua época e recebiam um altíssimo investimento dos governos para um tratamento de reclusão altamente químico.

O que parece mudar lentamente, pois, Sueli que acompanha seu filho nas consultas médicas protesta (OLIVEIRA, 2017, p. 296): *“deveria ter uma mudança aí, os psiquiatras deveriam rever isso, é muito remédio!”*, escancarando outra dessas contrariedades com a lei.

Afinal, os CAPS devem enfatizar “o uso racional do medicamento em associação a outras abordagens como consultas, oficinas terapêuticas, atividades socioterápicas,

grupos operativos, psicoterapia e atividades comunitárias”, demarca Guimarães (2013, p.363).

Contraditoriamente o excesso de medicação prevalece, impedindo essas pessoas de desenvolverem tarefas simples ou mesmo trabalhar, como observa Sueli (OLIVEIRA, 2017, p. 290): “*Vão medicando, medicando, daqui a pouco você chega lá e estão todos dormindo, babando. Isso é errado!*”.

É impreterível notabilizar que, por se tratar de uma das atividades fundamentais à condição humana, fronteira onde “habitaria cada vida individual”, como ensina Hannah Arendt (2001, p. 20 - 98), respeitadas teoristas como Karl Marx acabaram por glorificar o trabalho como fonte de todos os valores, capaz de distinguir os homens dos outros animais, valorizando seu aspecto produtivo, caro ao sistema capitalista que exclui sumariamente aqueles que, voluntária ou involuntariamente, não possam “produzir”, critica a autora.

Com efeito, o trabalho não é apenas questão de produção de riquezas e valores e, ao menos desde Hegel, tem sido “compreendido como uma estrutura fundamental de reconhecimento social”, pontua Safatle (2015, p.160 - 165), da qual são excluídos todos os estigmatizados. Conforme lastima Laura (OLIVEIRA, 2017, p. 301): “[...] *nunca tive a oportunidade de trabalhar registrado*”.

Adiciona-se a isso as impopulares contrarreformas nas regras trabalhistas, como a lei 13.467 de 2017 que alterou mais de duzentos pontos da CLT diminuindo os direitos dos trabalhadores, precarizando as condições de trabalho e dificultando o acesso à proteção social. Sem contar as grandes transformações tecnológicas impostas por uma economia capitalista de mercado a causar tanto um desemprego conjuntural, quanto estrutural, deixando de lado aqueles que não se encaixam nessa ordem.

Para enfrentar esse alijamento social e econômico surgem no país incipientes ações que aspiram novas formas de cuidar em liberdade, de trabalhar e de gerar renda, traçando vias alternativas à relação entre capital e trabalho, representada pelo emprego formal, como a promoção de encontros entre as economias criativa e solidária e a saúde mental, em experiências que ocorrem tanto dentro quanto fora dos CAPS.

Há também a criação de associações, centros de convivência e cooperativas e a formulação de uma legislação para elas, o lançamento de editais para projetos de fomento ao trabalho e à geração de renda, entre outras, consideradas ainda excepcionais.

Entretanto pesquisadores do campo da psicologia como Marcelo Ribeiro (2009, p.103), atentam que apesar da importância do trabalho na reabilitação psicossocial, muitas

questões ainda persistiriam, posto que, antagônico, ele traria tanto um significado positivo, quanto seria gerador de angústia e sofrimento.

Paralelamente a isso, das dez principais causas de afastamento do trabalho, “cinco delas são transtornos psiquiátricos” (CREMESP, 2009, p. 9) como a depressão, o alcoolismo, a esquizofrenia, o transtorno bipolar e o transtorno obsessivo-compulsivo. Soma que cresce vertiginosamente em contraste com o lento desenvolvimento da assistência pública à saúde mental no país, déficit regular no decurso dessa história.

Eles veem “sendo a principal causa de incapacitação, morbidade e morte prematura, indistintamente, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento”, sobrecarregando os sistemas de saúde que raramente contam “com equipamentos adequados” para prestar os cuidados necessários, atesta o CREMESP (2010, p. 9 – 10).

Ademais, tanto o desemprego quanto a opção por não trabalhar, podem aduzir “para a cronicidade de uma situação de vulnerabilidade psicossocial” complementa Ribeiro (2009, p. 103), que registra as vozes de usuários desse sistema há mais de vinte anos, recolhendo falas como as de Valdir, que desabafa: “*Trabalhei muito na vida e agora faz muito tempo que estou parado, não consigo arrumar um emprego por causa da doença*” (RIBEIRO, 2004, p. 201).

Treze anos mais tarde, essa regularidade permanece rija, como relataria Laura em 2017 ao firmar que, assim como Valdir, deseja trabalhar, mas não alcança sucesso em sua busca, seja pela falta de experiências anteriores ou de qualificação para o trabalho, como ela mesma reclama (OLIVEIRA, 2017, p. 301): “*Comecei em março a distribuir currículo, mas, ninguém chamou. Fiz uma entrevista, mas, depois não me chamou, acho que encontraram alguém melhor*”.

Por outro lado, nessa investigação topamos apenas com parques e pulverizados levantamentos epidemiológicos que apresentam dados socioeconômicos sobre essa população, como reconhece Darcy ao responder sobre o assunto: “*um estudo assim para te dizer números exatos eu não tenho*”.

Em todo o Brasil há uma insuficiência de dados sobre os CAPS, sua atuação e seus resultados, o que não contribui para a formulação de indicadores de desempenho, de instrumentos de controle e avaliação dos serviços prestados, tampouco conhecemos o grau de satisfação dos usuários. Dados que podem contribuir para a elaboração de ações afirmativas que cumpram as leis e que atendam as necessidades reais dessas pessoas de quem pouco se sabe, como aclara Maria Odete Pereira (2012, p. 49):

Na Biblioteca Virtual de Saúde – BVS, foram identificados apenas sete estudos desenvolvidos nos últimos seis anos, voltados à caracterização de usuários de CAPS, e quatro deles foram desenvolvidos no CAPS AD, tendo um trabalhado com população idosa. O quarto estudo foi realizado no CAPS Infanto-Juvenil e apenas um se deu em um CAPS adulto.

A própria ONU (2020, p.16) reclama da escassez de informações e indica que ainda é um desafio obter “dados específicos de saúde mental” e apenas 13% dos países respondentes compila esses dados, além disso, apenas 5% das investigações científicas na área da saúde dedicam-se a esse campo de estudos.

Com as mesmas dificuldades não temos no país essa compilação e faltam informações básicas sobre essa população, tais como: idade, sexo, ocupação, tipo de moradia, renda per capita, escolaridade, cor, gênero, número de filhos e doenças prevalentes, por exemplo, além de instâncias como acesso ao saneamento básico, à energia elétrica ou à casa própria, entre outras.

Assim, o testemunho de Laura, voz de quem vive essa realidade e a experiência da mudança, ficou de fora dos números oficiais, tornando-se uma importante referência que me motiva e reafirma a necessidade de um estudo como esse: “*eu não tenho fonte de renda e eu tenho que me virar...*” (OLIVEIRA, 2017, p. 207).

Todavia uma forma de lhes assegurar uma receita mensal, as necessidades básicas e amortecer os impactos do desemprego entre essas pessoas seria o recebimento do Benefício da Prestação Continuada (BPC) instituído pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS)⁹.

Ele garantiria um salário mínimo à quem possua impedimentos “de natureza física, mental, intelectual ou sensorial de longo prazo” que impossibilite sua plena e efetiva participação social, informa a Previdência¹⁰, além de outros programas como o “De Volta para Casa”.

Contudo nem todos os que necessitam desses auxílios têm acesso a eles, mesmo tendo direito ao BPC e sobrevivendo com grandes dificuldades, como requer Ronaldo: “*eu estou precisando dos benefícios, o direito de receber a aposentadoria*” (OLIVEIRA, 2017, p. 282).

⁹ Lei Orgânica da Assistência Social, lei nº 8742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8742compilado.htm>. Acesso em: 03 Jul. 2017.

¹⁰ Informação extraída do site da Previdência Social. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/servicos-ao-cidadao/todos-os-servicos/beneficio-assistencial-bpc-loas/>>. Acesso em: 03 Jul. 2017.

Em algumas situações são sentenciados a ocuparem o lugar de “dependentes de programas de transferência de renda”, detentores de uma “identidade deteriorada”, como define Goffman (2008), sendo empurrados para fora dos espaços sociais e da cidade, tonando-se apenas frequentadores dos serviços de saúde, como conta um usuário: “*minha vida era do C.S pra casa e de casa pro C.S, não tinha vontade de sair, me fechava dentro de casa, não sabia que tinha e-mail, nada* (FERIGATO, 2016, p. 96).

Frente a esses fatos a hipótese é que há maciços muros invisíveis e uma resistente camisa-de-força química que insistem em segregá-los do mundo do trabalho, da geração de renda, das redes de sociabilidade e dos sistemas de proteção, quando é possível detectar que as atividades voltadas ao trabalho e renda não acontecem nos CAPS de Sorocaba e tão pouco fora deles, contrariando os documentos oficiais.

Desse modo, realizar uma pesquisa como essa, numa cidade que possui uma antiga relação com a loucura e ainda enfrenta inúmeras controvérsias, pode se conectar com o restante dessa história no estado e no país, refletindo a rigidez das estruturas – políticas, econômicas e sociais - ligadas à experiência da loucura.

Constituída por um breve recorte espaço-temporal, ela é capaz de apontar as contradições entre as leis e as práticas sociais, bem como, as regularidades no decurso da história, conferindo importância a ela, retirando-a da marginalidade, como reconhecem autores como Campos e Furtado (2006, p. 1054) que julgam:

[...] investigações especificamente dirigidas aos CAPS como potencialmente geradoras de subsídios para a reforma psiquiátrica brasileira e, ao mesmo tempo, propulsora de um novo território de pesquisa no âmbito das políticas públicas e da avaliação de serviços de saúde.

Mesmo sem forças para o conhecimento da totalidade ou da realidade local, essa história, oral, vista de baixo, viva, imediata, do tempo presente e regional pode se conectar à outras realidades Brasil afora na composição de uma trama sobre a saúde mental no país sob a perspectiva de quem vive essa realidade cotidianamente e narra suas memórias.

O estudo dessa memória social pode cooperar para um adiantamento na área, à medida que expõe a lentidão das mudanças no campo, constantemente negligenciado quando se trata de saúde pública, meio a um processo de consolidação de uma extensiva reforma nesse sistema.

Com grandes mudanças em curso há mais de três décadas, essa sondagem se apresenta em um momento de transição, de disputas políticas, de conflitos e de

retrocessos, como a retomada oficial de uma lógica asilar, conforme ressalva Darcy: *“Sorocaba agora vai ter comunidades terapêuticas, foi assinado segunda-feira agora isso aí. Essa verba está vindo”*.

Movimentos que ganharam força a partir da publicação da Portaria 3.588 de 2017, durante o governo Michel Temer (MDB), que dentre outras medidas reintroduz “o hospital psiquiátrico” como parte da RAPS, além de propor uma “articulação interministerial para criar “linhas de financiamento para custear serviços privados, como as chamadas comunidades terapêuticas”, contrariando a própria legislação e “apostando no modelo manicomial”, reforça Nunes et. al (2019, p. 4494).

Tão assombroso é o panorama que tenho como objetivo principal ouvir, por meio de entrevistas temáticas, as vozes dos silenciados dessa história, cujos testemunhos devem destapar diferentes experiências sobre a temática “trabalho e renda” no âmbito dos Centros de Atenção Psicossocial, estimulando uma reflexão importante sobre os avanços dessa política pública.

Nessa análise considero os mais de vinte anos da Lei 10.216 de 2001, que proíbe a internação dessas pessoas em instituições com características asilares, e da Portaria 336 de 19 de fevereiro de 2002, que reconhece e regulamenta os CAPS, além dos mais de dez anos da criação da RAPS, por meio da lei 3.088, de 23 de dezembro de 2011, com a finalidade de ampliar e articular uma malha de pontos de atenção à saúde mental, denunciando a problemática, levantando a discussão e, quiçá, inspirando melhorias no serviço em Sorocaba.

Defronte aos testemunhos que ouvi em 2017; aos contraditos entre as leis e as práticas sociais; à consolidação de grandes mudanças ainda em curso; a números alarmantes de pessoas em sofrimento; a distintos argumentos científicos; a um cenário de crise econômica, desemprego e pobreza; a contrarreformas no campo dos direitos do trabalhador e na saúde mental; à desatualização dos números; aos conflitantes discursos oficiais e à falta de dados atualizados é que pergunto: quais são as histórias de trabalho e renda nos Centros de Atenção Psicossocial?

E como a História é uma ciência que nos permite atingir o passado através do presente e almejar horizontes de futuro, estructurei esse trabalho em três diferentes partes em busca de respostas para essa indagação: uma teórica, outra empírica e, por fim, uma reflexiva.

Na primeira parte, de natureza teórica, volto ao passado para apanhar fatos, fotografias, narrativas, dados diversos e a legislação referente aos CAPS no Brasil. Essa

coleta foi feita em distintas fontes como autores das Humanidades, pesquisas científicas, consultas à documentos de órgãos oficiais e também de organizações não governamentais, tecendo um panorama sobre o tema a fim de contextualizar a problemática ao leitor.

Para mergulharmos nessa história redigi dois capítulos que devem nos ajudar a captar os detalhes sensíveis a ela, nos orientando em campo e na textualização das considerações finais, a fim de compreender se as atividades desenvolvidas pelos CAPS de Sorocaba possibilitam ou não a seus usuários o acesso ao mundo do trabalho e à geração de renda, como prevê a legislação.

Ressalvo que nessa pesquisa busco contribuir com a promoção da saúde mental e nela não atravesso as linhas de fronteira entre a ciência histórica e a psiquiatria ou a psicologia, visando oferecer apenas reflexões que sugerem a valorização desse serviço público.

Tão pouco opino sobre qualquer forma de terapêutica ou sobre qualquer tipo de patologia, o que seria uma impropriedade e, até mesmo, uma irresponsabilidade. Muito menos estou dizendo que o trabalho deve ser obrigatório, mas que as atividades geradoras de renda devem ser ofertadas a quem delas necessite e fizer gosto, como manda a lei.

Sabendo disso, o primeiro capítulo chamo de “... por um caminho tortuoso, a passos lentos, entre luzes e sombras, trabalhar para viver ...” em que abordo a origem e a permanência de uma forte espiral entre loucura e pobreza, ao mesmo tempo em trato do trabalho como forma histórica de se lidar com o “louco”, até chegarmos à construção de uma contemporânea Política Nacional de Saúde Mental.

Afinal, desde a grande internação nos hospitais gerais da Europa do século XVI até pelo menos a primeira metade do século XX, aqueles que passaram pela experiência de um intenso sofrimento psíquico acabaram excluídos de suas famílias e comunidades e foram marcados pelos estigmas da periculosidade, da irracionalidade e da incapacidade de gerir suas próprias vidas e de trabalhar.

Muitos deles acabaram trancafiados em instituições totais¹¹ e o trabalho ali dentro ganharia múltiplos significados sob uma indissolúvel face moral e econômica, lugares

¹¹ Segundo o Conselho Federal de Psicologia (2022, p. 32) ao “longo da década de 1960, Erving Goffman publica *Manicômios, Prisões e Conventos e Estigma: Notas Sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada*, que trazem elementos para questionar a estrutura do Hospital Psiquiátrico como espaço de violência institucional. A instituição total de Erving Goffman assinala as semelhanças entre hospitais psiquiátricos e prisões, pois os entende como categorias de um conceito único, caracterizadas pelo seu “fechamento” mediante barreiras que impedem o contato social com o mundo exterior”.

onde religiosos, governantes e, mais tarde, cientistas o impunham a todos os internos, seja ele salvação, castigo moral ou mecanismo de controle e vigilância.

Nesses lugares ele representaria também um meio de repressão às revoltas e agitações, modo de exploração de mão-de-obra gratuita ou receita para uma economia hospitalar de sucesso, fórmula de engajamento num sistema de responsabilidades, forma de manutenção da ordem e das instalações ou instrumento poderoso de coação e punição para os espíritos mais rebeldes.

Sob os moldes europeus o tratamento psiquiátrico chegaria ao Brasil e, ao lado de todos os pobres e de outras difusas silhuetas, esses sujeitos foram condenados ao degredo e passaram das obscuras cadeias públicas para os asilos e mais tarde para os hospícios gradeados que, com tratamentos cruéis, operariam como prisões sub-humanas séculos XX e XXI adentro.

Contudo houve singulares exceções como as encampadas por Nise da Silveira que desde os anos 1940, em seu reconhecido setor de laborterapia, frisava o caráter humanizador do trabalho, comprovando que ele seria capaz de lançar pontes ao mundo social e promover a autocura do sujeito.

Mas é apenas a partir dos anos 1980, na reforma psiquiátrica brasileira, que “trabalho e renda” passariam a ser compreendidos como eixos fundamentais para a reabilitação psicossocial e meio de reinserção social, cujo enlace clínico, político, social e econômico pode construir diferentes significados para o mundo e novos “projetos de vida” (BRASIL, 2015, p. 12) como prevê a legislação e desejam usuários como Laura e Ronaldo.

Aliás, caro à dimensão humana da ação, o trabalho se torna um dos temas cardeais para a história e para as humanidades e, por isso, um segundo capítulo nomeiei de “O Pão de Cada Dia”, momento em que ele é tratado como aspecto básico das condições materiais de vida em qualquer sociedade ocidental, moderna e capitalista, tomado pela saúde mental por seu potencial humanizador, terapêutico e de reconhecimento social.

Com respeito às singularidades, interesses e habilidades de cada um, ele é visto aqui como meio de subsistência e de promoção da saúde, da emancipação, da autonomia, da liberdade, da reabilitação psicossocial e da reinserção dessas pessoas em suas famílias e comunidades, ponte para a participação no mundo das trocas sociais e nas redes de sociabilidade e dos sistemas de proteção.

Para nos aprofundarmos na questão apresento um diálogo entre estudiosos que conceituam pobreza e zonas de vulnerabilidade, bem como, abordo o sentido do trabalho

e o significado de trabalhar em uma sociedade capitalista, tecnológica, salarial e de consumo, em que muitos serão marcados “pelo selo do aletório”, como pondera Castel (1998, p. 21).

Já, na segunda parte desse trabalho, agora empírica, volto à campo na cidade de Sorocaba, para contatar colaboradores dispostos a prestar entrevistas temáticas que possam esclarecer se a atuação dos CAPS garante ou não a seus usuários e familiares o acesso ao trabalho e à geração de renda.

Nesses moldes, essa investigação pode reconhecer certas “realidades históricas negligenciadas” que devem vir à luz e conferir escuta às vozes dos esquecidos e silenciados pela história, com pleno intuito de transformação do mundo, expondo uma experiência sobre a problemática nos CAPS sorocabanos.

Ouvindo com atenção as narrativas das testemunhas vivas dessa história se desvela a noção de “tempo vivido, de tempos múltiplos e relativos, subjetivos e simbólicos, quando o tempo histórico se encontra sofisticadamente com a memória, que atravessa a história e a alimenta” (LE GOFF, 2003, p.13).

O conjunto dessas narrativas compõe uma memória social, como fica claro nas falas de Jussara, 55 anos, trabalhadora da saúde mental há mais de três décadas, que narra:

[...] tudo começou há trinta e um (31) anos e meio. Eu comecei a trabalhar em Hospital Psiquiátrico na parte da higiene. Depois eu fui trabalhar na lavanderia e rouparia onde processava as roupas deles, entregava as roupas, cuidava das roupas deles. Depois com o passar do tempo eu fui encarregada dos setores da higiene, da lavanderia, costura, rouparia. E depois com o tempo eu fui ser encarregada geral de todo o Hospital, da parte da limpeza geral, da higiene do hospital, dos CAPS, da rouparia, lavanderia, costura, era tudo por minha conta, eu era encarregada geral. E foi assim.

Desse modo, foram realizadas entrevistas temáticas com Darcy, Silvana, Jussara, Airton e Mário, todos eles colaboradores ligados ao serviço, especialmente coletadas para essa averiguação entre os meses de junho de 2021 e julho de 2022 em um certo CAPS III de Sorocaba – SP.

Essas entrevistas foram entremeadas à dados, fatos, autores, imagens e números ao longo do texto e estão disponíveis na íntegra no terceiro capítulo dessa tese a que chamo de “O Trabalho na Paisagem”.

Procurando saber melhor sobre as atividades desenvolvidas pelos CAPS elaborei um roteiro de questões, que é uma exigência metodológica da História Oral. Porém, ele fora baseado nos documentos oficiais e não era coerente com a realidade que encontrei

em campo, o que me fez deixá-lo de lado e conduzir as entrevistas improvisadamente, como me avisou Darcy:

Mediante o que você me apresentou eu até conversei com as minhas T.Os (terapeutas ocupacionais) que são aquelas que realmente trabalham com essa proposta de geração de emprego e renda e li com cuidado todas as perguntas, grifei algumas, pontuei algumas aqui e com o atual público que eu tenho hoje, eu gostaria muito de ter essa proposta que você colocou aqui no papel, mas infelizmente eu não tenho.

Como procedimento houve a transcrição do material em áudio, que consiste na “mudança do estágio da gravação oral para o código escrito” e que preza pelo “compromisso com o público” (MEIHY, 2002, p.170), invocando pressupostos da tradução e da “transcrição” dessas entrevistas, entregues aos colaboradores que procederam à conferência e à autorização de seu uso.

De posse de todo esse material, numa terceira e última parte, dessa vez reflexiva, traço minhas considerações finais, a que chamo “Horizontes de Futuro”, ajuizando os variados documentos selecionados com o intuito de identificar certas regularidades e expor suas contradições, promovendo a discussão do tema entre os interessados, gerando dados que podem se relacionar à outras realidades brasileiras e apresentando vias alternativas como contribuição à área.

Afinal, é diante do assustador crescimento do desemprego, da pobreza e do adoecimento no Brasil é que, dentre muitas outras, destaquei persistentes regularidades no decurso dessa história como a 1. carência de serviços públicos de qualidade e de assistência social, 2. as difíceis relações familiares, 3. a falta de acesso aos serviços de saúde mental especializados, 4. o número crescente de novos usuários, 5. a exclusão dos sistemas de proteção e das redes de sociabilidade, bem como, 6. a exposição ao desemprego, à ausência de renda, à violência e à pobreza.

É regular ainda a questão do 7. trabalho formal como fonte de dor e sofrimento, 8. as poucas oportunidades educacionais e profissionais, 9. a permanência em zonas de vulnerabilidade e desfiliação, 10. o isolamento em bairros periféricos, 11. o peso dos estigmas e dos preconceitos, 12. o trabalho como projeto de vida e de futuro, 13. as importantes mudanças e avanços no sistema, 14. o rompimento de vínculos afetivos e 15. o tema das drogas, tornaram-se bastante evidentes nas entrevistas que colhi e também estão presentes nas narrativas coletadas por outros pesquisadores.

Ao passo que, somadas à violação dos direitos humanos e constitucionais, das normas previstas pelo SUS e pela própria legislação da área, excludentes contradições entre os documentos oficiais e a práxis social são aqui escancaradas, tais como a) os cruéis atos normativos e retrocessos que contrariam essas mesmas leis, b) a urgência de investimentos e de recursos humanos, c) a deficiência dos serviços que compõem a frágil RAPS, d) a superlotação dos Centros, e) a falta de parcerias com os recursos da comunidade, f) a escassez de ações intersetoriais e a g) inexistência de atividades voltadas ao trabalho e à geração de renda nos CAPS.

Acrescenta-se a elas h) o descompromisso do poder público em promover e apoiar novas alternativas ao emprego formal, i) a ausência de ações afirmativas nesse campo, j) a carência de Centros de Convivência e Cooperativa – CECCOs, k) a impossibilidade de obtenção de benefícios sociais, l) a insuficiência de dados e estudos sobre os resultados alcançados até agora, m) o tratamento baseado em altas doses de medicamentos, n) a falta de medicação e o) o desmonte de editais e projetos voltados ao trabalho e à geração de renda.

Alinhando-me às prerrogativas de uma Nova História sobrepus às entrevistas temáticas de Darcy, Silvana, Jussara, Airton e Mario feitas em 2021 e 2022, recortes dos testemunhos de Ronaldo, Marisa, Cláudia, Sueli e Laura que colhi no ano de 2017 no município e fiz o mesmo com narrativas recolhidas nas últimas décadas por outros pesquisadores da minha região como Ribeiro e Ferigatto.

Vale enfatizar que essa escrita é impregnada pelo caráter político, que não posso esquecer ou meramente rejeitar, visto que a guarda, o tratamento, os cuidados e a atenção às pessoas que enfrentam a experiência da loucura sempre foram, de alguma maneira, preocupação de sociedades, governantes e Estados, que tem hoje a obrigatoriedade em prestar um atendimento humanizado aos seus cidadãos, segundo premissas instauradas internacionalmente e por uma legislação que foi e continua sendo aprimorada no país.

Sempre com um olhar que os indaga frente à realidade, utilizo documentos e números oficiais sobre os CAPS, essenciais para explicar como eles são constituídos, qual sua missão, atribuições e objetivos, para clarificar a quem eles se destinam e para apontar as contradições entre a legislação e a práxis social.

Ademais, para recontar com riqueza de detalhes essa história-tese coletei dados em distintas fontes, inclusive em autores como Fraletti e instituições como o “CREMESP” ou a “ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria”, reconhecidos pela postura conservadora ou reacionária, estão aqui presentes num gesto de “heteroglossia”,

abrindo espaço para variadas vozes, até mesmo opostas, desvelando “pontos de vista múltiplos” (BURKE, 1992, p.15), que combinados podem aferir o verdadeiro ritmo das mudanças.

Por fim, visto que legislação e vida real estão em oposição, especialmente no caso de Sorocaba, indagar e refletir sobre a realidade das pessoas em sofrimento psíquico, suas experiências no mundo do trabalho e as brechas que encontram para obter renda e sobreviver são formas de perceber os elementos sensíveis à uma história atual em torno dos resultados dessa política pública que se constrói na cidade e no país.

Essas testemunhas oculares são primordiais para a apreensão e documentação da memória daqueles que sentem o peso dos estigmas e dos preconceitos, vivem às margens da pobreza e são vitimados por duros processos sociais, políticos e econômicos excludentes.

De posse dessa memória elas podem vislumbrar um futuro libertador para uma história que se repete e se desenrola agora mesmo diante de nossos olhos e que precisa ser recontada e será escrita e assinada por quem de fato vive essa realidade e a experiência das mudanças ocasionadas pela reforma do sistema psiquiátrico do país.

Sistema que atravessa um caminho tortuoso, à passos lentos, entre luzes e sombras, como descortinou Airton, 82 anos, quando lhe perguntei se, ao longo das últimas cinco décadas de sua internação em Hospitais e Residências Terapêuticas na cidade de Sorocaba, ele teve alguma oportunidade de trabalhar fora das instituições de saúde mental, o que ele respondeu secamente: “*Nunca tive*”.

Para transformar significativamente essa realidade, reduzir o sofrimento e preservar a dignidade dessas pessoas e comunidades é preciso investir em ações afirmativas que protejam, previnam e valorizem a saúde mental, por meio de serviços acessíveis e de qualidade que promovam a circulação em outros espaços urbanos e produzam encontros entre diferentes grupos sociais, num enlace clínico, político e social que garanta a todos o pleno exercício de seu direito ao trabalho e à renda, livres do estigma e da discriminação, configurando-se como estratégia a favor do pão de cada dia, da saúde, da vida e do futuro.

Capítulo 1: *Por um caminho tortuoso, a passos lentos, entre luzes e sombras - trabalhar para viver ...*

“... as pessoas do CAPS tem o direito de ter uma vida digna, de ter boa alimentação, eles têm direito ao ônibus, direito ao acesso, tem direito ao trabalho, aos estudos, às oportunidades de emprego” (“Ronaldo”, 25 anos, usuário de um Centro de Atenção Psicossocial III em Sorocaba, junho de 2017).

Do castigo e disciplinamento moral à dimensão humana da ação, o trabalho e toda sua importância é um dos temas cardeais para a história e para as humanidades. Como exercício de poder e estratégia institucional atuaria contra o que há de mais subversivo às nossas almas: a ociosidade, numa transcendência religiosa, ética e, mais tarde, científica que rejeitaria toda inutilidade social.

Obrigatório, moralizante ou punitivo é maneira histórica de se lidar com a loucura e seu significado se transformaria lentamente, assumindo diferentes contornos junto da pobreza e à sombra das grades manicomiais. Fora apenas recentemente tomado como intrínseco aos cuidados à saúde mental prestados à população, visto seu potencial humanizador e terapêutico.

Hoje, conforme diz a legislação, é meio de reabilitação psicossocial e reinserção, inclusive produtivo-econômica, em suas famílias e comunidades. Ponte para o mundo das trocas sociais deve gerar renda, sendo fundamental para a construção da autonomia e para a promoção da liberdade. Pode ainda significar melhorias reais nas condições de vida dos que enfrentam o sofrimento psíquico, a experiência das mudanças no sistema psiquiátrico brasileiro e precisam lutar cotidianamente pela sobrevivência.

Por isso, para notarmos a origem de uma forte espiral entre um intenso sofrimento psíquico, o trabalho e a pobreza é importante focalizar um recorte temporal que parte de uma grande internação na Europa seiscentista, passa pelo nascimento dos primeiros manicômios em fins do século XVIII e pela efetiva constituição do saber psiquiátrico ao longo do século seguinte.

História que avançaria pelo século XX com eletrochoques, psicocirurgias, altas doses de medicamentos e com o mesmo tratamento desumano em cárceres nefastos de antes, quando atravessada pelas atitudes reformistas de ilustres psiquiatras após a segunda guerra na Europa.

No Brasil, em meados de 1940, Nise da Silveira já levantaria bandeiras prol à

dignidade desses asilados em seu reconhecido setor de laborterapia. Posteriormente, surgiram o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental na década de 70 e, mais tarde, a Luta Antimanicomial em fins dos anos 1980.

Diferentes atores sociais e políticos que somaram forças para desencadear e sustentar uma grande reforma rumo à humanização da saúde mental no país, pela qual passamos oficialmente desde 1991, quando fora publicada uma Portaria Ministerial que instituiria e regulamentaria novos serviços substitutivos aos antigos Hospitais Psiquiátricos.

De lá para cá esses serviços evoluíram e se transformaram, bem como, uma ampla política pública se construiu. Entretanto sua aparente ineficácia, sobretudo quanto à pauta das drogas, vem provocando intensos embates ideológicos e movimentos contrarreforma.

Uma vez que o sentido do trabalho para essas pessoas sofreu importantes transformações históricas e no atual contexto sorocabano parece encerrar um velho caráter de exclusão, nos voltaremos para o passado para sabermos mais sobre essa história no tempo presente, que ainda quer esconder loucura, trabalho e pobreza atrás dos mesmos muros em pleno século XXI

E são as vozes de quem vive essa realidade que devem falar sobre a atuação dos CAPS frente à Política Nacional de Saúde Mental, o que acabará por explicitar contradições entre os documentos oficiais e as práticas sociais, como desvela Darcy:

[...] tem o real e o ideal e hoje a realidade de Sorocaba, acho que eu posso talvez até ser ousada, mas eu acho que nenhum dos CAPS em Sorocaba consegue fazer dessa forma, realmente uma oficina de geração de emprego e renda da forma que ela deve realmente ser feita.

Entretanto nesses Centros trabalhar e gerar renda deve ser basilar, visando a reinserção social de seus frequentadores, importantes vértices para sua reabilitação psicossocial e por isso eles têm o compromisso de oferecer oficinas terapêuticas disparadoras desses processos.

Com respeito às singularidades, interesses e habilidades de cada um, eles devem conferir à seus usuários e usuárias o aprendizado de diferentes técnicas, o acesso à distintas iniciativas de geração de renda e à diversificadas formas de organização para o trabalho, dentro e fora deles.

Se realmente acontecessem em todos os CAPS sorocabanos, essas ações contribuiriam para a construção de novos projetos para suas vidas e poderiam abrir

brechas para que essas pessoas possam frequentar outros espaços da cidade, obter algum rendimento, se emancipar e resistir à um cenário de sucessivas crises e desemprego, quiçá fugir da pobreza e estabelecer novas contratualidades entre a loucura e o trabalho.

No entanto quem utiliza o serviço queixa-se regularmente da falta de ações afirmativas nesse campo, como Ronaldo deixa bem claro (OLIVEIRA, 2017, p. 281):

[...] eles deviam fazer um projeto de geração de renda para as pessoas do CAPS, não só para o CAPS, mas para as pessoas que estão lá, para aquelas pessoas que estão se tratando e precisam de dinheiro, de geração de renda, o trabalho seria muito importante.

Além da constante vigilância pela preservação dos direitos garantidos em lei, devemos encarar ainda um forte movimento contrarreforma, expresso pelo ressurgimento de instituições com características asilares, mediante o debate social, político e midiático sobre o crescente abuso de álcool e outras drogas, como capta Darcy ao registrar que: “*O uso de drogas aumentou e muitas vezes essas pessoas usam a droga como uma válvula de escape*”.

Mesmo administradas por entidades religiosas elas são alvos de denúncias de violação de direitos humanos e de uma longa lista de infrações e crimes, envolvendo de muitas maneiras a questão do trabalho, como fica explícito no Relatório de Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas elaborado pelo Conselho Federal de Psicologia (2018, p. 83) que apresenta o relato dos principais envolvidos:

[...] essa terapia se apresenta como trabalhos realizados pelos internos para a manutenção da unidade, tais como limpeza dos aposentos, da área externa da unidade, cozinha e outros serviços sem remuneração. [...] os internos também realizam a função de monitores da instituição, sem receber por tais atividades. Caso o interno não realize as atividades solicitadas pelos terapeutas, ele pode sofrer sanções disciplinares [...]

Financiadas e sancionadas pelo governo federal, essas CTs prometem o tratamento, a reabilitação e a reinserção dessas pessoas em suas famílias e comunidades e a cada semana dezenas delas se instalam pelo interior paulista e pelo país.

É preciso afrontar ainda diferentes processos econômicos, políticos e sociais excludentes, como o afastamento e o abandono familiar, os pesados estigmas e preconceitos, a carência de atenção especializada, a inexistência de articulação entre os CAPS, outros setores governamentais e os recursos do próprio território em que se

encontram.

Há também falta de acesso às oportunidades educacionais e profissionais como relata Darcy sobre um dos usuários a que atende e que precisa trabalhar para sobreviver mas não consegue emprego: *“Ele até hoje não conseguiu, ele vem até hoje aqui e fala: ai Darcy tá difícil, tá difícil. [...] ele é super responsável e dedicado e infelizmente não conseguiu ainda. É que ele não é alfabetizado...”*

Ao mesmo tempo, *“Não. A gente já teve, faz tempo, aqui mesmo dentro da unidade. Mas fora daqui no CAPS a gente nunca teve”*, responde Silvana, 41 anos, terapeuta ocupacional há vinte anos na cidade, quando lhe pergunto se conhece ou participa atualmente de alguma atividade voltada ao trabalho e geração de renda no Centro em que atua, expondo mais contradições entre a legislação e a práxis e isso não é de hoje.

Por um caminho tortuoso

Basta olharmos para uma longa história de violência e exclusão enraizada na memória do mundo ocidental para percebermos que loucura, trabalho e pobreza andaram sempre de mãos dadas, por um caminho tortuoso, como atestaria Foucault em sua reconhecida *“História da Loucura na Idade Clássica”*.

Ele põe luz sob o obscuro período da *“Grande Internação”* na Europa, ressaltando que os loucos *“desde o começo terão seu lugar ao lado dos pobres, bons ou maus, e dos ociosos, voluntários ou não”* (FOUCAULT, 1978, p. 75 - 83), instituindo uma sensibilidade moral e econômica que persistiria por séculos na assistência aos *“insanos”*.

Obviamente o mundo mudou muito de lá para cá, mas a situação de pobreza entre essas pessoas permanece regular como nota Jussara, há trinta anos atuando no sistema: *“os moradores dos hospitais psiquiátricos e das residências todos são de classe baixa, são pessoas que não tem comida na casa, por exemplo. Às vezes a pessoa internou por isso”*.

Até o fim da Idade Média a lepra teria multiplicado milhares de asilos por todo o continente europeu e com o declínio da doença restou somente a herança de uma prática asilar no recolhimento de todo o tipo de *“miserável”*.

Acolhido pela caridade religiosa, sua miséria seria encarada como um desígnio divino, sacralizada, condição de penitência e salvação a ser aceita por aquela pobre

existência, como coteja o Conselho Federal de Psicologia que analisa essa história foucaultiana (CFP, 2022, p.25):

Ainda no século XV, pobres, vagabundos, prostitutas, sífilítico e alienados habitarão os antigos leprosários. O fenômeno do Grande Enclausuramento se desloca da figura do leproso como personagem de rejeição no imaginário social, para essas outras figuras sociais.

E o “louco manso”, de quem a razão escapava, não menos miserável, vagaria em uma estranha peregrinação pelas ruas, parte naturalmente integrante desse mundo e visto de modo familiar naquela paisagem humana, na qual o gesto asilar representaria um mecanismo de controle e vigilância mais coerente ao “novo ordenamento urbano” da Renascença, assegura o CFP (2022, p. 25).

Até o ponto em que a miséria seria desmistificada pelo Protestantismo no século XVI, perdendo o caráter de glorificação da dor e deixando de ser “uma experiência religiosa que a santifica” para se tornar definitivamente “uma concepção moral que a condena” (FOUCAULT, 1978, p. 67).

A caridade, nesse momento laicizada, passaria às mãos de uma sociedade não menos cristã que, taxada pela cobrança dos impostos administrados pelas cidades e Estados, vê o encarceramento de pobres e loucos não unicamente com sentido religioso e a ele são incorporados os aspectos econômico, político e social.

No século XVII capturá-los e prendê-los se torna obrigação de governantes, juízes e delegados de polícia e, sob um horizonte moral, os enclausurados nessa culpabilidade mereceriam ser, pelo trabalho, duramente castigados, para que, como conta o filósofo (FOUCAULT, 1978, p.66):

[...] o homem se ocupe de seus deveres para com a sociedade e mostra no miserável, ao mesmo tempo, um efeito da desordem e um obstáculo à ordem. Portanto, não se trata mais de exaltar a miséria no gesto que a alivia, mas, simplesmente, de suprimi-la.

Já para os agitados e perigosos, considerados “ferozes”, foram projetados celas e cômodos para lhes punir e conter-lhes a raiva, acorrentados às paredes ou amarrados às camas, espremidos entre muralhas, grades, ferrolhos e grossos cadeados, foram mantidos sob forte violência e tornaram-se apenas parte de relatos inquietantes sobre atrozes sistemas coercitivos, como os recolhidos por Foucault (1978, p. 166):

[...] quando das cheias do Sena, os cômodos situados ao nível dos esgotos tornavam-se não apenas bem mais insalubres como, além disso, refúgio para uma multidão de grandes ratos que à noite se jogavam sobre os infelizes ali presos, roendo-os onde podiam; encontraram-se muitas loucas com os pés, as mãos e o rosto dilacerados por mordidas muitas vezes perigosas, muitas das quais morreram.

Pelo menos até fins do século XVIII, sem um estatuto médico-científico que lhes justificasse, estigmatizados pela irracionalidade que lhes furta qualquer direito, misturados a criminosos, vagabundos, aos encarcerados por cartas régias, aos doentes venéreos, a mando da polícia ou à pedido das próprias famílias, o louco estaria confinado “ao lado de todos os pobres”, ocupando lugar entre a ordem e a desordem das urbes e sua limpeza, memora Foucault (1978, p.72):

Outrora ele era acolhido porque vinha de outro lugar; agora, será excluído porque vem daqui mesmo, e porque seu lugar é entre os pobres, os miseráveis, os vagabundos. A hospitalidade que o acolhe se tornará, num novo equívoco, a medida de saneamento que o põe fora do caminho. De fato, ele continua a vagar, porém não mais no caminho de uma estranha peregrinação: ele perturba a ordem do espaço social.

A loucura então seria “percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de integrar-se no grupo” e se encerraria ali uma sensibilidade que reúne loucura e trabalho atrás dos mesmos muros, pois, segundo o francês (FOUCAULT, 1978, p. 89):

[...] as novas significações atribuídas à pobreza, a importância dada à obrigação do trabalho e todos os valores éticos a ele ligados determinam a experiência que se faz da loucura e modificam-lhe o sentido.

O trabalho forçado nas oficinas e ateliês dos Hospitais Gerais, das casas de correção, das workhouses¹² ou das poorhouses, entre outras denominações, era geralmente ligado a interesses financeiros de poderosos empresários e comerciantes locais.

Ali se produziria uma infinidade de artigos manufaturados como lã, couro, tecidos, roupas, lonas, entre outros. Espaços que serviram “para a colocação dos desempregados,

¹² As workhouses datam da segunda metade do século XVII quando Charles II na Inglaterra define seu estatuto. Geridas pelas paróquias é lugar de educação religiosa, moral e de trabalho e até fins do século XVIII haviam se multiplicado por quase toda a Europa (FOUCAULT, 1978).

dos sem trabalho e vagabundos”, pois, toda vez que a pobreza aumentava, essas casas retomariam a sua “original significação econômica” (FOUCAULT, 1978, p. 76).

Em períodos de desemprego tomam o sentido de “reabsorção dos ociosos e proteção social contra a agitação e as revoltas”. No entanto fora dos períodos de crise, esses lugares davam trabalho aos que foram presos, para que todos prosperem e significam “mão-de-obra barata nos tempos de pleno emprego e de altos salários”, conta ele (FOUCAULT, 1978, p. 76 -77).

Remédio amargo para aliviar a miséria e estimulante para o desenvolvimento industrial que não fazia distinção entre os loucos e os demais asilados, pois, todos se mantinham ocupados e produziam conforme suas possibilidades.

Esse aprisionamento exigido por razões diversas, não exatamente pela busca de uma cura, teve o trabalho como imperativo de um tratamento moral de fundo econômico e somente no fim daquele século se perceberia seu real impacto e o desequilíbrio que causava entre produção e preço.

Fomentadoras da própria pobreza nos centros urbanos, as atividades laborais aos poucos foram deixadas de lado naquelas oficinas que foram progressivamente desativadas.

Nesse ínterim, o trabalho foi castigo e salvação, obrigatório para o tratamento dos pobres bons e dos loucos mansos recolhidos pelos diferentes tipos de asilo e usados como mão-de-obra barata. Já os ferozes foram atirados em porões junto à criminosos comuns ou em celas especialmente fortificadas para contê-los.

De estreita ligação com o ideário cristão logo tomou relevo econômico, político e social e para lá de moralizante e obrigatório, tornaria-se rigidamente punitivo e disciplinar, capaz de garantir a ordem do lugar e do espírito dos loucos nos manicômios e colônias agrícolas que nasciam sob as ordens de Pinel ou de Tuke.

A passos lentos

Sob o mesmo espectro moral o trabalho não desapareceria dos horizontes da loucura e o francês Philippe Pinel afiançaria em fins do século XVIII que no hospício ele seria era uma prescrição médica capaz de corrigir e disciplinar os espíritos mais rebeldes, os engajando num sistema de responsabilidades e estabelecendo a ordem.

Já para o comerciante e filantropo inglês Willian Tuke - quando por volta de 1791 projetava o famoso Retiro de York com o intuito de abrigar os insanos nos arredores de Londres - as atividades no campo em colônias agrícolas seriam uma forma terapêutica muito eficiente nesse tratamento. Além dos benefícios à saúde, por estarem longe da poluição dos centros urbanos, elas seriam produtivas, lucrativas e cobririam o ônus de suas internações, desobrigando o Estado de seus altos custos (FOUCAULT, 1978, p. 514).

É na experiência da lei do trabalho como transcendência ética que se formularia uma exigência “indissolúvelmente econômica e moral” que o século XIX aceitaria e, até mesmo, reivindicaria casas exclusivas para os “alienados”. Ali seriam condenados por todo ócio, preguiça, irresponsabilidade, improdutividade, incapacidade e irracionalidade, cuja imanência social seria garantida pela própria comunidade, cuja posse de um “poder ético de divisão” lhe permitiria “rejeitar todas as formas de inutilidade social”, arremata Foucault (1978, p.83).

Ironicamente a origem da pobreza não seria a concentração de riquezas, a escassez dos gêneros, o desemprego e a fome, mas, o "esmorecimento da disciplina e a frouxidão dos costumes”, sendo o internamento forma de repressão em ambientes gradeados, onde o trabalho é uma imposição que ordena, como ele destaca (FOUCAULT, 1978, p. 529):

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

Mesmo diante de revoluções políticas, sociais e econômicas, de ideais liberalistas, de novos sentidos para os direitos do homem e sua liberdade, da expansão da democracia e do ideal de cidadania, o período é perpassado pelo enriquecimento e ascensão de uma burguesia desejosa de asilos para tratar a loucura, pela desmedida exploração dos trabalhadores e pelo alargamento das desigualdades sociais e da miséria no campo e nas cidades.

É marcado também por incontáveis êxodos e migrações, guerras e crises econômicas, rebeliões por comida, pelo crescimento desordenado das metrópoles em constante processo de industrialização e por malfadadas tentativas de higienização dos espaços públicos.

Quanto mais pobreza mais aumentam os sintomas psiquiátricos da população, porém, na dialética dos Estados o internamento dos loucos era uma medida sanitária que permaneceria com similar significado moral.

Invariavelmente a pobreza esteve estreitamente ligada ao adoecimento mental e são os mais pobres os menos propensos a receberem os cuidados adequados, como em 2017 reiteraria Cláudia (OLIVEIRA, 2017, p. 275):

[...] a população mais carente têm menos recursos para o acesso: não fizeram tratamento, logo, tiveram mais crise, logo, foram internados mais vezes, logo, sofrem rejeição, apanham em casa, enfim, e acabam se tornando mais tarde usuários mais graves.

Com o avanço da ciência positivista e com a constituição efetiva da psiquiatria nas primeiras décadas do século XIX, a loucura com um estatuto médico em mãos carregaria o signo da doença que deveria ser tratada de forma isolada para garantir aos sujeitos “desviantes” uma cura e sua definitiva libertação, como prometiam os alienistas.

Em manicômios e colônias destinadas exclusivamente à eles, o trabalho tornou-se recurso terapêutico no tratamento aos “anormais”, impondo “a organização da vida cotidiana com atividades laborativas e a submissão às ordens da instituição com o objetivo de reeducação do alienado”, memora o CFP (2022, p. 26).

Controlado, vigiado, submetido à um saber técnico-científico e à autoridade médica o trabalho era obrigatório e, muitas vezes, punitivo, encarnando mui bem a função corretiva e disciplinar que idealizava o psiquiatra francês: “meio mais seguro e talvez a única garantia da manutenção da saúde, do bom comportamento e da ordem é a lei de um trabalho mecânico rigorosamente executado” (PINEL, apud. FOUCAULT, 1978, p. 538).

Contudo não se demorou a perceber que muitos deles eram “incapazes” de seguir o ritmo de tais atividades, de engajarem-se ao sistema proposto ou de cumprirem, mesmo sob ameaças e punições, as tarefas que lhes foram destinadas.

Airton, há cinquenta anos ingresso no sistema psiquiátrico brasileiro, narra essa dificuldade em cumprir as rígidas horas de atenção que caracterizam o trabalho formal: *“Trabalhei um dia lá cortando fraldas. Mas trabalhei um dia e pouco só. Estava mexendo com a minha cabeça, aí eu parei de ir, de cortar fralda”*.

À época, a demanda só crescia e mesmo à custa de altas somas do Estado esses lugares eram superpovoados, operavam com práticas desumanas e se estabeleciam como

sinistros projetos de cárcere e asilo, em que milhares ao cruzarem seus portões perderiam o direito à vida.

Crescimento regular nessa história, uma vez que Darcy em 2021 notabiliza que *“a demanda nossa hoje é muito grande e a gente não tem RH (recursos humanos) o suficiente...”*, expressando um contínuo aumento no contingente de atendidos pela saúde mental ao mesmo tempo em que expõe uma crise no setor.

Ainda que cobertos de boas intenções, ao retirar as correntes que aprisionavam os loucos, sinalados doravante como alienados mentais, dos quais a razão foi comprometida e que devem ser tutelados, Pinel e Tuke acabaram por edificar (CFP, 2022, p.26):

[...] um lugar para o louco onde ele é incapaz do juízo e, portanto, perigoso para si e para os demais. Dessa forma, em nome da proteção da sociedade e de si próprio, o louco é destituído do poder de decisão e considerado inábil para gerir sua vida.

É preciso observar que muitas dessas pessoas continuam sob a tutela de curadores nomeados pelo próprio Estado, considerados inaptos para gerir suas próprias vidas, como relembra Jussara: *“uma outra pessoa ficou com o LOAS dela, por que antigamente, antes dela vir para cá, a pessoa ficou com a curatela, não trouxe dinheiro, não trouxe nada”*, ou declara Airton quando lhe pergunto sobre seus benefícios: *“Não recebo. A enfermeira recebe para mim”*.

Já no Brasil oitocentista o encarceramento era a prática mais comum de tratamento, muitas vezes por determinação da justiça ou do delegado de polícia, além do que, não havia compreensão suficiente da medicina psiquiátrica sobre esse estado, ora abordado por práticas mal-sucedidas, ora mágicas, religiosas ou fetichistas, como comprova o célebre doutor Moreira (MOREIRA. apud. RAMOS e GEREMIAS, 2016, p.2):

A terapêutica de então era a de sangrias e sedenhos, quando não de exorcismos católicos ou fetichistas. Escusado é dizer que os curandeiros e ervanários tinham também suas beberagens mais ou menos desagradáveis com que prometiam sarar os enfermos.

Até aquele momento os “insanos” eram simplesmente jogados para dentro das cadeias públicas desde sua existência, acorrentados, nus, misturados os ferozes aos mansos e, sem nenhuma assistência receberiam “apenas uma escassa e má comida para que não morressem de fome”, como relata uma Comissão da Câmara Municipal de São

Paulo.

Em visita a uma dessas prisões no ano de 1831, o relatório dos comissários pedia “que fossem separados os loucos dos sãos” e empenhava-se “para que as correntes que imobilizavam os furiosos fossem substituídas por outras mais humanas” destaca Paulo Fraletti¹³ (1987, p. 158) e comprova o importante psiquiatra brasileiro Juliano Moreira:

Os mentecaptos pobres, tranquilos, vagueavam pelas cidades, aldeias ou pelos campos, entregues às chufas da garotada, mal nutridos pela caridade pública. Os agitados eram recolhidos às cadeias, onde barbaramente amarrados e piormente alimentados muitos faleceram mais ou menos rapidamente.

Por sua vez, a assistência psiquiátrica pública brasileira nasceria segundo os valores europeus do início do século XIX e ligada à monarquia, à religião e à sociedade médica; possuía viés asilar e sanitário, considerando que à época o país passava por profundas transformações, como pontua o psiquiatra Miranda-Sá (2007, p.156):

[...] houve a abertura dos portos, o fim da proibição de atividades econômicas e educacionais, que haviam caracterizado todo o regime colonial, propiciando ao país uma nova situação econômica, cultural e política. A Independência, a superação da monarquia absoluta e a adesão ao liberalismo econômico marcaram esse momento e se refletiram em todos os aspectos da vida nacional – inclusive na assistência psiquiátrica.

Nesse processo, práticas desumanas eram aplicadas mesmo antes da fundação dos primeiros hospícios por aqui, sobretudo, às pessoas mais pobres, que sofriam pela falta de recursos para qualquer tipo de tratamento e agora se encontrariam prisioneiras dessa nova ordem social.

É nesse contexto que se dão as primeiras tentativas de uma assistência aos insanos do Império, especialmente em São Paulo e Rio de Janeiro, diante de uma sensibilidade médica e social de repúdio ao abandono dos muitos doentes que “perambulavam por ruas e estradas, vítimas da fome, intempéries e maus-tratos de adultos, incomodados por crianças, com provocações e risos, quando não, agredidos fisicamente, ou agredindo e delinquindo” (FRALETTI, 1987, p.158).

¹³ Paulo Fraletti foi Ex-Diretor Geral do Complexo Hospitalar de Juqueri: Ex-Diretor do Manicômio Judiciário do Estado de São Paulo. Os dados apresentados acima foram extraídos de um de seus textos que fora apresentado no simpósio “Juqueri: Passado, Presente, Futuro”, realizado no Centro de Estudos Franco da Rocha, em 1 de março de 1984. Arq. Saúde Mental - Estado de São Paulo, XLVI, (156-177), 19sü/87. Juqueri: passado, presente, futuro.

Época em que pela primeira vez em nossa história houve um Recolhimento para eles na capital paulista, “instalado em 1829, mantido pela Santa Casa, com auxílio da municipalidade”. Casa alugada e separada do Hospital e previamente adaptada seria “o primeiro Asilo de Alienados no Brasil”, funcionando comprovadamente até 1836 e “com boa margem de certeza, até 1848, senão até mais tarde” (FRALETTI, 1987, p.158).

Como consequência das inúmeras transformações econômicas também passa por um processo de urbanização a mais prestigiada cidade brasileira, o Rio de Janeiro, expondo àquela sociedade novos problemas sanitários, entre eles, os enfermos psiquiátricos.

Ali o tratamento reservado à eles enfrentava uma situação de precariedade, quando o senhor José Clemente Pereira¹⁴ enviaria um ofício para Cândido José de Araújo Viana, Ministro e Secretário de Estado dos Negócios do Império defendendo a ideia da implantação de um hospital exclusivamente para os “desajuizados”, replicam Ramos e Geremias (2016, p.3):

O zelo de melhorar a sorte dos infelizes que, tendo a desgraça de perderem o juízo, não encontram nesta capital hospital próprio, onde possam obter tratamento adequado a sua moléstia, por serem insuficientes as enfermarias, onde são recebidos no Hospital da Santa Casa, me faz lembrar da necessidade de dar-se princípio a um hospital destinado privativamente para tratamento de alienados; que poderia bem tomar a nome de Hospício de Pedro II.

Esses doentes representavam “verdadeira carga para a família, a sociedade e os governos, da qual se desvencilhavam de três maneiras” sublinha Fraletti (1987, p. 159), os agitados eram mantidos em quartos domiciliares em suas próprias residências; outros eram recolhidos às cadeias públicas junto a detentos comuns, submetidos à violência e presos a correntes ou troncos; os mais abastados eram enviados ao Hospício Pedro II no Rio de Janeiro, a partir dos idos de 1853.

¹⁴ José Clemente Pereira nasceu em 17 de fevereiro de 1787, em Trancoso, Bispado do Pinhel, em Portugal. Estudou na Universidade de Coimbra, onde graduou-se em Direito e Cânones. Durante a invasão napoleônica, em 1809, lutou como soldado do Batalhão Acadêmico, cujo comandante era José Bonifácio de Andrada e Silva, chegando a tornar-se oficial. Para não se manter longe do centro da Monarquia, José Clemente veio para o Brasil no rastro da Corte portuguesa, chegando ao Rio de Janeiro em 12 de outubro de 1815. Na capital viveu alguns anos praticando a advocacia até iniciar sua carreira pública e política. Com certeza, poucos bacharéis no Rio de Janeiro daquela época poderiam se vangloriar de uma juventude posta à prova por tantos sacrifícios. Em 1838 torna-se provedor da Santa Casa da Misericórdia no Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://mapa.arquivonacional.gov.br/index.php/ultimas-noticias/696-jose-clemente-pereira>>. Acesso em: 04 dez. 2022

À São Paulo caberia a fundação de uma primeira das popularmente denominadas Casa dos Alienados que fora aberta em 1852, meses antes do luxuoso Hospício carioca, “com a finalidade de abrigar e proteger”, ou seja, inaugurava-se no país um período asilar. Ela funcionava em um prédio alugado com sete amplos cômodos, situado na Avenida São João, esquina com a Rua Pedro Américo (FRALETTI, 1987, p. 159).

Ao final daquele ano já contava nove internos, um deles sentenciado à morte, que passaram a ter cama, vestes, alimentos e, muito embora não houvesse ainda um tratamento psiquiátrico, tinham atendimento clínico e cirúrgico, reitera o autor.

De volta à capital carioca, segundo a Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP (2006, p.9), além da falta de leitos nos Hospitais Gerais e da ineficácia dos tratamentos conhecidos adiciona-se ao pano de fundo da benemérita proposta de Pereira “a perturbação do funcionamento do Cais do Rio de Janeiro”, onde inúmeros loucos vaguejavam, o que levou a um decreto de 1841 que autorizava a construção de um sanatório para esses “desafortunados”.

Onze anos depois, em 05 de setembro de 1852, foi inaugurado o Hospício Pedro II “que recebeu, de imediato, cento e quarenta e quatro pacientes oriundos dos porões da Santa Casa e de uma instalação provisória que existia na Praia Vermelha”, conforme destaca a ABP (2006, p.9).

Construído no fervor da urbanização brasileira e com a opulência arquitetônica¹⁵ de um palácio, como se vê na figura 1, é considerado como um marco da assistência psiquiátrica no país, sendo um modelo asilar seguido no recolhimento e tratamento aos insanos que se espalhou por todo o território nacional.

¹⁵ Conforme Miranda-SÁ “o Hospício do Rio hoje é utilizado como Reitoria da UFRJ. Trata-se de um palácio mais suntuoso que qualquer outro da época, mais que o Palácio Real da Praça Quinze ou o de São Cristóvão, tendo sido equiparado pelo Palácio Guanabara, edificado para servir de morada a D. Isabel, princesa herdeira, quando de seu casamento. Coisa semelhante se deu nas províncias. A exemplo do caso do Rio, muitos desses hospitais eram palácios maravilhosos para a época”. MIRANDA-SÁ. Luiz Salvador de. *Breve histórico da psiquiatria no Brasil: do período colonial à atualidade*. Revista Psiquiatria RS. 2007; 29(2):156-158.



Figura 1 - Hospital Pedro II, no Rio De Janeiro – acervo da FUNDAJ¹⁶

Naquele mesmo ano o Governo Imperial, através de seu Ministro dos Negócios do Império, Francisco Gonçalves Martins, mandou executar o estatuto da instituição, inspirado pela legislação francesa de 1838. Ele estabelece uma proteção jurídica aos insanos, tendo “como objetivo o asilo, tratamento e curativo dos alienados de ambos os sexos de todo o Império, sem distinção de condição, naturalidade ou religião”, asseveram os pesquisadores da Fiocruz¹⁷.

Nele se previa ainda “o desenvolvimento de atividades como trabalhos manuais nas oficinas, ou nos jardins e chácaras do estabelecimento. Para isso foram criadas seções de costura, lavagem e engomagem de roupas, sapataria, alfaiataria, marcenaria e floricultura”. Segundo a Fundação, metade da renda era aplicada nas despesas da entidade e outra parte seria “destinada à formação de um pecúlio para uso do alienado quando ficasse curado” (FIOCRUZ, 2020).

Com efeitos terapêuticos e de ordenamento social, o trabalho geraria outros benefícios e ali se oferecia ainda uma “oportunidade de qualificação aos trabalhadores” que, além de “proporcionar quadros para a indústria, promovia um modelo de ordem e eficiência bastante adequado àquelas atividades”, atesta a Fiocruz.

O que também sabiam os ricos empresários do ramo industrial que contribuíam com a administração feita pela Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro que, em contrapartida, lhes fornecia mão-de-obra barata e qualificada.

Com a Proclamação da República ele e os demais hospícios do país deixam de ser

¹⁶ BARBOSA, Virgínia. *Hospital Pedro II. Pesquisa Escolar Online*, Fundação Joaquim Nabuco, Recife. Disponível em: <<http://basilio.fundaj.gov.br/pesquisaescolar/>>. Acesso em: 06 março. 2017.

¹⁷ Disponível em: <<http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/pt/verbetes/hospedro.htm>>. Acesso em: 24 abril. 2020.

ligados à monarquia e controlados pela igreja, cuja administração passa a ser responsabilidade do novo Governo.

Em 1890 o Pedro II passaria a ser chamado de Hospital Nacional dos Alienados e tanto ele, quanto os demais sanatórios espalhados pela jovem nação em prédios majestosos, ocupados por uma clientela miserável e operando com tratamentos inócuos enfrentariam, ao longo das décadas seguintes, a falta de pessoal, de materiais e de verbas, além da superlotação.

Ali o trabalho organizador, recurso auxiliar de fundo econômico, continuaria a todo vapor nas primeiras décadas do século XX como mostra a figura 2, logo abaixo, em que podemos ver um grupo de mulheres operando máquinas em uma Sala de Costura no interior do Hospital, entre os anos de 1904 e 1905.



Figura 2 – Sala de Costura no Hospital Nacional dos Alienados – acervo IMNS¹⁸

Contudo os manicômios da época, além de caros ao Estado, prestavam serviços ineficazes e permaneciam superlotados pela crescente demanda oriunda das capitais e do interior e, ao longo das primeiras décadas do século XX, passaram pela “progressiva deterioração e declínio do sistema psiquiátrico brasileiro”, ainda que o “aumento da população enferma exigisse a expansão do sistema, com a ampliação de suas unidades”, atesta Miranda-Sá (2006, p.157).

¹⁸ Exposição Memórias da Loucura: trajetórias e desconstrução do hospício do Instituto Municipal Nise da Silveira. Disponível em: < <https://memoriasdaloucuraimns.46graus.com/a-exposicao/hospicio-nacional-de-alienados/>>. Acesso em: 24 agosto. 2023.

Crise e aumento que em 2021 continuam regulares como diz Silvana: “*todos os serviços estão sobrecarregados, não é só o CAPS, os outros também estão, é muita gente, é muito serviço para poucas pessoas, poucas unidades de trabalho*”.

À época, para responder à isso, se deram os primeiros esforços para uma reforma desse sistema ainda no início do século XX, sendo os psiquiatras Juliano Moreira¹⁹, que foi um dos diretores do Hospital Nacional dos Alienados, e Ulisses Pernambucano²⁰, seus primeiros artífices, buscando organizar serviços humanizados e que dispensassem os dispendiosos internamentos.

Houve ainda a instauração de inquéritos para investigar a corrupção na gestão do lugar, como em 1902, por exemplo, cujos relatórios dos auditores demonstravam “a ineficiência de sua administração, a anarquia de seus serviços e inúmeras irregularidades”, destaca a Fiocruz (2020).

Eles considerariam o tratamento recebido ali vergonhosamente imoral e, simultaneamente, prejudicial aos que ocupavam aquelas precárias e lúgubres instalações, viventes de quem a saúde só poderia piorar.

Como forma de solucionar parte dos problemas do já degradado hospício carioca, Teixeira Brandão²¹ proporia a implementação de colônias agrícolas produtivas que poderiam ter uma receita complementar. Além de atenuar seus elevados custos ao Estado elas proporcionariam aos doentes um contato terapêutico com a natureza e com o

¹⁹ Nomeado diretor do Hospital Nacional de Alienados, o antigo Hospício Pedro II, ocupou o cargo por mais de 20 anos, acumulando-o com o da Direção Geral de Assistência a Alienados. Poliglota, tornou-se capaz de assimilar, de forma abrangente, as influências europeias no campo da psiquiatria. Suas medidas de impacto, como a incineração de camisas-de-força e a criação de espaços para diálogo com os pacientes, conferiram novos rumos à psiquiatria brasileira. Apoiado na primeira lei brasileira que dispõe sobre a assistência a alienados e em sua experiência na Europa, projetou uma rede de serviços interligados em saúde mental, nos moldes da Clínica de Munique, dirigida por seu inspirador, o psiquiatra alemão Emil Kraepelin. Durante sua administração, criou a maior biblioteca de Psiquiatria da América do Sul, escreveu inúmeros trabalhos científicos e editou os Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal (1905). Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/mostra/moreira.html>>. Acesso em: 06. Mar. 2017.

²⁰ “Ulisses diferenciou os serviços de psicóticos agudos dos crônicos, instituiu um serviço aberto para tratamento em regime de pensão livre, criou um sistema de educação especial e um serviço de saúde mental”. MIRANDA-SÁ. Luiz Salvador de. *Breve histórico da psiquiatria no Brasil: do período colonial à atualidade*. Revista Psiquiatria RS. 2007; 29(2):156-158.

²¹ Em 1883 assumiu a Cátedra de Psiquiatria da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, sendo, por essa razão considerado o primeiro alienista brasileiro. Como diretor do Hospício de Pedro II (1886), desanexou essa instituição da Santa Casa de Misericórdia e, em 1890, fundou a primeira Escola de Enfermeiros e Enfermeiras do Brasil. Tornou-se deputado federal em 1903 e relatou a Lei de Assistência aos Alienados, primeiro documento legal específico sobre alienação mental, baseado na legislação francesa e inspirado nos preceitos defendidos por Esquirol, de quem Teixeira Brandão foi fiel seguidor. Na qualidade de diretor da Assistência Médico-Legal aos Alienados, iniciou a construção das colônias de alienados, que surgem como alternativas ao modelo adotado na época). Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/mostra/personalidades.html>>. Acesso em: 06. Mar. 2017.

trabalho, sendo a de Engenho de Dentro fundada em 1911 e em 1923 a de Jacarepaguá – Colônia Juliano Moreira, como pudemos ver na figura 3 logo abaixo.



Figura 3 - Colônia de Alienados, Trabalho Agrícola - Acervo: Instituto Phillip Pinel (IPP)²²

Crise que já era evidente em 1927 quando o Ministério da Educação e Saúde recebeu do Ministério da Justiça e Negócios Interiores a tarefa dessa assistência aos psicopatas e em sua reestruturação. Dez anos depois, transferiu a maior parte dos bens do velho Hospital Nacional dos Alienados para a Universidade do Brasil.

Decadente e incapaz de abrigar os mais de três mil internos que viviam num verdadeiro cemitério dos vivos foi desativado em 1944 e seus moradores enviados para a colônia de Jacarepaguá.

Com sua desativação apenas o “Instituto Philippe Pinel e o Instituto de Psiquiatria da UFRJ permanecem no terreno pertencente ao antigo Pedro II, hoje ocupado pela Universidade Federal do Rio de Janeiro”, constatam Ramos e Geremias (2002, p.10).

Já no estado de São Paulo, com o propósito de atender à uma demanda que crescia cada vez mais, se almejava a “construção de um edifício espaçoso, que propiciasse a separação de sexos, a divisão por moléstia, etc”, o que só aconteceu em 1898 próximo à capital paulista, já em fins do século XIX.

Quando foi inaugurado o novo hospício “Asilo-Colônia da Sucursal do Juquery, do Hospício de Alienados de São Paulo”, contava com “80 homens transferidos do Asilo Sucursal de Sorocaba, para onde tinham ido em 1896”, representando o início de uma

²² Imagem extraída de Retratos da História, aos incuráveis – a colônia, em Memória da Loucura do site do Centro Cultural da Saúde, do acervo do Instituto Phillip Pinel (IPP). Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/mostra/retratos05.html>>. Acesso em: 09. Mar. 2017.

fase hospitalar dessa assistência no país, garante Fraletti (1987, p.163).

Com o avanço das ciências médicas e muito do legado de Pinel se instituiu na Europa, e logo foi importado pelo Brasil, um tratamento psiquiátrico com bases científicas. Esse modelo tinha a “responsabilidade de eliminar os sintomas da desordem psíquica”, lançando mão de todos os recursos disponíveis à época para corrigir os “anormais”, inclusive pela obrigatoriedade do trabalho.

Suas grandes dimensões e ampla estrutura arquitetônica permitiriam ao Juquery se tornar o maior polo de tratamento psiquiátrico do continente, tendo à sua frente o reconhecido alienista Franco da Rocha. Contudo seus longos anos de funcionamento guardam um passado tenebroso em que milhares de desamparados deixaram ali suas vidas em nome do progresso e da ciência.

Ele instalaria no Brasil uma medicina psiquiátrica de contornos científicos ligada a um cenário republicano de mercado, o que nos permite inferir sobre sua característica higienista, que visava sanar as ruas dos mais diversos tipos marginais. Entre negros, mendigos, vagabundos, prostitutas, doentes venéreos e, até mesmo, presos políticos, estão, claro, os “doentes mentais”.

Contudo anos antes, por volta de 1892 fora adquirida, em caráter provisório, pelo menos uma chácara que se tornaria a primeira colônia agrícola do país, cujo modelo fora orientado ao governo paulista pelo próprio Franco da Rocha, implantada na cidade de Sorocaba.

Originalmente afastadas dos centros urbanos essas colônias abrigavam homens e mulheres em estado crônico que se mantinham ocupados trabalhando no cultivo da terra para seu sustento e para a manutenção desses lugares.

Fraletti frisa ainda que Kraepelin, psiquiatra alemão que seria pelo menos o “pai da Psiquiatria moderna”, deixara registrado o justo valor do trabalho nessas colônias como forma de laborterapia para os doentes crônicos, ao sustentar que (KRAEPELIN, apud. FRALETTI, 1987, p.173):

Um adiantamento notável, educativo, foi conseguido pelas grandes instituições da era atual, pelas chamadas colônias, nas quais se busca, tanto quanto possível, adaptar os doentes a uma ocupação consentânea com as suas condições, no cultivo da terra. A esse trabalho, ideal para os doentes e essencialmente econômico, cinge-se hoje o problema da assistência e proteção aos insanos, pois assim se lhes proporciona um modo de viver mais humano e se lhes dá a vida uma razão de ser.

Além de “terapêuticas” e “educativas” cabe registrar que as colônias agrícolas eram bastante lucrativas e poderiam arcar com os custos da internação, a do Juquery, por exemplo, em 1898 foi aberta com oitenta homens e em poucos anos viu sua população e produção agropecuária crescerem rapidamente.

Em 1912 contava mais de mil duzentos e cinquenta desses alienados, cuja produção variada de milho, feijão, fumo, mel, cera, criação de gado e leite, porcos, galinhas e ovos, forragem, frutas e verduras já garantiria, logo mais em 1919, sua “subsistência própria, inclusive com lucro no orçamento” (FRALETTI, 1987, p. 174).

O autor realça certa passagem de um relatório elaborado pelo próprio Franco da Rocha em 1921 em que o médico dizia que “a agricultura das colônias e fazendas foi sempre um meio de ocupar a atenção dos enfermos; essa diversão, porém, tomou proporções tais, que dá hoje uma renda superior a cem contos por ano” (FRALETTI, 1987, p. 174), o que seria o suficiente para manter aquela colônia e garantir a todos o pão de cada dia.

De postura conservadora Fraletti defende o valor e a obrigatoriedade do trabalho, o que ressalta seu aspecto moralizante e o próprio alienista aponta que ele seria meramente auxiliar nessa terapêutica, mas enfatiza que “o trabalho não deve ser castigo” (1987, p. 172).

Ele retoma que para outro renomado psiquiatra alemão Griesinger: “a ociosidade é o que há de mais subversivo tanto para o espírito do louco como para o do normal” (FRALETTI, 1987, p. 172), médico citado por Rocha quando escrevia sobre a relevância econômica de uma colônia de regime aberto para os crônicos, anexa a um Hospital para os doentes agudos, como era o próprio Juquery.

Se nessas colônias o trabalho fora de suma importância, dentro das dependências do Hospital era essencial e em 1927 criou-se ali o Serviço de Ergoterapia pela “necessidade de conservação de prédios e utensílios, a execução de obras novas e o desenvolvimento da terapêutica pelo trabalho” (FRALETTI, 1987, p. 166).

Todavia décadas mais tarde o médico (FRALETTI, 1987, p. 165) relembra que a “laborterapia foi definindo aos poucos, inclusive a Seção de Artes Plásticas, inaugurada em 1951, por Mario Yahn e, continuada por longos anos, pelo saudoso colega, Dr. Osório Cesar” que já teceria severas críticas a essa prática em sua época.

Nessa altura chegou-se a “comprar comida preparada para quase toda a população” que contava com milhares de internos, retirando dessas atividades muitos doentes que poderiam trabalhar, acentua o psiquiatra (FRALETTI, 1987, p. 165-166) e

as experiências de trabalho como disciplina de uma terapêutica moral que contribuísse para uma economia hospitalar naufragariam completamente ali já em fins dos anos 60.

Encerrados em um ambiente danoso que promovia tão só a cronificação de sua doença e de seu estado de saúde, viram um gigantesco sistema que abrigava todo o tipo de pessoa, tanto pela falta de critérios para internação, quanto pela falta de tratamentos eficazes, com elevados custos operacionais, enfrentar uma “incontrolável crise da assistência psiquiátrica estatal, a qual se prolonga até os dias de hoje” afirma a ABP (2006, p.9).

É preciso lembrar ainda que nas primeiras décadas do novo século, como reforça Masiero (2003, p.550), “havia um intenso intercâmbio entre os neurologistas brasileiros e europeus”, que traziam do Velho Mundo para cá técnicas e práticas de um mundo moderno e, ao contrário do que poderíamos imaginar, o sofrimento se intensificaria ainda mais entre os alienados.

Além de encarcerados e esquecidos tornariam-se vítimas de tratamentos e experimentos bárbaros, como por exemplo, o choque cardiazólico²³, a insulino-terapia - choque insulínico²⁴, a solidão em um cubículo ou cela forte²⁵, a praxiterapia²⁶, o lençol de contenção, a camisa de força²⁷ e a contenção no leito com faixas de tecido de algodão²⁸, cuja consciência médico-psiquiátrica, por meio de técnicas químicas e cirúrgicas por demais invasivas, tinha como foco tratar exclusivamente a enfermidade.

Visto sua pobreza que lhes despe de sua humanidade, sua incapacidade de decisão

²³ “As convulsões ocasionadas pelo cardiazol ocorriam rápida e violentamente e eram difíceis de controlar. Às vezes, eram tão severas que causavam fraturas espinhais nos pacientes. Com a chegada de outros métodos para tratar pessoas com transtornos mentais, como os neurolépticos e a eletroconvulsoterapia, o cardiazol foi gradualmente descontinuado no final dos anos 40 e não mais utilizado.” GUIMARÃES, Andréa Noeremberg. Et al. *“Tratamento em saúde mental no modelo manicomial (1960 a 2000): histórias narradas por profissionais de enfermagem”* Revista Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2013 Abr-Jun; 22(2): 361-9.

²⁴ “A terapia por choque insulínico foi descoberta pelo neuropsiquiatra polonês Manfred Sakel e, comunicada, oficialmente em 1933. A introdução da insulino-terapia na psiquiatria se deu quando Sakel descobriu como causar convulsões com uma dose excessiva de insulina.” Id. p. 364.

²⁵ “As pessoas eram encaminhadas para os cubículos quando estavam muito agitadas ou agressivas. Todavia esses recintos também serviram para que alguns funcionários os usassem como um castigo para os pacientes. Não existia um tempo de permanência estabelecido para a reclusão, podia ser de 2 a 3 horas, até vários dias.” Id. p. 365.

²⁶ “Os internos desempenhavam tarefas laborais, como a horticultura e criação de galináceos e suínos, sob a orientação dos funcionários. Essa prática possibilitava uma ocupação aos pacientes, conferindo uma ação terapêutica. Entretanto foi muito empregada até a década de 1980 como um instrumento de exploração de trabalho.” Ibid. p. 366.

²⁷ “O lençol de contenção era ser rapidamente colocado, todavia chegava a machucar os pacientes. A camisa de força ou colete conferia grande risco de queda. Essas técnicas foram adotadas ou tiveram seu uso intensificado a partir da extinção dos cubículos.” Ibid. p. 366.

²⁸ “Ela é aplicada para a proteção do paciente, de outros indivíduos e para a pessoa contida ter um tempo para pensar em seus atos. Esse procedimento é de indicação médica.” Ibid. p. 367.

e de se engajar ao trabalho, a irracionalidade que lhe furta sua cidadania, autonomia e liberdade, permaneceram trancafiados, sem saúde e sem voz, nesse território de martírios em que as instituições brasileiras incorporaram um violento caráter de segregação praticado pelos europeus, como relembra Guimarães (2013, p.362):

[...] ao longo dos anos, a assistência psiquiátrica esteve atrelada ao tratamento restrito ao interior dos grandes hospícios, com internação prolongada e manutenção da segregação do portador de transtorno mental do espaço familiar e social.

Confinamento cruel em lugares como o Juquery que, inicialmente edificado com oitocentos leitos, nos anos 60 chegou a comportar mais de quatorze mil internos, como afirma a diretora do Hospital Maria Alice Scardoelli, em entrevista concedida ao CREMESP – Conselho Regional de Medicina de São Paulo²⁹: “Construído com o que tinha de mais moderno na época, em pouco tempo o hospital se tornou referência nacional em psiquiatria” (CREMESP, 2009, p.7).

Logo passou a abrigar todos os que não se encaixavam naquele horizonte social em um ambiente que, inicialmente, era suntuoso, mas que, ao longo de sua existência ficou completamente deteriorado e as condições de sua colônia não eram melhores.

Há ainda a questão das grotescas psicocirurgias, os eletrochoques, os porões da ditadura, os livros dos amputados, mortos e natimortos, o desaparecimento de seus arquivos e registros, o tratamento altamente medicamentoso e as experiências científicas em nome do progresso e da ciência.

Aos poucos tudo nele foi definhando, sua colônia de trabalho agrícola, os ateliês, o centro de ensino, os laboratórios e os inúmeros pavilhões desse imenso complexo instalado em uma área de 600 mil metros quadrados, cujos elegantes prédios especialmente projetados para seu fim estão hoje em ruínas, sendo definitivamente fechado em 2021.

Dessa feita, o trabalho com caráter de vigilância e controle, de cunho moral e punitivo, com função corretiva e disciplinar e com o sentido de repressão e manutenção da ordem, seja ele realizado nas oficinas ou ateliês dos hospícios ou pelos campos das colônias agrícolas, foi compreendido como meio para uma economia hospitalar e parte essencial de uma terapêutica dos ali encerrados.

²⁹ Publicado no Jornal do CREMESP em março de 2009. Disponível em: <<http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=1129>>. Acesso em 08Mar. 2017.

É o que relata Mário, 52 anos, que vive nesse sistema desde o fim dos anos 90 e também trabalhou como interno nessas instituições de modo precário e intermitente: *“Eu fiquei o tempo todo no hospital. Aí depois a única coisa que eu fiz foi na varrição. Trabalhei na chácara também. [...] Lá na chácara eu trabalhava de carpir”*.

Contudo as tentativas de sua obrigatoriedade fracassaram, seja por questões econômicas, estruturais ou pela dificuldade do engajamento desses pacientes em um sistema de responsabilidades que a organização do trabalho e a autoridade exigiam, seja pela falta de interesse do poder público local, como declara Jussara:

Nós tínhamos também uma oficina terapêutica, onde eram feitos trabalhos manuais como fraldas, reciclagem de tampinhas para indústria, nós tínhamos um trabalho assim. Só que essa oficina terapêutica não tinha convênio com a Prefeitura, não tinha verba e era a instituição que mantinha todo esse trabalho. Os moradores iam trabalhar lá e depois como não tinha verba acabou fechando.

Práticas que foram deixadas de lado ou se tornaram puramente auxiliares na assistência aos “alienados”, aterrorizados também pelas intervenções cirúrgicas e químicas, e alguns atores dessa história perceberiam que algo estava muito errado no conjunto do tratamento psiquiátrico.

A partir disso, cada vez mais se consideraria os múltiplos aspectos envolvidos nele, incluindo fatores sociais e psicológicos, concedendo ao paciente o direito a ser visto como um todo, respeitado como ser humano, e o trabalho para além de moralizante, punitivo e obrigatório tomaria novas acepções.

Entre luzes e sombras

Através dos séculos a violência e a exclusão, o trabalho obrigatório não remunerado e a pobreza compuseram uma regularidade na história de quem experimentara a loucura, seja ela na Europa do passado ou no Brasil contemporâneo, criando e alimentando estigmas contra os quais ainda se luta, cujas estruturas mudam a passos lentos.

Quero lembrar que milhares foram arrastados para uma vida de encarceramento, para trás dos muros manicomiais onde encontrariam exclusivamente sua própria morte, cujos rostos anônimos foram esquecidos para sempre.

Destituídos totalmente de seus direitos como seres humanos e como cidadãos e,

atrás das grades de longas internações e de grandes doses de psicotrópicos, tornaram-se vidas completamente nuas, mesmo nos Estados de Direito mais pretensamente democráticos do Ocidente, onde se tornaram cobaias de pesquisas médico-científicas à mercê de uma poderosa e moderna indústria fármaco-química.

Reagindo à essa realidade surgem na Europa novas propostas de natureza clínica e política como a Psicoterapia Institucional e a Psiquiatria de Setor que objetivavam o enfrentamento à crueldade e à exclusão desses antigos manicômios, cujos reconhecidos médicos psiquiatras são até hoje referência na relação entre loucura e trabalho e marcarão a Reforma Psiquiátrica Francesa.

De natureza social e influenciada pela psicanálise, as mudanças propostas pelos franceses consolidam-se nos anos 1980 como uma política pública que visa cuidados à saúde mental por meio de “ações de prevenção, profilaxia, cura e pós-cura” diz Izabel Passos (2009, p. 62).

Para eles o foco no trabalho tinha tanto finalidade terapêutica, quanto de integração no mercado formal. Essas práticas entraram em declínio nos anos 90 com o baixo investimento em políticas sociais por conta de uma grave crise econômica mundial, minando essas ações.

A autora sinaliza que no continente europeu essas experiências passaram por três diferentes momentos: o primeiro foi a Ergosocioterapia que se referia às atividades desenvolvidas pelos internos, muitas vezes caracterizadas por uma ocupação vazia, infantilizada e de exploração de mão-de-obra gratuita.

O segundo da Farmacoterapia, que envolvia os poderosos neurolépticos e tinha como coadjuvantes algumas atividades recreativas fora dos muros dos hospitais, afora a criação de associações de pacientes e seus familiares. Já o terceiro, a Psicoterapia Institucional, buscando territórios onde a loucura pudesse se reconhecer e operar na recriação de uma vida coletiva.

Em busca de uma “revisão das formas de tratamento da doença mental e da organização da assistência psiquiátrica” é que médicos como o francês Tosquelles na década de 1940 tomam como diretriz “a transformação do hospital a partir do seu interior: cuidar do hospital para que ele pudesse tornar-se agente de saúde mental” (CFP, 2022, p. 30).

Numa “experiência de autogestão” e aberto para as trocas e comercialização de produtos, seus internos poderiam gerar um “rendimento real” em um “espaço de acolhimento das diferenças e valorização de cada sujeito”, fixado sob as “relações entre

usuários e profissionais e de maior intercâmbio com a comunidade local” (CFP, 2022, p. 30).

Paulatinamente, com o intuito de diminuir as novas internações e as reinternações e adotando os conceitos de “territorialização e a setorização da assistência” que permitiriam “a continuidade do tratamento desde sua internação no hospital até seu pós-alta na comunidade”, como indica o Conselho (2022, p. 31), a Psiquiatria de Setor criou “centros de saúde mental” nas comunidades que funcionavam de forma articulada à enfermaria do Hospital Psiquiátrico.

Essa é uma conquista da qual o modelo CAPS se serviu, como afirma Ronaldo que utiliza o serviço em sua própria comunidade (OLIVEIRA, 2017, p. 285): *“O CAPS que eu frequento é perto da minha casa, não é difícil de chegar porque eu pego o ônibus, eu pego o Vila Progresso, mas, se eu quiser ir a pé eu posso ir, porque fica dois ou três quarteirões da minha casa”*.

Nos anos 50, o médico sul-africano radicado no Reino Unido, Maxwell Jones, propõe resgatar a “função terapêutica do Hospital Psiquiátrico” visando transformá-lo num espaço “democrático e participativo”, um modelo de Comunidade Terapêutica.

Ele apoiaria-se em dois dispositivos básicos: as assembleias que reuniam a comunidade hospitalar para debates em torno “do funcionamento da instituição” e a Direção ou Conselho dos pacientes que cuidaria das atividades cotidianas da instituição (limpeza, alimentação etc.)” entre outras funções (CFP, 2022, p. 30).

Nota-se que essas iniciativas mantêm um tratamento centrado nas instituições psiquiátricas, mas, durante a Segunda Guerra Mundial, em que os alienados eram perseguidos e mortos nas câmaras de gás, se descobriria a possibilidade de libertá-los.

Le Guillant, que foi diretor do hospital psiquiátrico de Charité-sur-Loire no norte da França entre os anos de 1932 e 1944, frente ao risco de bombardeio pelas tropas alemãs ou de seu envio para os campos de concentração, obteve a aprovação do administrador do departamento para “libertar um certo número de pacientes” (LE GUILLANT, 2006, p. 78).

Eram “38 homens e 65 mulheres, calmos, lúcidos, cujas famílias se encontravam na região, providos de alguns víveres” (LE GUILLANT, 2006, p. 78), os demais, aterrorizados, teriam fugido com a conivência de seu diretor.

Terminada a guerra o psiquiatra constataria sua excelente adaptação junto às famílias e ao trabalho nas fazendas da região, concluindo que muitos deles não careciam de internação, o que caracterizaria plenamente “uma experiência de readaptação social”

(LE GUILLANT, 2006, p. 78) como ele mesmo afirma.

Essa liberdade representaria novas formas de se pensar o lugar do louco na sociedade e sua vida fora dos hospícios, cuja subsistência dependeria tão somente de moradia e trabalho, questionando a ordem manicomial e suas formas de tratamento.

Concomitantemente atuaria na desconstrução do estigma de que essas pessoas são incapazes de gerir suas vidas e de trabalhar, o que lhes despertaria os sentimentos de utilidade e de reconhecimento social, como sopesa Ronaldo (OLIVEIRA, 2017, p. 278): *“eu quero trabalhar, ter uma profissão, ter um lugar, ter um espaço para mim e ser a diferença para aqueles que também querem ser como eu”*.

Já dos Estados Unidos vêm o exemplo de Gerald Caplan que entre os anos de 1960 e 1970 firma-se pela desospitalização e propunha “ideias de prevenção em saúde mental” e nelas incluía “a diminuição de agravos por meio da readaptação do indivíduo à vida social após a alta hospitalar” (CFP, 2022, p31).

Entretanto essa “abordagem produziu um aumento importante da demanda psiquiátrica” visto que os “serviços extra-hospitalares tornaram-se grandes captadores de novas clientela” e acabaríamos por assistir à uma “medicalização da ordem social com a expansão dos preceitos médico-psiquiátricos para o conjunto da sociedade”, destapa o CFP (2022, p31).

Nesse sentido, Darcy sinala: *“Esses dois mil pacientes não passam todos com as equipes multidisciplinares, eles passam realmente para o atendimento médico”*, ou seja, estão em busca de receitas para aquisição de medicamentos, como também detecta Silvana: *“vem aqui por conta de não estar bem naquele momento e precisa de uma medicação e aí ela consegue tomar medicação e trabalhar ao mesmo tempo”*.

Questionando a violência dos hospícios, desde o início do século XX, um pequeno número de vozes solitárias se levantaram no país e a partir do fim dos anos 40 algumas iniciativas passam a despertar uma nova mentalidade na proposição de cuidados humanizados, com abordagens médicas que considerariam a pessoa como um todo, sua autonomia e liberdade, os aspectos sociais e psicológicos e a importância de novas alternativas em seu tratamento.

Como o vasto legado de mais de meio século deixado por Nise da Silveira, defensora da Terapêutica Ocupacional como eixo principal no tratamento e reabilitação psicossocial de seus clientes, como ela chamava, experiências que embasariam o pensamento de inúmeros ativistas engajados pela Luta Antimanicomial no Brasil em prol dos direitos humanos e da cidadania.

Mesmo diante de regimes militares, esses atores se tornariam porta vozes na defesa da dignidade desses asilados e acabariam por influenciar sobremaneira a elaboração das políticas públicas que instauraram a reforma psiquiátrica no Brasil, arquitetando novos modelos para a atenção e os cuidados à saúde mental no país.

Em 1946 Nise retomou seu trabalho no Centro Psiquiátrico Nacional Engenho de Dentro, no Rio de Janeiro, e se propôs a instaurar uma Terapêutica Ocupacional diferente do que se praticava até então, expressando uma preocupação teórica que pudesse pôr em confronto diversas linhas de pensamento que buscassem bases científicas para sua prática.

Segundo ela, sua seção era considerada subalterna, destinada “a distrair ou contribuir para a economia hospitalar” (SILVEIRA, 1992, p.16), cujo tratamento seria julgado como “ingênuo e quase inócuo” frente aos medicamentos químicos desenvolvidos naquele período.

Ela ressalta que sua experiência no Engenho de Dentro pôde comprovar a eficiência da Terapêutica Ocupacional no “campo da pesquisa e na prática de tratamento”, método que contava com oficinas de encadernação, costura, pintura e modelagem, música ou trabalhos artesanais, sem distinção entre pacientes crônicos e agudos, cujos resultados eram “rápidos e evidentes”.

Ademais, suas oficinas eram capazes de infundir vida onde aconteciam e de “produzir mudanças no ambiente hospitalar”, evidencia a doutora (SILVEIRA, 1992, p.16), considerando o trabalho uma importante atividade social produtiva, cara à dimensão humana da ação, como bem mostra a figura 4³⁰, abaixo:



Figura 4 – seção de Terapêutica Ocupacional no Centro Psiquiátrico Nacional de Engenho de Dentro

³⁰ Disponível em <<http://www.ccms.saude.gov.br/nisedasilveira/secao-de-terapeutica-ocupacional.php>>. Acesso em: 29 de abril de 2020.

Rapidamente sua seção se desenvolveu e dezessete núcleos de atividades proporcionariam “condições para a expressão da vivência de seus frequentadores” que avançavam no fortalecimento de suas individualidades e no convívio social, destacando o trabalho desenvolvido nos ateliês de pintura e modelagem.

Do mesmo modo, essa prática atinge Laura, que frequenta o CAPS diariamente e reafirma a potência dessas atividades (OLIVEIRA, 2017, p. 304): *“Fora o tratamento com os remédios tem terapia em grupo que a gente conversa tudo e põe para fora, a música é uma forma de terapia, o desenho também é uma terapia, a caminhada para mim também é uma terapia, tudo que eu faço lá é terapia”*.

Em seu setor se “objetivavam forças autocurativas”, levando-o a ser reconhecido pela “compreensão do processo psicótico e valor terapêutico” e dali surgiria o Museu de Imagens do Inconsciente em 1952. Seu trabalho ao longo dos anos apontaria para a necessidade de mudanças radicais de atitude “face a esses doentes e aos tristes lugares que são os hospitais psiquiátricos”, retoma Silveira (1992, p. 17-18).

Ao passo que, para ela (SILVEIRA, 1992, p.11), em plenos anos 90 ainda seria forte o “clima de opinião cartesiana” que pairava sobre os psiquiatras que se concentrariam em descobrir as causas orgânicas para as perturbações mentais, desconsiderando suas dimensões psicológicas e sociais.

Como contestaria o próprio psiquiatra Paulo Fraletti, um dos diretores do Complexo Hospitalar do Juquery, sobre o valor do trabalho como forma de tratamento (FRALETTI, 1984, p.172):

Muito se tem falado sobre a laborterapia, como se fosse novidade e arma terapêutica salvadora contra a loucura! É útil, ninguém duvida, e de obrigatória aplicação, mas não passa de terapêutica auxiliar. Constitui erro gravíssimo pensar-se que é método básico de tratamento psiquiátrico, como pregam alguns teóricos, que acreditam, ingenuamente, na causa social da loucura, quando não - o que é muito pior - manipulando-a como arma de luta ideológica ou má fé, no que também passam a acreditar leigos na matéria, tanto do povo como dos governos e, até, da imprensa.

Tão pouco se considerava a necessidade de um cuidado humanizado que tratasse não só da doença, mas também da pessoa, cujos métodos cruéis e de reclusão eram aqui amplamente utilizados e, mesmo de frente à novas formas de atenção e cuidados que já circulavam no país, antigas práticas manicomialistas resistiam.

Querendo consertar à força a máquina doente utilizava-se métodos extremamente agressivos como o eletrochoque de Cerletti, o coma insulínico de Sakel, a lobotomia de

Moniz ou as psicocirurgias de Freeman, todos eles com gravíssimos efeitos colaterais. Soma-se à isso a quimioterapia de Laborit, cujos pacientes enfrentariam os avassaladores impactos de drogas como a “chlorpromazina” e a “clozapine” que, segundo eles mesmos, “os deixariam entorpecidos das funções psíquicas, com dificuldades de tomar decisões e sonolência permanente” (SILVEIRA, 1992, p.13).

Do mesmo modo Laura descreve certa situação de crise em que ingeriu grande quantidade desses medicamentos: *“era muito forte para meu corpo suportar, então eu não me mexia, eu começava a andar igual um robô, ficava na cama e não conseguia andar”* (OLIVEIRA, 2017, p. 207).

Afinal, as descobertas da ação dessas substâncias sobre o sistema nervoso teriam ocasionado importantes transformações no tratamento das doenças mentais” cujos medicamentos eram ministrados em doses crescentes e excessivas pelos hospitais psiquiátricos, que agora poderiam viver em paz, no que ela chamava de uma “camisa-de-força química” (SILVEIRA, 1992, p. 13).

A contundente crítica de Nise nos lembra da influência de uma poderosa indústria multinacional agindo à sombra desses medicamentos, pois, segundo ela, “mesmo hospitais públicos de países pobres” destinariam a maior parte de seus recursos para a aquisição dessas drogas (SILVEIRA, 1992, p.14).

O que também é uma constante regularidade nessa história que privilegia a medicação em detrimento das atividades terapêuticas, uma vez que, há poucas oficinas mas a medicação é distribuída à todos nas pequenas farmácias dentro dos próprios CAPS: *“os médicos prescrevem a cesta básica que tem no SUS”*, conforme diz Darcy.

Com isso, não pretendo aqui levantar uma bandeira antifármacos, sendo preciso considerar o testemunho de quem deles necessita, como Mário, morador de uma residência terapêutica, usuário de um CAPS e desses medicamentos:

Tomo remédio todos os dias, tomo duas vezes, tomo cedo e à noite. Ele me ajuda a viver no dia a dia tranquilo. Faz bem para mim. Que se a gente fica sem tomar, faz mal para gente, a gente passa mal. Tem que tomar o remédio sempre.

Neste cenário, Silveira (1992, p. 14) nos recobra que nem todos estavam contentes e foram inúmeras as tentativas feitas mundo afora em busca de uma reforma desse sistema com a abolição do regime asilar e dos métodos agressivos que permitiriam ao paciente adquirir a condição de pessoa, com direito a ser respeitado, vivendo em liberdade, longe

“da coação característica da psiquiatria tradicional” e orientada pelo convívio familiar.

Apesar disso, a psiquiatria reforça que tais iniciativas foram sumariamente extintas em pouco tempo, o que interrompeu bruscamente seu desenvolvimento e mesmo obtendo resultados relevantes, essas experiências transformadoras tiveram pouca reverberação.

Aliás, a descontinuidade das ações voltadas ao trabalho e à humanização dos serviços, quase sempre superlotados e com poucos recursos humanos e que acabam voltando-se quase que exclusivamente para o tratamento medicamentoso, configuram mais uma regularidade nessa história, como desabafa Silvana:

Então a gente acaba não tendo tempo de fazer outras coisas com pacientes que a gente já atende, fazer mesmo um tratamento, porque a gente tem que fazer outras coisas que o município pede e tem que fazer para ontem. A gente entende que não tem outro serviço para fazer isso, mas a gente acaba aí fazendo muito mais coisas de avaliação do que de tratamento mesmo em que a gente poderia fazer coisas muito mais legais, que a gente pudesse aprimorar mais, que pudesse aprofundar mais no tratamento com algumas pessoas, mas a gente não consegue ter pernas para isso hoje por conta da demanda que a gente tem.

Muito embora se preconize cuidados que levem em consideração a promoção do trabalho e a geração de renda isso não acontece em Sorocaba, como atesta a trabalhadora: *“faz dois anos que a gente não faz nem bazar, mas aí era mais essas questões de vender os produtos que a gente confeccionava aqui dentro da unidade mesmo”*.

De volta aos anos 50, Nise inicia um reconhecido trabalho que se tornaria um oásis em meio aos sinistros manicômios de seu tempo, a Casa das Palmeiras, que representava um “degrau intermediário entre a rotina hospitalar, desindividualizada, e a vida na família e na sociedade” e que se constituiu livre e pobre, sem “a coleira de convênios”, para receber os egressos do sistema psiquiátrico.

Lá o principal método de tratamento era o “exercício espontâneo de atividades diversas”, em regime de externato, com portas e janelas sempre abertas, sem a autoridade habitual das instituições e com equidade na relação entre a equipe técnica e seus frequentadores. Princípio em que Darcy acredita piamente, pois, ele/a mesmo/a narra que:

A gente não usa crachá, a gente não usa jaleco, a gente se iguala a eles, quando a gente vai passear com eles, é todo mundo de roupa igual, eu vou de tênis, calça normal, eu vou com eles nos passeios quando eu tenho oportunidade de ir, é hora de brincar nos brinquedos no Hopi Hari, a gente vai junto, porque eu não sou melhor do que eles e eles também não são melhores do que eu, é para se igualar mesmo, é gente como a gente.

Para Silveira, ao longo de suas muitas décadas de existência a Casa teria cumprido seu maior objetivo: o de “cortar o ciclo vicioso de internações-reinternações de seus clientes”, cuja maioria nunca voltou aos hospitais psiquiátricos, o que para ela era a comprovação da potência da Terapêutica Ocupacional como recurso principal desse tratamento, cuja necessidade e viabilidade de implantação de casas como a sua poderiam representar uma “nova política de saúde mental no país” (1992, p. 22).

O trabalho e seu potencial humanizador e terapêutico foi caracterizado nas seções de terapia ocupacional da psiquiatria como um exercício espontâneo de diferentes atividades produtivas, livre da autoridade médica, das pressões causadoras de angústia e sem o caráter financeiro de manutenção dos hospitais.

Força comprovada científica e estatisticamente pela sua experiência de mais de cinquenta anos de atuação como um método eficaz que se moveria em direção à autocura do sujeito e à sua reabilitação psicossocial.

Para muitos trabalhar possibilitaria o retorno às suas famílias e comunidades, o convívio em um ambiente cordial, um tratamento humanizado com direitos a serem respeitados, livres da coação das grades e das mega doses de psicotrópicos, opondo-se à um tratamento medicamentoso e de reclusão, como detecta Darcy: “*Sabe quantos anos tem que ela não passa no CAPS? Tem mais de dez anos, ela toma só Captopril*”.

Ao mesmo tempo, para Nise (SILVEIRA, 1992, p.15) “o mais forte empreendimento de mutação na área da psiquiatria”, teria ocorrido com a negação da instituição psiquiátrica por Franco Basaglia³¹, diretor do Hospital Psiquiátrico de Gorizia, na Itália dos anos sessenta.

Basaglia proporia encontros entre médicos e internados, a realização de assembleias com todos os envolvidos e acaba com as “medidas habituais de contenção”. Mais tarde, já em Trieste, ele teria iniciado o processo de desativação da instituição psiquiátrica fechada e criaria centros externos para dar suporte aos ex-internados.

Para Gondim (2001, p.17) a negação da instituição por Basaglia “não se resumiria na negação do hospital psiquiátrico, e sim na negação da psiquiatria como ideologia, enquanto ciência que se apodera de um mandato social. Não seria tampouco a negação da

³¹ Franco Basaglia, psiquiatra italiano que “usando determinadas produções teóricas e uma forma peculiar ao lidar com as questões sociais, construiu uma das mais radicais transformações no campo da psiquiatria e dos saberes sociais” difundindo práticas de respeito à vida e à liberdade, tomando o paradigma clínico como objeto verdadeiro de um processo de desinstitucionalização psiquiátrica, reconhecido por sua máxima “por uma sociedade sem manicômios” que fundamenta a luta para o fim dessas instituições. AMARANTE, Paulo. Uma aventura no Manicômio: a trajetória de Franco Basaglia. História, Ciências e Saúde – Manguinhos, I (1): 61-77, jul-oct, 1994. p. 61

doença, já que o sofrimento está lá, com o sujeito”, visto como um objeto complexo e que possibilitaria “múltiplas visões acerca do fenômeno doença”.

Tal negação implicaria na “superação e invenção de novas formas de atuação” o que teria tornado necessário “um conjunto de transformações não somente no saber psiquiátrico, como nas políticas implementadas até então” (GONDIM, 2001, p.17).

Assim, a passagem da “instituição negada para uma instituição inventada” representaria todo o processo de desinstitucionalização da Psiquiatria Democrática Italiana cuja ênfase passou a ser um projeto de invenção de saúde e de reprodução social do paciente, sendo que a “palavra-chave deixaria de ser cura, para se tornar cuidados” (GONDIM, 2001, p.17), fórmula que ajudaria a derrubar muros e a implantar serviços de portas abertas por lá e por aqui também.

No questionamento do saber e da instituição psiquiátrica também se discutiria “a função e o papel dos técnicos e o próprio espaço de ação da psiquiatria” afirma Passos (2009, p.127) e de caráter não só clínico como também político e social.

Contrariando as experiências de seus vizinhos franceses, os italianos opunham-se à ergoterapia e à terapêutica ocupacional que não levasse em conta o trabalho remunerado. É o que diz Mário quando lhe pergunto se recebia pelo trabalho em um projeto de varrição de ruas e calçadas nas redondezas do Hospital em que vivia:

Quando eu trabalhava o mês inteiro, eu ganhava 85 (oitenta e cinco) por mês. Quando eu comecei eu ganhava 45 (quarenta e cinco). Aí depois foi aumentando para sessenta (60). Aí depois eu comecei a trabalhar de líder e começou a pagar oitenta e cinco (85) para mim.

Ampliando a noção de território dos franceses, os italianos reafirmariam os ideais de democratização e horizontalização das relações, de criação e manutenção de cooperativas sociais de trabalho nesse espaço que, segundo Barros (1990, p. 136), representaria:

[...] antes, o espaço social de uma coletividade, identificado pela existência de uma cultura própria e de uma série de recursos arquiteturais e institucionais (de trabalho, lazer, ação política, saúde, educação, convivência, arte, religião, etc.) que precisam ser conhecidos e articulados pelos serviços sanitários, numa ação coletiva integradora. O território é uma construção; como tal, deve emergir da mobilização concreta dos recursos existentes e das necessidades reais da comunidade.

Mesmo com inúmeras referências positivas sobre o trabalho cooperado, com uma legislação que estimula a criação de Centros de Convivência e Cooperativa, os CECCO'S,

com apoio de Universidades e outros órgãos governamentais há um número ínfimo deles no Brasil, pouco mais de cinquenta, como denota Silvana: *“Eu sei de São Paulo que é o mais próximo, em Sorocaba nunca teve e na região também que eu saiba não”*.

Para Basaglia “o combate à doença mental é a luta contra a miséria” no âmbito da própria comunidade e nesse sentido, sua proposta criaria espaços alternativos à instituição manicomial numa estratégia terapêutica situada nesse território.

Para o psiquiatra o trabalho deve proporcionar renda a essas pessoas para sua efetiva participação no mundo do intercâmbio social, por meio de atividades produtivas para se alcançar este fim, além de oferecer bolsas de formação profissional em cooperativas, visando o duro enfrentamento da exclusão social e econômica imposta aos sujeitos da loucura.

De volta ao Brasil, em meados dos anos 90 as estatísticas apontariam que havia uma média de 70% de reinternações nos hospitais psiquiátricos brasileiros e esse número ainda podia ser bem maior, diz Nise, visto que o tratamento medicamentoso e de reclusão era considerado à época a principal abordagem terapêutica, pois, para ela, havia “algo errado no conjunto do tratamento psiquiátrico” (SILVEIRA, 1992, p.19) que apresentaria números tão alarmantes.

Sua experiência provaria que tais substâncias diminuiriam o tempo de internação, que era em torno de quinze a trinta dias, mas, que o número de reinternações não teria se modificado, o que teria criado um ciclo vicioso entre a “rápida permanência no hospital e a tentativa de vida em sociedade” (SILVEIRA, 1992, p.20).

O que acabaria por desconsiderar que a vivência da experiência psicótica teria um impacto profundo e violento e que a pessoa dificilmente estaria pronta para restabelecer sua vida familiar e social e reassumir sua atividade profissional, ensina a psiquiatra.

Mais a mais, Silvana replica de usuários do CAPS falas que demonstram como o preconceito pode fechar as portas do mundo do trabalho para essas pessoas: *“ai, eu não quero um atestado daqui, porque se eu levar um atestado desse eu posso ser demitido do meu serviço”*.

O que Nise (1992, p. 20) já apontava há mais de trinta anos, pois, mesmo aquele que possuía trabalho antes da internação é sumariamente despedido e se ele vem do campo ou do interior para a capital há grandes mudanças no meio social e cultural, se conseguir emprego, terá de se adaptar a novos instrumentos que ele não sabe manejar.

Obrigado a viver, na maioria das vezes, nas periferias das cidades, a espiral entre loucura, trabalho e pobreza se agrava e “o peso do rótulo do egresso dificulta a obtenção

de emprego”, como afere Nise (1992, p. 20) e vivencia Silvana diariamente quando diz: *“às vezes acontece da pessoa falar assim: ai, eu não falei que eu faço tratamento psiquiátrico”*.

Além disso, tais medicamentos distribuídos em grandes quantidades acarretariam grande risco para eles que, de posse deles, podem usá-los sem discriminação, inclusive ingerindo-os com bebidas alcoólicas. O que ainda é atual como recontaria Laura caso semelhante (OLIVEIRA, 2017, p.304): *“O M. morreu porque ele ingeriu muitos remédios, a medicação dele cada pílula tinha 600 mg e ele tomou quarenta comprimidos e é muito, ficou até em coma [...] A turma falou que ele tomou o remédio com bebida”*.

Se “toda história é contemporânea”, ecos desse passado próximo ainda ressoam no presente e, por mais afastados no tempo que pareçam, cabe aqui investigar se houve mudanças nesse paradigma em serviços como os CAPS e a relação direta que esses medicamentos possuem hoje com o tema trabalho.

Sob essa ótica, revela dona Sueli (OLIVEIRA, 2017, p. 287): *“Ele fala: mãe eu quero trabalhar. Porque eles falam: ai, ele toma remédio. Tudo bem, ele toma remédio hoje, mas, só que ele não dorme durante o dia, ele toma remédio para dormir é o contrário”*.

A esse relato devemos acrescentar a ausência da família, o peso do rótulo na busca por emprego, a migração para os centros de tratamento, a saída do campo para as periferias das grandes cidades. Exposto à violência, ao desemprego, à fome e ao isolamento sua única saída seriam as “portas da loucura” e o afogamento nos neurolépticos, conforme descrevia Nise (1992, p.20) e testemunha Silvana: *“São pessoas com bastante dificuldade financeira, tem pessoas que têm situações até de família sem renda nenhuma”*.

Para que essas vozes fossem ouvidas e se extinguisse esse modelo foi, e continua sendo necessária, uma grande movimentação de atores sociais e políticos, nacionais e internacionais, para que práticas que violam os direitos humanos venham à luz do dia e se tornem temas de debate na esfera pública.

Enfim, é por meio de lutas sociais e do engajamento político a favor da vida que o valor e o significado do trabalho em relação à loucura tomaria o sentido da dimensão humana da ação, por ser uma valorosa estratégia terapêutica capaz de viabilizar a reinserção social e produtivo-econômica a essas pessoas.

Trabalhar lhes permitiria voltar ao convívio familiar, a obtenção de renda para participação da vida econômica de sua comunidade e a transformação da cultura do lugar

onde vivem, sendo as diferentes iniciativas das últimas décadas do século XX referências para a edificação de políticas públicas de enfrentamento à exclusão que as atinge histórica e continuamente.

Apesar disso, mesmo em pleno século XXI, após um caminho tortuoso feito a passos lentos, essas pessoas ainda sofrem com a falta de ações afirmativas no campo do trabalho e geração de renda, com o descaso das famílias, da sociedade e do governo, com o peso dos estigmas e preconceitos e com vigorosos processos de exclusão.

Mesmo diante das grandes reformas do sistema psiquiátrico e da legislação vigente, ainda persiste o velho caráter de segregação a excluir essas pessoas sumariamente do mundo do trabalho, da geração de renda, das atividades produtivas, das redes de sociabilidade, dos sistemas de proteção e da circulação nos espaços sociais, embora muitas delas necessitem trabalhar para viver.

Trabalhar para viver

Foi a partir de princípios como o fim das longas internações e do isolamento, da luta contra a pobreza como combate à loucura, das atividades terapêuticas como forma alternativa a um tratamento medicamentoso e de reclusão, das novas normas e orientações difundidas por instrumentos internacionais de defesa dos direitos humanos, dos conchaves políticos pela cidadania, das conquistas das associações e dos trabalhadores da saúde mental e de tantos outros personagens solitários dessa história que, antes das diretrizes oficiais que norteariam os serviços substitutivos aos manicômios, começam a ruir os muros do antigo modelo asilar.

Momento em que novas luzes orientariam a humanização da área, em um movimento de transformações que caracterizaria o “surgimento de novos serviços num contexto histórico, político e conceitual emergente” a partir da metade dos anos 80, produzindo “novas experiências em suas intervenções junto à loucura e ao sofrimento psíquico” ratificam Amarante e Torre (2001, p. 27).

Aqui o trabalho ganharia renovados contornos, num enlace clínico, político, econômico e social que busca garantir aos usuários e usuárias desse sistema a liberdade, a emancipação, a autonomia, o convívio familiar e com a comunidade, o acesso à novas alternativas de organização para o trabalho, às atividades produtivas e à geração de renda, viabilizando a circulação por outros espaços sociais e a construção de novos projetos de

vida, garantindo a todos que necessitem de cuidados e atenção à saúde mental seu direito à cidadania.

É nessa vanguarda que em 1987 foi inaugurado, na cidade de São Paulo, o Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, que ficou conhecido como CAPS da Rua Itapeva, criado meio a um processo de redemocratização do Brasil e da transição de uma fase sanitarista rumo a desinstitucionalização psiquiátrica.

Nesse contexto surgem serviços de saúde mental “em vários municípios do país” consolidando-se “como dispositivos eficazes na diminuição de internações e na mudança do modelo assistencial” (BRASIL, 2004, p.12), como o Núcleo de Atenção Psicossocial – NAPS, criado em maio de 1989 após uma intervenção do Ministério Público na antiga Clínica Anchieta que funcionava em Santos – SP.

O CAPS de São Paulo e o NAPS de Santos tornaram-se “pioneiros enquanto serviços alternativos à internação e aos tratamentos psiquiátricos convencionais”, sendo considerados como referências para se pensar a problemática da saúde mental à época.

De lá para cá eles “evoluíram, incorporaram novas questões” e sofreram transformações”, cujos “projetos de origem marcaram um certo campo de intervenção”. Segundo os autores (AMARANTE, TORRE, 2001, p. 27), “estas experiências primárias vêm ainda influenciando a criação de novos serviços”, lugares onde o trabalho deve ser parte integrante dos cuidados prestados, inerente à eles, atividade essencial para atingir seus objetivos e cumprir sua missão de cuidar em liberdade.

Mudanças vindas com a Reforma Psiquiátrica e que Jussara, com mais de três décadas de trabalho na área, vivenciou e expõe claramente: *“Existe uma diferença enorme. Existe uma diferença que não tem nem como descrever. Essa diferença hoje é total. Mudou totalmente, muito para melhor. Não tenho nem como descrever para você a mudança”*.

No projeto original, esse CAPS foi considerado uma estrutura intermediária “entre o hospital e a comunidade” e oferecia aos seus frequentadores “um espaço institucional que buscasse entendê-las e instrumentalizá-las para o exercício da vida civil”, com enfoque multidisciplinar e pluri-institucional.

Ali o sofrimento psíquico seria pensado “no campo da saúde coletiva, considerando os contextos micro e macro social, como a família e o trabalho, buscando produzir uma reinterpretação de elementos culturais”, destacam os autores (AMARANTE, TORRE, 2001, p. 29).

A Coordenadoria de Saúde Mental (1987, p.1) à época, responsável pelo projeto,

definiria sua estrutura de funcionamento e a clientela a ser atendida, que era descrita como “socialmente invalidada”, “com formas diferentes e especiais de ser” e com “patologias de maior complexidade”.

Eram vistos como aqueles que enveredaram por um circuito de cronificação, com graus variáveis de limitações sociais e com “graves dificuldades de relacionamento e inserção social”, firmam os coordenadores (Coordenadoria de Saúde Mental, 1987, p.1), que externavam uma forte preocupação com o convívio familiar e social dessas pessoas em suas comunidades de origem.

Já o NAPS buscava desconstruir o manicômio e seu lugar de violência, implicando em um projeto de saúde mental que se constituísse numa instituição “que não segregue e não exclua”, visando a transformação de uma lógica assistencial para uma de produção da saúde.

Fortemente inspirados por Basaglia, o Núcleo estabelece marcos teóricos intentando “contribuir com um processo de ação e reflexão para a transformação da estrutura manicomial”, possibilitando “uma nova e complexa realidade no campo da saúde mental”, enfatizam Amarante e Torre (2001, p. 30).

Para tanto, são traçadas estratégias de ação no NAPS “consideradas fundamentais para a realização de seus objetivos” tais como: uma regionalização do serviço, “compreendida como o ponto de partida para a mudança de perspectiva”, atuando diretamente em seu território, visando uma transformação cultural e não meramente “uma divisão administrativa” (AMARANTE, TORRE, 2001, p. 30).

Transformação que Jussara ratifica ao lembrar-se que: *“Aí quando tiraram eles para fora e colocaram nas casas, no começo, o pessoal começou a olhar e a observar e pensavam: nossa eles saíram do Hospital Psiquiátrico. Será que eles não são perigosos? Ficavam meio assim”*.

Há também a abertura do debate com os cidadãos e a comunidade, contando com associações, sindicatos, igrejas e outros setores; a formação e a transformação da equipe técnica do serviço; além do estabelecimento de um projeto terapêutico que envolva o “cuidar de uma pessoa”, “fazer-se responsável”, “evitar o abandono”, “atender à crise” e “responsabilizar-se pela demanda”, através de diferentes instrumentos técnicos, dentre eles os “núcleos de trabalho”, sublinham Amarante e Torre (2001, p. 30).

Um desses princípios, “fazer-se responsável”, é lembrado por Darcy que o reafirma: *“Como eu sou responsável por essa zona da cidade eu também não posso deixar esse paciente à deriva, eu me sinto responsável, eu tenho que acolher”*.

À medida que o Brasil passa por um processo de abertura política, dá lugar ao surgimento de serviços que rompem com a lógica manicomial, é oportuno lembrar que a Constituição Federal de 1988 sedimentou garantias já existentes na Constituição das Leis Trabalhistas desde os anos 40, representando significativos avanços para os direitos dos trabalhadores.

Soma-se a isso a implantação do SUS – Sistema Único de Saúde pelas Leis Federais 8.080/1990 e 8.142/1990 tem como horizonte o Estado democrático e de cidadania plena como determinantes da “saúde como direito de todos e dever de Estado”, conforme previsto na Constituição, versando que ele está alicerçado sobre os seguintes princípios (BRASIL, 2004, p.13):

[...] acesso universal, público e gratuito às ações e serviços de saúde; integralidade das ações, cuidando do indivíduo como um todo e não como um amontoado de partes; equidade, como o dever de atender igualmente o direito de cada um, respeitando suas diferenças; descentralização dos recursos de saúde, garantindo cuidado de boa qualidade o mais próximo dos usuários que dele necessitam; controle social exercido pelos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde com representação dos usuários, trabalhadores, prestadores, organizações da sociedade civil e instituições formadoras.

Entretanto mesmo diante da abertura democrática do país, das lutas pelos direitos no Brasil, da implantação do SUS e de exemplos humanizados na área da saúde mental que já circulavam por aqui, a situação no Juquery parecia a mesma de antigamente, como podem comprovar as imagens do fotógrafo Claudio Edinger, em seu livro *Madness*.



Figura 5 - Pavilhão feminino do Juquery, imagem de Claudio Edinger, do livro *Madness*³² de 1999

³² EDINGER, Cláudio. *Madness*. New York: DBA, 1999.

O fotógrafo nos oferece um registro do cotidiano do Juquery que em sua história enfrentou inúmeras e graves denúncias de violação dos direitos humanos. Entre 1989 e 1990 ele teria passado alguns dias no complexo, lugar em que a permanência dos ali encerrados é uma forma de tortura, como mostra a figura 5 acima.

Cenas semelhantes ocorreram em Sorocaba cujo nome ficou nacionalmente conhecido por ser o epicentro de uma região que concentrava uma dezena de hospitais psiquiátricos em um raio de 60 km, com mais de três mil internos.

Para mudar essa realidade, Cláudia que trabalhou em alguns deles sustenta que ocupava-se para (OLIVEIRA, 2017, p. 260): *“eliminar um pouco do ócio porque que era uma coisa que incomodava muito a equipe do hospital. A gente brincava que eram os “jacarés”, aquele que ficava todo momento deitado. Você andava no hospital, estava lá deitado no chão”*.

As ressonâncias desse passado ainda podem ser percebidas no presente, conforme reconhece Darcy: *“Como Sorocaba foi um polo de violação de direitos e com o fechamento dos hospitais psiquiátricos essa rede ainda não está pronta, ela não está acabada, a gente ainda não tem uma estrutura que possa receber todos esses pacientes”*.

A fim de corrigir essas barbaridades tais princípios se estenderiam aos serviços públicos em saúde mental e no início dos anos 90 o governo editaria as Portarias Ministeriais 189/91 e 224/92 que, inspiradas pelo CAPS da Rua Itapeva e pelo NAPS de Santos, “instituíram e regulamentaram a estrutura dos novos serviços em saúde mental” dizem Amarante e Torre (2001, p. 31).

Outrossim, a legislação submeteu os hospitais a normas de atendimento mais respeitoso, como a Norma de Orientação Básica (NOB) 96 que prevê repasses de recursos federais para a municipalização do sistema psiquiátrico e que culminou com a publicação da Portaria 2.203 de 1996 que “redefine o modelo de gestão do SUS, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema”³³.

Criou também os Hospitais-Dia³⁴, que fariam a mediação entre o ambulatório e a

³³Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html>. Acesso em: 02 Set. 2017.

³⁴A Portaria Nº 44, de 10 de janeiro de 2001, do Ministério da Saúde, define “como Regime de Hospital Dia a assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial, para realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, que requeiram a permanência do paciente na Unidade por um período máximo de 12 horas”.

internação, a instalação de lares abrigados que permitem a formação de repúblicas de pacientes como as Residências Terapêuticas - RTs e de oficinas terapêuticas, dentre elas, as de geração de renda.

Mas, é com a publicação da Lei no 10.216, de 6 de abril de 2001, que se tratará da proteção e dos direitos das pessoas com transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental, imputando ao Estado a responsabilidade no desenvolvimento da política pública na área, a assistência e a promoção de ações de saúde com a participação da sociedade e da família, segundo os termos da lei.

A partir de então os antigos Hospitais Psiquiátricos serão gradativamente desativados e as verbas federais destinadas aos CAPS serão repassadas para os municípios que devem gerir esses recursos em parceria com os Estados e investir nos serviços oferecidos em seu território, atuando em rede, com o comprometimento de todas as esferas governamentais.

Entretanto uma defasagem nos valores recebidos vem agravando a antiga crise na saúde mental, conforme explica Darcy sobre sua saúde financeira:

Para você ter ideia, hoje eu tenho uma verba de cento e oitenta e três mil reais (R\$ 183.000) e a minha a minha receita de funcionários é praticamente cento e setenta mil reais (R\$ 170.000), fora isso eu tenho que pagar aluguel, alimentação, manutenção de uma casa desse tamanho, então eu estou estourando.

Agora a administração é feita por associações da sociedade civil mediante processos públicos de licitação e dos quais a fiscalização é de responsabilidade dos órgãos públicos e de toda sociedade. Mesmo assim, o/a trabalhador/a considera que:

Agora que a gente acabou o contrato e precisa ser renovado, a gente tá na expectativa que aumente, porque eu também não tenho condições mais de contratar ninguém, com a verba que eu tenho eu estou trabalhando no vermelho.

Embora com baixos investimentos, houve um grande salto no entendimento e na orientação dessa política, pois a lei prevê também que a internação “só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”, por meio de um tratamento que visa a reinserção dos usuários em suas famílias e comunidades.

Atuação atestada por Darcy que comemora a importância do CAPS na reabilitação e reinserção social de seus usuários e usuárias: *“Hoje graças a Deus ela está super bem, ela teve o neném e está trabalhando e ele continuou nosso paciente. Ela a gente deu alta,*

nem encaminhamos para a UBS e hoje ela trabalha na PepsiCo, é uma empresa que tem aqui em Sorocaba”.

É “vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares” nas próprias palavras da lei, o que contribuiu para a desativação de centenas de hospitais psiquiátricos e para a multiplicação dos CAPS por todo o território nacional.

A legislação também define quem são os usuários desse serviço e de acordo com ela são aqueles que “apresentam intenso sofrimento psíquico com transtornos mentais graves ou severos, incluindo os transtornos relacionados às substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) e também crianças e adolescentes com transtornos mentais” (BRASIL, 2004, p.15).

No entanto a trabalhadora declara que atende à um público diverso, contrariando a própria lei: *“hoje eu tenho todo o público, eu tenho leve, eu tenho moderado e eu tenho os graves e persistentes”*, fazendo com o que CAPS abarque uma clientela muitas vezes maior que sua capacidade, como ela sopesa: *“Eu fechei o mês do CAPS com dois mil cento e sessenta e dois (2162) pacientes”*.

Acolhendo a demanda de outros serviços de saúde mental o CAPS se desvirtua de sua verdadeira missão e objetivos, deixando de prestar os cuidados e uma atenção especializada de qualidade à população, como bem sabe a mulher:

Eu não consigo efetivar um trabalho minucioso, para mim poder fazer um trabalho minucioso da forma que você colocou no seu papel aqui eu teria que ter o que o CAPS realmente se propõe a fazer, eu teria que ter no máximo uns quatrocentos (400) pacientes dentro desse CAPS, aí sim eu conseguiria acompanhar os meus pacientes.

Dentre eles há egressos de antigos hospitais que agora vivem em Residências Terapêuticas como Airton, colaborador desse trabalho, que vivencia as mudanças no sistema psiquiátrico nacional há pelo menos cinco décadas: *“Fiquei morando lá, depois fui para chácara. Primeiro eu fui para um Hospital depois para o outro aqui em baixo. De lá passei para o albergue masculino.”*

Foi somente no ano de 2002 que se publicou a Portaria nº 336, que regulamentaria e ampliaria o funcionamento desses Centros, reconhecendo sua complexidade e tratando de sua missão e objetivos, sendo a reabilitação psicossocial de seus usuários uma das questões centrais para o sucesso dessa política pública. Conforme afirmam os órgãos governamentais da Saúde (BRASIL, 2004, p.12) os CAPS têm:

[...] a missão de dar um atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias.

Reza ainda que, dentre seus muitos direitos, seus usuários devem ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, em ambiente terapêutico, pelos meios menos invasivos possíveis e, preferencialmente, serem tratados em serviços comunitários, como os CAPS.

Esses Centros devem ser constituídos por uma equipe multiprofissional³⁵, composta por diferentes áreas, atuando sob uma ótica interdisciplinar, prestando atendimento tanto em situações de crise, quanto em seus processos de reabilitação psicossocial e devem compreender ações que, segundo o Ministério da Saúde (2015, p. 12) possibilitem:

[...] o fortalecimento de usuários e familiares, mediante a criação e o desenvolvimento de iniciativas articuladas com os recursos do território nos campos do trabalho/economia solidária, habitação, educação, cultura, direitos humanos, que garantam o exercício de direitos de cidadania, visando à produção de novas possibilidades para projetos de vida.

De acordo com a professora Maria Salete Bessa Jorge (2006, p. 735) o conceito de reabilitação psicossocial para as pessoas com transtornos mentais também seria uma contribuição da Psiquiatria de Basaglia, tendo sido “forjado no interior do movimento brasileiro de reforma psiquiátrica”, a partir dos postulados do italiano e que:

[...] A reabilitação psicossocial precisa contemplar três vértices da vida de qualquer cidadão: casa, trabalho e lazer. Nesta perspectiva, a reabilitação consiste em um conjunto de estratégias capazes de resgatar a singularidade, a subjetividade e o respeito à pessoa com sofrimento psíquico, proporcionando-lhe melhor qualidade de vida.

Anos mais tarde, instituiu-se também a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS³⁶ –

³⁵ De acordo com o tipo de CAPS as equipes são compostas de maneira diferenciada, em geral podem contar com médicos psiquiatras, enfermeiros, profissionais de nível superior como, psicólogo, terapeuta ocupacional, pedagogo, técnicos de enfermagem, administrativo, educacional e artesão. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 13.

³⁶ Segundo o artigo 5º da Portaria Ministerial Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, a Rede de Atenção Psicossocial é constituída pelos seguintes componentes: I - atenção básica em saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) Unidade Básica de Saúde; b) equipe de atenção básica para populações específicas: 1. Equipe de Consultório na Rua; 2. Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção

por meio da lei 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que tem como finalidade a criação, a ampliação e a articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em que os CAPS estão inseridos.

Inspirada pelos princípios da Constituição e do SUS, as principais diretrizes para o funcionamento da RAPS são:

[...] o respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; a promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; o combate a estigmas e aos preconceitos; a garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; a atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; o desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania dos usuários.

No entanto pouco fora feito na última década para a ampliação dessa rede visto a explosão do número de usuários e o baixíssimo investimento na área, como apura Darcy:

[...] a demanda nossa hoje é muito grande e a gente não tem RH (recursos humanos) o suficiente na RAPS para abarcar, porque se eu tivesse condições de mandar esse público que é de UBS para a UBS e ficar só realmente com que é CAPS aqui comigo, aí mudaria minha realidade.

A partir disso os CAPS foram redesenhados e divididos em modalidades de acordo com diferentes fatores: público alvo, faixa etária e estimativa populacional, conforme os termos da Portaria que os institui. São diferenciados também tanto pelo “tamanho do equipamento, estrutura física, profissionais e diversidade nas atividades terapêuticas”, quanto pela “especificidade da demanda, isto é, para crianças e adolescentes, usuários de álcool e outras drogas ou para transtornos psicóticos e neuróticos graves” (BRASIL, 2015, p.22).

Por conseguinte em respeito a tais diretrizes, os Centros de Atenção Psicossocial,

Residencial de Caráter Transitório; c) Centros de Convivência; II - atenção psicossocial especializada, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades; III - atenção de urgência e emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) SAMU 192; b) Sala de Estabilização; c) UPA 24 horas; d) portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro; e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros; IV - atenção residencial de caráter transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) Unidade de Recolhimento; b) Serviços de Atenção em Regime Residencial; V - atenção hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) enfermaria especializada em Hospital Geral; b) serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; VI - estratégias de desinstitucionalização, formada pelo seguinte ponto de atenção: a) Serviços Residenciais Terapêuticos; e VII - reabilitação psicossocial.

em suas diferentes modalidades, tornaram-se componentes fundamentais para a RAPS, “operando nos territórios das pessoas, das instituições e dos cenários em que se desenvolve a vida cotidiana”. Os CAPS são um lugar de referência e cuidado junto às suas famílias e comunidades e realizam “o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários”, diz o próprio Ministério da Saúde (2004, p. 12 - 13).

Essa mudança de perspectiva é sentida por Jussara que atesta o que dizem os documentos oficiais:

Hoje eles são vistos totalmente diferentes, pelo menos os nossos, estou dizendo para você dos nossos que a gente sabe, hoje eles vão no supermercado, eles conhecem o dono do mercado, o pessoal que trabalha no supermercado, eles vão ao banco, eles vão à lotérica, eles vão nas lojas, eles vão na praça, conhecem o entregador, eles têm amizade com todo mundo.

Nesse sentido, Darcy reconhece a importância do serviço que, segundo ele/a, pode reabilitar e reinserir seus usuários, inclusive livres de qualquer tipo de medicação:

[...] ela se sente à vontade de vir aqui para poder nos ver, nos cumprimentar para rever o técnico que cuidou dela, isso é muito legal, isso é gratificante pra gente, saber que o paciente deslanchou e hoje ele não toma nenhum tipo de medicação. Os dois seguiram a vida.

Regulamentados há mais de vinte anos Silva e Rosa (2014, p.254) dizem que hoje eles se constituem “como principal equipamento no processo de reforma psiquiátrica no Brasil e devem funcionar como porta de entrada aos serviços de saúde mental”, sendo um articulador junto à Rede.

O CAPS deve também comunicar-se com o Programa de Saúde da Família, com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, com os ambulatórios, com as Residências Terapêuticas e com a abertura de leitos em saúde mental/atenção psicossocial em hospitais gerais.

Diferentemente dos papéis oficiais, isso não acontece em Sorocaba, como nos participa Darcy ao longo de sua entrevista em falas como: “*Infelizmente a gente não tem ainda uma equipe NASF (Núcleo Ampliado de Saúde da Família) em todas as UBSs (Unidades Básicas de Saúde) de Sorocaba, eu não tenho equipe de Apoio de Saúde da Família em todas as UBSs de Sorocaba.*”

Da mesma forma ele/a indica a inexistência de outros serviços em saúde mental, comprovando a fragilidade dessa Rede: “*tem que ter um psiquiatra no pronto-socorro de*

psiquiatria e nós não temos”, “nós não temos Centro de Convivência ainda” ou “uma residência inclusiva que nós não temos”.

Ademais os CAPS deveriam atuar junto às associações, aos recursos da comunidade, para que contribuam nos cuidados e reinserção das pessoas com transtornos mentais no convívio social e familiar, o que também é contradito pela larga experiência de Jussara: *“a minoria, menos de 5%, tem família.*

Esses cuidados são orientados por meio do Projeto Terapêutico Singular – PTS de cada usuário, que além da articulação com a comunidade envolvida, os saberes e os recursos do território em que se encontra, deve ultrapassar o espaço do próprio serviço.

Dentre as estratégias de composição de um PTS, o CAPS deve oferecer variadas atividades terapêuticas, como reconhece Ronaldo (OLIVEIRA, 2017, p. 277): *“vou duas ou três vezes por semana, na segunda-feira participo da oficina de psicoterapia, de quinta-feira relaxamento, de quarta-feira música”.*

Pode-se notar que o usuário Ronaldo em 2017 não cita nenhuma atividade externa ao CAPS ou voltada ao trabalho e à geração de renda, como nega Mário em 2021 quando toco no assunto: *“Essas coisas não”.*

Igualmente não há articulação com os recursos territoriais, uma vez que a superlotação e a sobrecarga do serviço os impedem de estabelecer essa relação com a própria comunidade, como destaca Silvana:

Não há. E seria muito necessário porque realmente a gente não tem como encaminhar ninguém para isso, já tivemos uma vez no CAPS uma empresa que veio para conversar com a gente, porque ela precisava preencher suas vagas de PCD e na época nós selecionamos alguns pacientes que a gente achava que teria condições e ela fez essa entrevista e acabou contratando um ou dois

Mesmo assim, se prevê que algumas das ações dos CAPS devam ser “realizadas em coletivo, em grupos, outras individuais, outras destinadas às famílias, outras são comunitárias e podem acontecer no espaço do CAPS” ou nos territórios onde estão inseridos e poderão compor, de diferentes formas, os Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), de acordo com as necessidades de cada usuário e de seus familiares.

Esses projetos devem visar ações que possibilitem uma “maior integração social e familiar, a manifestação de sentimentos e problemas, o desenvolvimento de habilidades corporais, a realização de atividades produtivas, o exercício coletivo da cidadania”, reitera o Ministério da Saúde (2004, p. 20).

Nessa direção, é precioso o testemunho de Laura que afirma (OLIVEIRA, 2017,

p. 299):

Eu também escrevi poesia aí eu parei de fazer e hoje continuo fazendo as mesmas atividades música e desenho, às vezes eu desenho mesmo sem estar no CAPS, me dá uma criatividade e eu vou lá e desenho qualquer coisa ou copio uma receita que eu vou fazer na arte culinária e faço também caminhada, que é para o corpo ficar disposto. Eu faço então quatro atividades e vou no CAPS de segunda a sexta-feira, todos os dias quase.

É o que Silvana atesta ao realizar atendimentos de triagem, primeiro acolhimento, visitas domiciliares, matriciamento e visitas às residências terapêuticas, além dos atendimentos individuais ou em grupo, como ela mesma narra:

Quando o atendimento é em grupo são atividades diversas na área de terapia ocupacional, desde atividades manuais e lúdicas, até teatrais. Quando não estávamos na Pandemia tínhamos os eventos que fazem parte da minha área: organizar os eventos, passeios, atividades externas.

Segundo a legislação, essas oficinas terapêuticas podem ser expressivas, voltadas às artes plásticas e visuais, às artes cênicas, à leitura e à literatura ou à música. Deve haver também as oficinas de alfabetização para que aqueles que por ventura “não puderam permanecer na escola possam exercitar a escrita e a leitura, como um recurso importante na (re) construção da cidadania” (BRASIL, 2004, p. 20).

Ademais, os CAPS devem oferecer as chamadas oficinas geradoras de renda, como evidencia o Ministério da Saúde (2004, p. 20) e que servem como:

[...] instrumento de geração de renda através do aprendizado de uma atividade específica, que pode ser igual ou diferente da profissão do usuário. As oficinas geradoras de renda podem ser de: culinária, marcenaria, costura, fotocópias, venda de livros, fabricação de velas, artesanato em geral, cerâmica, bijuterias, brechó, etc.

Entretanto ao questionar Darcy sobre o assunto, ele/a justifica que por conta da demanda e do desvio de suas funções, seu CAPS hoje não realiza essas atividades, como em suas palavras: *“o trabalho de oficina de geração de emprego e renda eu não consegui efetivar da forma que realmente necessita ser feito. Eu tenho oficina? Tenho, mas as minhas oficinas não são de geração de emprego e renda.”*

Nesse processo a Reforma Psiquiátrica no Brasil acaba por constituir uma legislação que faz aliança entre a clínica, a política, a economia e a sociedade, cujas noções de liberdade, autonomia e emancipação estão incluídas nela, sendo o trabalho mais que uma ferramenta terapêutica e econômica ou uma prática auxiliar nos cuidados

prestados aos usuários dos serviços de saúde mental como os CAPS.

O trabalho torna-se elemento inerente a esses cuidados e deve compor os Projetos Terapêuticos Singulares de cada usuário e usuária, visando sua reabilitação psicossocial e, ao mesmo tempo, sua reinserção social, por meio de ações articuladas que devem dar acesso ao trabalho e estimular a realização de atividades produtivas e rentáveis, voltadas à promoção da saúde e à construção de novos projetos de vida e de futuro. O que contestam os próprios trabalhadores como diz Darcy:

[...] eu ia te falar que os pacientes não trabalhavam, porque eles não dariam nem conta de trabalhar”, como também denota Silvana: “hoje a gente trabalha com questões de transtornos mentais mais graves, que devido a esse transtorno tem muitas dificuldades para trabalhar.

Além do que encaramos tempos de grandes transformações tecnológicas impostas por uma economia capitalista de mercado a provocar tanto desemprego conjuntural, quanto estrutural, seja pela falta de oportunidades de trabalho ou pelo descompasso entre os empregos disponíveis e as habilidades dos desempregados.

Ademais, o medo e a insegurança diante das sucessivas e graves crises econômicas vem encorpando as filas de atendimento nos CAPS conforme computa Darcy:

[...] por conta da pandemia aumentou realmente o desemprego e aumentar o desemprego mexeu com a saúde mental das pessoas. CID de ansiedade é muito grande, você não está lidando mais com esquizofrenia, com borderline, você não está lidando muito com isso mais, que são os CIDs realmente para CAPS.

Há também a inexistência de alternativas ao emprego formal e à geração de renda; a dificuldade de acesso à proteção social e aos serviços de atenção especializada, bem como, a ausência de ações afirmativas nesses serviços, excluindo por diferentes processos aqueles que não podem se encaixar nessa ordem econômica e acabam arrastados para a pobreza, como muitos dos usuários dos CAPS Brasil afóra.

Como forma de minimizar o impacto da pobreza sobre a vida de muitas dessas pessoas a Lei Orgânica da Assistência Social instituiu também o Benefício de Prestação Continuada – BPC, como certifica Jussara: *“O LOAS ajudou muito lógico, porque é delas, elas podem ficar com ele e fazer o que quiserem dentro da normalidade de uma casa”*.

Existe, contudo, outras políticas de transferência de renda como o “De Volta para Casa” que garantem valores mínimos para a sobrevivência de muitos dos egressos das

instituições psiquiátricas, agora vivendo com suas famílias ou em Residências Terapêuticas e que devem cumprir uma série de requisitos para a obtenção desses benefícios. Como pondera Silvana, que tem dentre seus usuários, alguns desses beneficiários:

Hoje a gente tem mais dois, foram os primeiros “De volta pra casa” de Sorocaba, hoje eles ainda vem nos procurar porque eles estão prestes a perder o benefício, eles não tem mais vínculo nenhum de tratamento com o CAPS, mas tem vínculo com a Instituição, seguiram a vida.

Ao mesmo tempo, destinadas a enfrentar diferentes processos de exclusão há algumas iniciativas que buscam novas formas de cuidar e de trabalhar, traçando alternativas à relação capital e trabalho representada pelo emprego formal, como as inúmeras propostas de ação advindas do encontro entre a saúde mental e a economia solidária, como a implementação dos CECCO’s – Centros de Convivência e Cooperativa, por exemplo.

Quando pergunto à Jussara se ela conhece os CECCO’s ela responde objetivamente: “*Não conheço*”. Indício da ausência de ações afirmativas por parte do poder público, contrariando os princípios da legislação. Ainda assim, com toda sua experiência ela avalia sua implementação:

Importantíssimo! Importantíssimo! E uma outra coisa que eu vou dizer para você, tão importante para os pacientes ou moradores, como queira, das residências terapêuticas e como deveria ter um lugar aqui para inserir as pessoas.

Mais uma vez história, política e saúde mental se interligam e muitos elementos dessa investigação sobre trabalho e geração de renda nos CAPS de Sorocaba poderão ser notados nos testemunhos de trabalhadores, familiares e usuários desses Centros e que servirão como um indicador para averiguação dos resultados obtidos por eles.

Apenas um fragmento dessa realidade vivida em um país de dimensões continentais, visto que, de acordo com a região, a comunidade, o equipamento, o território em que se encontra, a realidade sócio-econômica, muito distintas devem ser as experiências de trabalho e geração de renda, como é o caso de uma cidade que fica apenas a 88 km de Sorocaba, como afere Silvana: “*em Campinas tem um modelo que dá certo, que deu certo lá*”.

Nesse ponto, assinalo a presença de um dilema sobre o qual poucos têm se

debruçado para responder: quais os resultados³⁷ no campo do trabalho e geração de renda foram alcançados pelas ações promovidas pelos CAPS neste novo modelo de atenção e cuidados à saúde mental que ainda se assenta no Brasil?

Dáí a importância de se ouvir os testemunhos dessas pessoas que enfrentam o sofrimento psíquico, passam pela experiência da mudança e utilizam serviços públicos como os CAPS.

Em suma, o significado do trabalho em relação à loucura sofreu importantes transformações ao longo do tempo e no atual contexto fora considerado inerente aos próprios cuidados à saúde mental prestados à população, direito adquirido e garantido em lei como meio de reinserção social, inclusive produtivo-econômica.

Visto como ponte para o mundo das trocas sociais, fator de liberdade, emancipação e autonomia é vértice fundamental para a reabilitação e reinserção social de milhares de pessoas atendidas pelos CAPS no Brasil, que querem e precisam trabalhar para viver.

Elas são testemunhas vivas dessa história em que se luta cotidianamente pela sobrevivência e pelo pão de cada dia, como reforça Ronaldo sobre o quão necessárias são as ações nesse campo (OLIVEIRA, 2017, p. 281): *“para aquelas pessoas que estão se tratando e precisam de dinheiro, de geração de renda, o trabalho seria muito importante”*.

³⁷ Resultados de uma organização seriam “os resultados institucionais obtidos pela organização pública, no exercício de suas principais atividades, de acordo com suas atribuições e áreas de competência.” Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/observatorio/recursos/96-glossario-de-terminos/116-glossario-de-terminos>>. Acesso em: 28 ago. 2017.

Capítulo 2: O Pão de Cada Dia

“[...] hoje eu não tenho fonte de renda...” (Laura, 35 anos, usuária de um Centro de Atenção Psicossocial III em Sorocaba - SP, julho de 2017).

Elementar à condição humana, aspecto básico da vida material em qualquer sociedade, categoria central para o pensamento político ocidental, força motriz de todo sistema econômico é elemento chave para o capitalismo, como Laura acrescenta (OLIVEIRA, 2017, p. 300): *“eu queria um trabalho, porque eu consigo trabalhar, fazer meu dinheiro”*.

Ingrediente necessário para se forjar uma identidade, fonte de satisfação e dignidade, mecanismo de integração e reconhecimento social é matéria para a escrita de uma história individual e também coletiva, como manifesta Ronaldo (OLIVEIRA, 2017, p. 277): *“Eu pretendo voltar a estudar porque eu quero trabalhar, ter uma profissão, ter um lugar, ter um espaço para mim e ser a diferença para aqueles que também querem ser como eu”*.

Meio de produção de bens e serviços, essencial para a subsistência de cada um, para a prosperidade da família e para o progresso da nação, protegido por uma ampla legislação construída ao longo do último século e resguardado por órgãos internacionais de defesa dos direitos humanos, o trabalho, em seus múltiplos sentidos, é caro à dimensão humana da ação, como Ronaldo bem sabe (OLIVEIRA, 2017, p. 281):

Eu tenho consciência de que tenho meus direitos como cidadão, da parte social, as pessoas do CAPS tem o direito de ter uma vida digna, de ter boa alimentação, eles têm direito ao ônibus, direito ao acesso, ter direito ao trabalho, aos estudos, às oportunidades de emprego.

Contudo somente a partir de meados do século XX é que fora tomado pela saúde mental por seu potencial humanizador e terapêutico e, apenas nos últimos anos, tem sido visto num enlace clínico, político e social como um dos caminhos para a liberdade e a emancipação, recurso para a reabilitação psicossocial e reinserção, inclusive produtivo-econômica, dessas pessoas em suas famílias e comunidades, como reconhece a legislação da área.

Todavia ponte imprescindível para a participação no mundo das trocas sociais é marcado por antagonismos. No campo ou na cidade o trabalho requer cada vez mais

especialização aos que nele atuam e ganhar o pão de cada dia torna-se tarefa cada vez mais espinhosa em nosso tempo.

Situação que se agrava entre os usuários e usuárias dos CAPS mediante a falta de ações afirmativas, pelo desinteresse do poder público sorocabano, pelo baixo investimento no setor e pela morosidade dos órgãos de fiscalização, como Silvana admite: *“No papel é muito bonito mesmo, já vi também, que tem que ter isso, ter aquilo, ter a parceria com o município e realmente é o ideal, mas ainda a gente tá muito longe do ideal, Sorocaba tá muito longe ainda do ideal”*.

Ademais, vivemos diante de um modelo de sociedade disciplinar e de valores “modernos”, salarial e de consumo, industrializada e tecnológica, capitalista e neoliberal que exhibe o aumento da produtividade, o crescimento global das economias, a multiplicação das grandes fortunas, os diferentes acordos multilaterais, a velocidade da comunicação e dos transportes, a intensa circulação de pessoas, mercadorias, dinheiro e informações, a expansão e popularização dos avanços médico-científicos.

Ao mesmo esse paradigma também expõe conflitos como a formação e o rompimento de bolhas financeiras, a forte instabilidade do mercado das finanças, os sucessivos impactos e crises econômicas, os altos índices de desemprego conjuntural e estrutural, a desconstrução dos direitos dos trabalhadores, a diminuição dos sistemas de proteção social, o alargamento da fome, da miséria, da vulnerabilidade de massa e do adoecimento mental em escala mundial.

Desigualdade, vulnerabilidade e adoecimento que atingem Laura, que reflete sobre sua realidade ao narrar um importante acontecimento de sua própria história (OLIVEIRA, 2017, p. 304):

Eu tentei me matar porque eu tinha muita raiva de ser pobre, de não conseguir nada, eu via todas as pessoas, filhinho de papai, filhinho de mamãe, conseguindo tudo que queria, tipo ir na Disney World e viajar de país e eu não e daí muita raiva e daí eu quis ingerir o remédio e acabar com tudo.

Como bem sabe Mário que trabalha desde os catorze anos e, ao recordar seu passado e infância pobre quando brincava em um “lixão”, alude à humilde condição material de sua família que, muitas vezes, se alimentava de “coisinhas” adquiridas em uma feira livre, como ele mesmo conta:

O que eu lembro mesmo era o tempo em que eu trabalhava e do tempo que morava com a minha mãe lá no Jaguaré. Fazer carreto nas feiras, brincava no

lixão, aí dormia lá e no outro dia cedo levava o carrinho cheio de coisas para casa. Minha mãe falava “você não trabalha, mas pelo menos traz as coisas para casa, para nós”. Na feira que eu fazia carreto, eu comprava as coisinhas e levava para casa.

Tais conflitos somados provocam incessantes mudanças e produzem diariamente novas “questões sociais”, aprofundando as desigualdades e arrastando milhares para a pobreza, para a loucura e para um futuro incerto, como profere Robert Castel (1998, p. 21):

[...] a situação atual é marcada por uma comoção que, recentemente, afetou a condição salarial: o desemprego em massa e a instabilidade das situações de trabalho, a inadequação dos sistemas clássicos de proteção para dar cobertura a essas condições, a multiplicação de indivíduos que ocupam na sociedade uma posição de supranumerários, inempregáveis, inempregados ou empregados de modo precário, intermitente. De agora em diante, para muitos, o futuro é marcado pelo selo do aleatório.

Parte dessa comoção pode ser atribuída à queda dos investimentos em bem-estar social e à ascensão de um ambiente político neoliberal que coloca o Estado a favor das multinacionais e dos mais ricos.

Lugares em que o trabalho tem sido alvo constante de contrarreformas que diminuem a proteção e retiram dos trabalhadores direitos já conquistados por meio de ativismo e lutas em benefício das grandes corporações, pautadas inclusive por formas de trabalho desumanas praticadas em alguns países asiáticos.

Para exemplificar destaco certas reformas impopulares na área aprovadas pelo governo brasileiro em 2017³⁸ e que contribuem para uma autorregulação do mercado, submetendo “o trabalhador a uma maior insegurança” e ampliando “a liberdade do empregador em determinar as condições de contratação, o uso da mão de obra e a remuneração do trabalho” (KREIN, 2018, p.78).

Para quem enfrenta o sofrimento psíquico essas condições são ainda piores, conforme revela Laura sobre a época em que teria vivido sob exploração de seu trabalho (OLIVEIRA, 2017, P. 300): *“Eu fiquei nessa atividade três anos, mas, tinha vezes que ela não me pagava, ela me pagava dez por semana, tinha que pagar trinta, mas, me pagava só dez”*.

Tais mudanças nas leis promovem a terceirização e estendem a noção de contratação temporária, indicando para “uma descentralização do processo de definição

³⁸ São elas: a lei n. 13.467/2017 que altera 201 pontos da CLT e a Lei n. 13.429/2017, liberalizando a terceirização e ampliando o contrato temporário, dentre outros pontos.

das regras da relação de emprego para o interior da empresa”, além de se configurar como “uma tentativa de esvaziamento da organização sindical dos trabalhadores”, conforme critica o professor Krein (2018, p.78) que as vê como:

[...] a constituição de um padrão de regulação social mais afeita com as características do capitalismo contemporâneo, que proporcionou uma situação desfavorável aos trabalhadores. Apesar dos avanços na capacidade de produção de bens, a correlação de forças está pendendo em favor do capital, transformando o trabalho cada vez mais em um “labor”, e não “opus”.

Nesse sentido, quando pergunto à Mário se gostaria de voltar a trabalhar ele responde que: “*Eu nem sei se é muito bom esse negócio para mim*”. Afinal, dada sua origem no latim “*tripalium*”, que designa um instrumento “feito de três paus aguçados, algumas vezes ainda munidos de pontas de ferro, nas quais agricultores bateriam o trigo, as espigas de milho, o linho, para rasgá-los e esfiapá-los” (ALBORNOZ, 1994, p. 10), o trabalho pode ser uma tarefa extenuante que provoca dor e sofrimento.

No capitalismo contemporâneo ele permanece árduo, o que é expresso pelo termo “labor” que se refere ao exercício de uma “atividade que exige muito do trabalhador, colocando-o em uma condição de maior vulnerabilidade”, numa “tensão permanente por emprego e por renda” que tendem a desgastá-lo profundamente, em oposição ao “opus” em que ele é meio para a realização e dignidade humanas, assevera o autor (KREIN, 2018, p. 78).

Categoria central para o pensamento político e econômico no Ocidente, ainda na Antiguidade Clássica era utilizada a expressão “vida activa” para designar “três atividades humanas fundamentais: o labor, o trabalho e a ação” que se relacionam às “condições básicas as quais a vida foi dada ao homem na Terra” (ARENDRT, 2001, p.15).

O labor corresponde ao processo biológico do próprio corpo humano; o trabalho e seu produto emprestariam durabilidade e permanência à vida mortal; já a ação, empenhada em fundar e preservar corpos políticos, liga-se à pluralidade daqueles que habitam esse mundo, pois vivemos entre os homens e “todos os aspectos da condição humana tem alguma relação com a política”, explica Hannah Arendt (2001, p.15).

O conjunto dessas atividades seria a expressão de uma vida dotada de sentido, com possibilidades de transformar a natureza, o ambiente ao seu redor e a si mesmo, de forma ativa e criativa, utilizando ferramentas e instrumentos para agir sobre o mundo, numa relação dialética entre produtor e produto que pode promover uma transcendência

do “ser ao fazer”, meio de realização e de dignidade humanas, como declara Ronaldo (OLIVEIRA, 2017, p. 280):

Eu estou com novos projetos, com novos trabalhos pela frente, quero começar a entrar no teatro, quero que minhas histórias virem peças de teatro, esse é meu maior sonho, eu tenho o maior sonho de me apresentar em outras faculdades também, levar isso para as pessoas, os meus trabalhos, ir para São Paulo, ir para alguns lugares do Brasil levar o meu trabalho.

Em suas fronteiras “habitaria cada vida individual, embora esse mundo se destine a sobreviver e a transcender todas as vidas individuais” sendo ele uma atividade que tem relação com as condições mais gerais de nossa existência, o nascimento e a morte.

Suas raízes, no entanto, estão fincadas na natalidade e tem a tarefa de “produzir e preservar o mundo em constante influxo de recém-chegados”. Ao mesmo tempo em que transcende a morte, “seu produto, o artefato humano, empresta certa permanência e durabilidade à futilidade da vida mortal e ao caráter efêmero do tempo humano”, aclara Hanna (2001, p. 16).

Etimologicamente a expressão é “perpassada e sobrecarregada de tradição” e nos leva à vida nas cidades-estado e a bios politikos de Aristóteles, ao julgamento de Sócrates e seu conflito com a pólis, à vita actuosa de Santo Agostinho na Idade Média.

Mas, seria Karl Marx o pensador que no século XIX inverteria sua hierarquia tradicional que até então mantinha seu significado original: vida dedicada aos assuntos públicos e políticos, cujo valor da ação era considerado superior e voltava-se aos cidadãos verdadeiramente livres e que podiam levar uma vida pública ligada à política, às artes, às ciências ou à própria filosofia.

Isso os inscreveria no tempo e na história, menosprezando o labor dos escravos e o trabalho de artesãos e mercadores, atividades elementares, porém, aprisionadoras, uma vez que, o trabalho doméstico ou na lavoura não deixa vestígios e o pão que fez o padeiro foi logo consumido e desapareceu rapidamente.

Aliás, o trabalho doméstico é uma das principais ocupações das mulheres do CAPS em que Darcy atua, geralmente, deixadas de fora dos sistemas de proteção social como ele/a mesma diz: *“Tenho bastante que trabalha sim como empregada doméstica, algumas trabalham de carteira assinada, mas eu ainda tenho bastante que trabalha no mercado informal, faz uns bicos”*.

No entanto o teorista alemão, entre outros depois dele, acabou por glorificar o trabalho como fonte de todos os valores, fundador de nossa essência, capaz de distinguir os homens dos outros animais, valorizando sobretudo seu aspecto produtivo, caro ao sistema capitalista movido pela força humana e que exclui sumariamente aqueles que, voluntária ou involuntariamente, não possam “produzir”, critica a autora (ARENDR, 2001, p. 20 - 98).

Mesmo assim, o trabalho ocupa posição central no pensamento Marxista como categoria que dá origem ao “ser social”, pois, em primeiro lugar seria uma atividade vital, “meio para a satisfação de uma carência, a necessidade de manutenção da existência física” diz em ele em seu Manuscritos (2004, p. 84).

O trabalho é caro à produção do humano, cujo ponto de partida da concepção materialista da história são “os indivíduos reais, sua ação e suas condições materiais de vida” (1984a, p. 26), conforme mais adiante ele e Engels admitiriam (1984b, p. 39):

[...] o primeiro pressuposto de toda a existência humana e, portanto, de toda a história, é que os homens devem estar em condições de viver para poder “fazer história. Mas, para viver, é preciso antes de tudo comer, beber, ter habitação, vestir-se e algumas coisas mais. O primeiro ato histórico é, portanto, a produção dos meios que permitam a satisfação destas necessidades, a produção da própria vida material, e de fato este é um ato histórico, uma condição fundamental de toda a história.

Para Marx o trabalho é produtor de valores de uso eternamente necessários para humanidade e visa transformar a natureza, o mundo e o próprio homem para criar os bens materiais necessários à produção e reprodução de nossa existência. Insuprimível da paisagem humana é central a qualquer forma de sociabilidade, num “processo em que o ser humano com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza”, como ele mesmo disse (1974, p. 202).

Medular para essa história, o trabalho pode ser alienante e o autor propõe a tese de que o homem frente ao sistema capitalista pode ser alienado em relação aos resultados de sua atividade produtiva, à sua essência e, até mesmo, à sua própria espécie.

Isso impediria o desenvolvimento de sua natureza, o deformando, o subjugando, o escravizando, o esgotando e o adoecendo, como deslinda Sell (2013, p.48), pois, para ele alienação significa que “a exteriorização e objetivação dos bens sociais que resultam do processo de trabalho tornaram-se autônomos e independentes do homem, apresentando-se como realidades estranhas e opostas a ele”.

Adversamente pode ser emancipador e o filósofo distingue duas formas de emancipação: uma política, outra humana. A primeira implica na dissolução da velha sociedade em que descansa a alienação e o poder dos senhores, cujo limite da “emancipação política manifesta-se imediatamente no fato de que o Estado pode livrar-se de um limite sem que o homem dele se liberte realmente” calcula Marx (2005, p. 20).

Ela é o máximo ao que o sujeito pode aspirar dentro de um ordenamento jurídico liberal e não necessariamente alcançar sua emancipação como ser humano, que para o filósofo (MARX, 2005, p. 42) acontece quando:

[...] o homem individual real recupera em si o cidadão abstrato e se converte, como homem individual, em ser genérico, em seu trabalho individual, em suas relações individuais somente reconhecido e organizado como forças sociais e quando, portanto, já não separa de si a força social sob forma de força política, somente então se processa a emancipação humana.

Emancipação que o CAPS vem garantindo a seus usuários, como garante Darcy que ressalta:

[...] ela teve o neném e está trabalhando e ele continuou nosso paciente. Ela a gente deu alta, nem encaminhamos para a UBS e hoje ela trabalha na PepsiCo, é uma empresa que tem aqui em Sorocaba, e ele continuou. Hoje quem não tá aqui conosco é ele, hoje o casal foi embora, os dois eram caso de depressão.

Apesar disso, o trabalho no capitalismo está assentado sob um racionalismo instrumental em que os processos produtivos são permanentemente revisados a favor do aumento dos lucros, explorando ao máximo as forças de trabalho, diminuindo ou eliminando postos e funções, forçando reformas trabalhistas e exigindo dos trabalhadores novas competências e habilidades.

Discrimina aqueles que não se adaptem às suas especificações e tecnologias, que não saibam manusear suas ferramentas de alta produtividade ou que não possam cumprir o exigente contrato das horas de atenção permanente que caracterizam o emprego formal.

É o que considera Mário a respeito do trabalho para quem vive sob intenso sofrimento psíquico: *“Eu não trabalhei mais. Porque essas coisas assim, eu fiquei muito ruim. Não dava para trabalhar com esse negócio. Trabalhar não tem jeito, essas coisas não têm jeito. Trabalhar com esses problemas da gente é ruim, por isso é ruim trabalhar”*.

Essas pessoas tornam-se vítimas de processos sociais, políticos e econômicos excludentes que as impedem de acessar algum capital escolar, de realizarem-se no mundo do trabalho, de se integrarem à família e à sua comunidade, de obterem renda, proteção, seguridade e as condições mínimas para existir, circunscritas pelo estigma da incapacidade de trabalhar, de construir e de gerir suas próprias vidas.

Como capta Silvana ao perceber que muitos dos usuários de seu CAPS não possuem fonte de renda: *“São pessoas com bastante dificuldade financeira, tem pessoas que têm situações até de família sem renda nenhuma”*. Além disso, ela mesma complementa as dificuldades que teriam em cumprir certas tarefas laborais: *“hoje a gente trabalha com questões de transtornos mentais mais graves, que devido a esse transtorno tem muitas dificuldades para trabalhar”*.

Tudo isso contraria a Declaração Universal dos Direitos Humanos, publicada em fins dos anos 50 pela Organização das Nações Unidas e que fora sancionada pelos países que a integram, dentre eles o Brasil, como um instrumento que deve ser respeitado na elaboração de suas legislações, tendo por horizonte o Estado democrático e de direito.

Nela o trabalho e renda, entre muitos outros direitos indispensáveis, figuram em seus preciosos artigos, visando garantir a quem necessite as condições básicas para viver, como diz o de número XXIII que trata especificamente do direito ao trabalho, à remuneração e à proteção social (ONU, 1948, p. 5):

1. Todo ser humano tem direito ao trabalho, à livre escolha de emprego, a condições justas e favoráveis de trabalho e à proteção contra o desemprego.
2. Todo ser humano, sem qualquer distinção, tem direito a igual remuneração por igual trabalho.
3. Todo ser humano que trabalha tem direito a uma remuneração justa e satisfatória, que lhe assegure, assim como à sua família, uma existência compatível com a dignidade humana e a que se acrescentarão, se necessário, outros meios de proteção social.

Por sua vez, a pobreza é um dos fatores que arrastam milhares para as portas da loucura, sobretudo em uma época de constantes crises econômicas como a que atravessamos atualmente em que muitos foram postos para fora do mundo do trabalho, dos sistemas de proteção e das redes de sociabilidade, como bem observa Darcy: *“Então, por conta da pandemia aumentou realmente o desemprego e aumentar o desemprego mexeu com a saúde mental das pessoas”*.

Exclusão da vida social que leva os usuários dos CAPS a tornarem-se apenas frequentadores de espaços de saúde mental, reclusos em suas residências terapêuticas,

onde realizam o todo o trabalho doméstico necessário, como Airton, que assim descreve seu cotidiano: *“Eu passo mais deitado. Meu trabalho em casa, dentro do albergue, é estender roupa no varal, dobrar a roupa também, guardar”*.

Já Mário diz que: *“Quando eu fico em casa eu ainda dou uma limpada na casa cedo, passo pano na casa. Limpar o terreiro lá fora tudo. Limpar a frente da casa. É o que a gente faz onde a gente mora”*.

Sendo o combate à loucura, antes de tudo, um combate à miséria no âmbito da própria comunidade, como diria Basaglia, a Declaração trata da seguridade social que esses Estados devem oferecer aos seus cidadãos, inclusive quando se trata de saúde e doença ou proteção em caso de desemprego e no artigo XXV dessa declaração dispõe-se que (ONU, 1948, p. 6):

Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe, e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle.

Para tanto, uma forma de assegurar proteção e renda mínimas à essas pessoas e amortecer os impactos do sofrimento mental, do desemprego e da pobreza entre elas é a promoção de políticas de transferência de renda e o recebimento de auxílios como o Benefício da Prestação Continuada (BPC) garantido pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), conforme informa a pasta da Previdência³⁹, pagando mensalmente um salário mínimo:

[...] à pessoa com deficiência de qualquer idade com impedimentos de natureza física, mental, intelectual ou sensorial de longo prazo (que produza efeitos pelo prazo mínimo de 2 anos), que o impossibilite de participar de forma plena e efetiva na sociedade, em igualdade de condições com as demais pessoas.

Todavia segundo o Instituto de Estudos Previdenciários⁴⁰ em 2023 há mais de 514 mil pessoas na fila de espera desse benefício, como protesta Ronaldo: *“eu estou precisando dos benefícios, o direito de receber a aposentadoria”* e lamenta Laura: *“Eu*

³⁹ Informação extraída do site da Previdência Social. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/servicos-ao-cidadao/todos-os-servicos/beneficio-assistencial-bpc-loas/>>. Acesso em: 03 jul. 2017.

⁴⁰ Informação extraída do site da Previdência Social. Disponível em: <https://www.ieprev.com.br/conteudo/categoria/4/9917/com_5>. Acesso em: 17 set. 2023

tentei o benefício, mas, não consegui, foi bem difícil naquela época, porque eu sei ler e escrever” (OLIVEIRA, 2017, p. 282 - 301).

Privados de suas liberdades individuais e despedidos de seus direitos e cidadania e, até mesmo, de sua humanidade, são obrigados a assumir uma identidade deteriorada, o papel de louco ou o rótulo de assistido social, mesmo sem sequer receber os benefícios à que tem direito, como contesta Laura (OLIVEIRA, 2017, p. 301): *“á eles falavam assim que benefício é para gente cadeirante, para deficiente e eles falavam para mim que eu não precisava”*.

Outro importante fator que leva muitas dessas pessoas ao desemprego e a pobreza é a falta de oportunidades educacionais e muitos usuários e usuárias da saúde mental obtiveram pouco ou nenhum acesso à educação, como testemunha Laura: *“Fui para a escola até a quinta série”* (OLIVEIRA, 2017, p. 299), como também registra a trabalhadora Silvana:

A escola, a questão cognitiva assim de dificuldades, a gente tem muitas pessoas com um nível intelectual bem baixo também, a dificuldade às vezes não é acessar a escola, mas é de dar continuidade mesmo. Vai por um tempo e não consegue continuar, por não conseguir acompanhar as atividades escolares e param. Então a gente tem muitas pessoas adultas aqui que não tem a formação nem do ensino médio.

Contrariando as estatísticas, alguns usuários e usuárias dos CAPS possuem curso superior e trabalho fixo, atingindo diferentes classes sociais, como destaca Darcy: *“eu posso te dizer que eu tenho paciente que faz faculdade, inclusive eu tenho paciente esquizofrênico que faz faculdade, eu tenho paciente de nível superior, eu tive um que era professor universitário”*.

Inclusive, a educação deve ser um direito de todo cidadão garantida em seu nível básico a todos gratuitamente, sem distinção, como ressalta a própria Constituição Federal⁴¹ e esclarece a Declaração em seu vigésimo sexto artigo (ONU, 1948, p. 6):

Todo ser humano tem direito à instrução. A instrução será gratuita, pelo menos nos graus elementares e fundamentais. A instrução elementar será obrigatória. A instrução técnico-profissional será acessível a todos, bem como a instrução superior, está baseada no mérito.

⁴¹ Segundo o Artigo 205: “A educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho. Art. 206. O ensino será ministrado com base nos seguintes princípios: I – igualdade de condições para o acesso e permanência na escola [...]”

Muito embora considerados essenciais à condição humana e sustentados por instrumentos internacionais de defesa dos direitos humanos, pela Constituição Federal e defendidos pelos horizontes do próprio Sistema Único de Saúde de nosso país, nas últimas três décadas esse conjunto de direitos - que garantem integralidade, dignidade, realização, satisfação, inclusão e cidadania – não é acessível a todos.

Muito menos àqueles que atravessam a experiência do sofrimento psíquico, que histórica e continuamente enfrentam perversos processos de exclusão, mergulhados numa espiral interminável que os leva para a pobreza, para a marginalização e para a morte, regularidades de uma dura história que se mantêm resistentes, mesmo em contradição com a legislação vigente.

Exclusão também quando se trata da medicação necessária que é garantida pelo SUS e muitas vezes falta nas prateleiras das farmácias dos CAPS, como sustenta Darcy: *“Esses dias mesmo eu recebi uma ouvidoria de uma paciente. Fulano está aqui com uma faca na mão. Aí eu falei assim: Ah é? Cadê a medicação que o SUS não está me liberando. É falta da medicação”*.

Agravaria ainda mais essa problemática se articulássemos à essa discussão, distintas categorias de análise histórica que certamente afetam os usuários de serviços públicos de atenção e cuidados à saúde mental, que já carregam uma desvantagem laboral frente aos demais por portarem um histórico de adoecimento.

Essas intersecções com uma gama de outras “identidades sociais, tais como classe, casta, raça, cor, etnia, religião, origem nacional e orientação sexual” ou gênero, por exemplo, podem resultar num “entrelaçamento de desigualdades sociais” estendendo a esse grupo uma “vulnerabilidade particular”, como definiria a jurista Kimberlé Crenshaw (2002, p. 171-173).

É o que percebe Laura quando além da condição de saúde se descobre homossexual e diz ter sido chamada até de “aberração” e “erro da natureza”, como ela mesma delata:

[...] eu descobri o meu problema da opção sexual com vinte e três anos, porque daí eu descobri que eu gostava só de menina e aí, às vezes, eu ficava com raiva porque o povo não aceitava. Tinha gente que aceitava e outros não, os que conheciam mais a gente aceitava, agora as outras pessoas, os estranhos, já, não.

“Interseccionalidade” é conceito que surge no bojo do movimento e dos estudos sobre feminismo nas décadas de 1960 e 1970 e fora bastante explorado mais tarde como

forma de “capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos de subordinação” diz Crenshaw (2002, p. 177).

Tal conceito busca “explicar as continuidades e discontinuidades e dar conta das desigualdades persistentes”, bem como, das “experiências sociais radicalmente diferentes”, sendo essas diferenças “objeto de grandes debates políticos” (SCOTT, 2005, p. 17-25).

Esses conchaves acabaram por inspirar os desfilados ao acesso à educação, ao trabalho, ao salário de subsistência, à propriedade ou à cidadania a reivindicarem sua inclusão desafiando os modelos que garantem igualdade perante a lei mediante sua identidade de grupo, conforme argumenta Joan Scott (2005, p. 17-25):

[...] os indivíduos não são iguais; sua desigualdade repousa em diferenças presumidas entre eles, diferenças que não são singularmente individualizadas, mas tomadas como sendo categóricas. A identidade de grupo é o resultado dessas distinções categóricas atribuídas (de raça, de gênero, de etnicidade, de religião, de sexualidade).

Sob essa ótica, para Piscitelli (2008, p. 266), a proposta de pesquisa com essas categorias visa “oferecer ferramentas analíticas para apreender a articulação de múltiplas diferenças e desigualdades”, uma vez que, há mais de duzentos anos o indivíduo “tem sido concebido em termos singulares e sido representado tipicamente como homem branco” assinala Scott (2005, p. 24).

Devemos acrescentar que, apesar das inúmeras possibilidades de inclusão, prevaleceria no mundo do trabalho a valorização de indivíduos oriundos da classe média, com boa formação acadêmico-profissional, jovens entre vinte e cinco e quarenta e cinco anos, heterossexuais, sem deficiência e sem problemas mentais, conforme Silvana replica as falas dos usuários à que atende:

[...] “ai, eu não falei que eu faço tratamento psiquiátrico”, “fui numa entrevista e não falei que eu faço tratamento” ou então, assim: “ ai, eu não quero um atestado daqui, porque se eu levar um atestado desse eu posso ser demitido do meu serviço”, então às vezes falam “marque para mim o médico mais cedo possível ou mais tarde possível” porque daí não precisa faltar do serviço, então ainda acontece bastante.

Entretanto muitos pesquisadores afirmam que “não necessariamente é preciso desenvolver a análise de uma infinidade de marcadores em toda e qualquer análise social,

mas atentar para o entrelaçamento daquelas que se mostram relevantes” (HENNING, 2015, p. 111) de acordo com os contextos histórico, cultural e político.

Assim, mesmo que outras categorias possam ser mobilizadas, muitos estudos atualmente focam-se em questões de gênero, raça e classe⁴², visto que, as “assimetrias que se definem no entrecruzamento e constituição recíproca desses três eixos são incontornáveis para a análise das desigualdades nas sociedades contemporâneas”, comentam Biroli e Miguel (2015, p. 29).

Ao passo que Jussara nos conta que sua larga experiência em Hospitais Psiquiátricos lhe mostrou que o contingente de mulheres era muito maior que o de homens e ela mesma explica essa questão de gênero:

[...] eu já pensei nisso e toda vez que eu via visita que a família ia visitar alguém no hospital, por exemplo, uma menina que estava lá, a família ia e levava o irmão para ver a irmã. O irmão tinha o mesmo problema da irmã, só que o irmão ficava na casa com a família e a menina eles colocavam lá.

Garcia e Silva (2019, p. 43) recobram que “o corpo e a sexualidade femininos inspiraram grande temor aos médicos e aos alienistas, constituindo-se em alvo prioritário das intervenções normatizadoras da medicina e da psiquiatria”.

Além disso, o próprio Pinel incluiria no salão dos rebeldes, as mulheres que se tornavam irrecuperáveis por “um exercício não conforme da sexualidade, devassidão, onanismo ou homossexualidade”, cujo temperamento nervoso era frequentemente considerado típico delas, “cujas funções especiais ao sexo, em muito contribuem para o seu desenvolvimento” (EENGEL, apud. GARCIA, SILVA, 2019, p. 43).

Categorias que Jussara diz ser irrelevante para quem hoje trabalha na área e defende que:

⁴² O que contesta Joan Scott (1995, p.72): A ladainha “classe, raça e gênero” sugere uma paridade entre os três termos que, não existe. Enquanto a categoria de “classe” está baseada na complexa teoria de Marx (e seus desenvolvimentos posteriores) sobre a determinação econômica e a mudança histórica, as categorias de “raça” e “gênero” não veiculam tais associações. Não há unanimidade entre os (as) que utilizam os conceitos de classe. Alguns (mas) pesquisadores (as) utilizam as noções de Weber, outros (as) utilizam a classe como uma fórmula heurística temporária. Além disso, quando mencionamos a “classe”, trabalhamos com ou contra uma série de definições que, no caso do marxismo, impliquem uma ideia de causalidade econômica e numa visão do caminho pelo qual a história avançou dialeticamente. Não existe esse tipo de clareza ou coerência nem para a categoria de “raça” nem para a de “gênero”. No caso de “gênero”, o seu uso comporta um elenco tanto de posições teóricas, quanto de simples referências descritivas às relações entre os sexos. SCOTT, Joan Wallach. “Gênero: uma categoria útil de análise histórica”. Educação & Realidade. Porto Alegre, vol. 20, n° 2, jul./dez. 1995, pp. 71-99.

[...] se você optou por ser homossexual, se você optou por ser uma mulher trans, a escolha é sua, a opção é sua. Agora, se é negro ou se é branco para nós não tem diferença, aqui nós não temos, não existe cor, para nós são todos iguais e a gente sempre ensinou eles isso: entre nós não tem diferença.

Soma-se a isso o fato de que os discursos de “feminilidade assumem significados específicos a partir das diferentes trajetórias que atravessam não apenas as questões de gênero, mas de raça, classe, sexualidade, geração, entre outros”, argumentam os autores (GARCIA, SILVA, 2019, p. 44).

Considerando tais intersecções e visando dirimir as desigualdades, instituições como a OIT - Organização Internacional do Trabalho⁴³, ligada à ONU, desenvolvem projetos como o “Diversidade Aprendiz: aprendizados para um futuro inclusivo” com o objetivo de “ampliar a inserção de grupos excluídos pelo preconceito no mundo do trabalho”.

Esses grupos seriam compostos por migrantes, refugiados, negros, pessoas com deficiência ou com cinquenta anos ou mais, LGBTQIA+, egressos do sistema penitenciário ou que estão em liberdade assistida, assim como, pessoas com baixa renda e que moram nas periferias, promovendo “diversidade e inclusão nos processos seletivos e nas políticas internas de permanência e ascensão no local de trabalho” (OIT, 2021).

Nesse sentido, Darcy conta que em seu CAPS havia uma vaga de trabalho ocupada por um usuário do Centro. Ele era visto como um profissional competente, capaz de desenvolver plenamente as tarefas que lhe eram atribuídas: *“na época a gente tinha uma oficina e ele tinha um posto de trabalho aqui no CAPS, e eu vou ser sincera para você, quem tivesse pego aquele paciente nosso, hoje ele está na UBS, quem pegasse ele para trabalhar ia ter um funcionário excelente”*.

Por sua vez, a Organização (2021) diz que é preciso criar “mecanismos eficientes para a contratação” e retenção de talentos diversos, encorajar “candidaturas de segmentos marginalizados da sociedade”, bem como, instaurar mudanças “nos processos seletivos e na cultura organizacional”, tornando o ambiente de trabalho mais inclusivo e diverso, diz a própria OIT.

⁴³ Disponível em: <https://www.ilo.org/brasilia/noticias/WCMS_827411/lang--pt/index.htm>. Acesso em: 07 jul. 2022.

Mesmo defronte dessa nova realidade são ínfimas as oportunidades e poucas as empresas que operam nessa direção, mesmo em uma cidade com quase 700 mil habitantes como Sorocaba, conforme menciona Silvana:

[...] já tivemos uma vez no CAPS uma empresa que veio para conversar com a gente, porque ela precisava preencher suas vagas de PCD e na época nós selecionamos alguns pacientes que a gente achava que teria condições e ela fez essa entrevista e acabou contratando um ou dois.

Entretanto nota-se uma ausência de iniciativas como a da OIT que levem em consideração as peculiaridades de pessoas em sofrimento psíquico e suas possíveis realizações como trabalhadores.

Por isso o desemprego chega a 90% entre elas, percentual visível para Marisa que julga o desemprego como um dos maiores problemas enfrentados pelas pessoas em sofrimento psíquico e que utilizam os serviços públicos de saúde mental (OLIVEIRA, 2017, p. 250):

Eu creio que a violência, tem a ver o uso de drogas abusivo, eu acho que a questão até econômica mesmo do país está influenciando muito, a questão do desemprego. Muitas vezes quando vou fazer um acompanhamento, que é o primeiro acolhimento, uma das maiores queixas é o desemprego.

Ademais, a dinâmica do trabalho é submetida às leis do capitalismo e sua economia de mercado atravessa períodos de abundância e outros de escassez, como o que vivemos hoje – cuja processualidade cíclica fora observada por Marx – provocando mazelas sociais como a precarização das atividades e ocupações e o altíssimo número de desempregados, desalentados, subutilizados ou informais.

Conforme constata Darcy quando tratamos do mercado de trabalho informal, cuja percepção sobre o assunto é que por necessidade:

[...] eles fazem informal mesmo. O P. mesmo trabalha super bem e como na época das RTs elas eram muito próximas da avenida aqui eles fizeram muita amizade com os comerciantes, então geralmente eles teem muita chácara e convidam ele e ele faz, ele é super desenrolado o P.

Essa dinâmica arrasta para a pobreza, por entre luzes e sombras, uma massa de vulneráveis em desvantagem, dentre eles estão muitos dos usuários e usuárias dos CAPS que também ficarão de fora do mundo do trabalho, da geração de renda, das redes de sociabilidade e dos sistemas de proteção.

Excluídos por diferentes processos essas pessoas precisam lutar pela sobrevivência e devem se dispor a realizar atividades informais, precárias e não remuneradas, como é o caso de muitos usuários do CAPS de Darcy que menciona um deles:

Eu tenho um que ele trabalha no semáforo, ele é palhaço no semáforo, ele é lindo e ele é um esquizo e não tem benefício, porque a família dele tem uma renda que não se enquadra. Ele mora com o pai e a mãe e é um menino super novo, ele deve ter uns vinte e poucos anos.

Pobreza que não pode ser aqui consensual, visto que, hoje ela é caracterizada como um complexo fenômeno social multidimensional, com diferentes conceitos e formas de abordagem e pode ser caracterizada como falta de recursos e privação, termos que incluem uma relação de causa e efeito. Nessa perspectiva “a falta de recursos impedirá o acesso ao mercado de bens e serviços”, levando à privação que, segundo Bruto da Costa (2007, p.27):

[...] traduz-se, antes do mais, em más condições de vida. Este é, porventura, o lado mais visível da privação e da própria pobreza. Normalmente trata-se de privação múltipla, isto é, em diversos domínios das necessidades básicas: alimentação, vestuário, condições habitacionais, transportes, comunicações, condições de trabalho, possibilidades de escolha, saúde e cuidados de saúde, educação, formação profissional, cultura, participação na vida social e política, etc.

Todavia fora categorizada, inicialmente, como um “juízo de valor” e pode ser relativa - de cunho macroeconômico, quando tem relação direta com a desigualdade na distribuição de renda e considera pobres aqueles que se situam na camada inferior dessa partilha - ou absoluta - e levar em conta a fixação de um padrão de satisfação mínima ou suficiente dos diversos domínios de nossas necessidades básicas, conhecido como linha ou limite da pobreza.

De acordo com Crespo e Gurovitz (2002, p.4) a partir dessas categorias - relativa ou absoluta - é que três “diferentes concepções foram desenvolvidas no decorrer do século XX: sobrevivência, necessidades básicas e privação relativa”. A da sobrevivência surge a partir dos estudos de nutricionistas inglesas e leva em conta a relação entre a renda dos mais pobres e a “manutenção do rendimento físico do indivíduo”.

Essa concepção perdurou até meados dos anos 50 na Europa e fora adotada pelo BIRD - Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento (BIRD), encorajando “o primeiro modelo de proteção social para o Estado de bem-estar,

fundamentando políticas nacionais de assistência” (CRESPO E GUROVITZ, 2002, p.4) naquele país.

Sob essa perspectiva Abranches (1994, p. 16) define que “ser pobre significa, em termos muito simples, consumir todas as energias disponíveis exclusivamente na luta contra a fome”, gerando consequências graves como a baixa expectativa de vida, a exposição às doenças, ao adoecimento mental e à discriminação, colocando-o numa zona permanente de exclusão social ou de desfiliação.

É o que comprova Cláudia em seu relato (OLIVEIRA, 2017, p. 274):

A crise psicótica quando não cuidada acaba gerando uma “sequela”, então se você tem apenas uma crise ao longo da vida a possibilidade de remissão é quase completa. Populações mais carentes tem menos acesso a saúde e menos apoio, pois, muitas relações são fragmentadas e não recebem a devida credibilidade. O acesso à saúde muitas vezes não é conhecido pelas pessoas, embora, seja porta aberta, o serviço muitas vezes não é conhecido...

Nos anos 70, a pobreza tomaria “a conotação de necessidades básicas, colocando novas exigências, como serviços de água potável, saneamento básico, saúde, educação e cultura” adotada por órgãos internacionais como a Organização das Nações Unidas (ONU) que ampliou a noção de “sobrevivência física pura e simples” (CRESPO E GUROVITZ, 2002, p.4 - 5).

Somente a partir dos anos 80 passou a ser compreendida como forma de “privação relativa”, cujo enfoque “mais abrangente e rigoroso” enfatiza o aspecto social e “sair da linha de pobreza significava obter: um regime alimentar adequado, um certo nível de conforto, o desenvolvimento de papéis e de comportamentos socialmente adequados”, salientam os autores (CRESPO E GUROVITZ, 2002, p.4 - 5).

Privações que bem experimentam a população de usuários de um CAPS, visto que, a maioria tem dificuldades em obter o próprio sustento, aumentando os sintomas psiquiátricos, como constata Jussara:

Imagine, você tem uma pessoa doente na sua casa e você não tem nada para nada. Por exemplo, ele está mais ou menos bem e aí começa a faltar alimento. A pessoa não tem comida, não tem roupa, não tem nada, aquela carência. Aí ela começa a ficar desnutrida, começa a ficar doente e a doença psiquiátrica vai aumentando cada vez mais, porque um morador psiquiátrico ou paciente, ele tem que ser bem alimentado, cuidado, a medicação na hora certa, para que aquela doença diminua, que ela possa ir diminuindo, não aumentando. Agora se ele não for bem alimentado, não for bem cuidado, a tendência da doença é crescer muito mais. Isso é óbvio. Eu vejo assim.

Ao longo desse mesmo período as relações salariais assumiram diferentes configurações e o salário deixaria de ser apenas “a retribuição pontual de uma tarefa” como era visto nos primórdios da sociedade industrial e passaria a assegurar certos direitos, dar “acesso a subvenções extratrabalho (doenças, acidente, aposentadoria)” e a permitir “uma participação ampliada na vida social: consumo, habitação, instrução e até mesmo, a partir de 1936, lazer”, pontua Castel (1998, p. 416).

Assim como resume Mário ao narrar sua breve experiência como trabalhador assegurado pelas leis trabalhistas:

Quando eu trabalhava na fábrica de bloco naquele tempo eu ganhava um salário dinheiro antigo. Trabalhava lá por mês e tudo. Era salariado. Tive carteira de registro, faz muito tempo já. Uma carteira que eu fiquei pouco tempo trabalhando com ela registrado na fábrica de blocos. A única vez que eu trabalhei registrado foi na fábrica de blocos.

Essas relações são clivadas por uma tendência de homogeneização e diferenciação e por “uma nítida separação entre os que trabalham efetiva e regularmente e os inativos ou os semi-ativos que devem ser excluídos do mercado de trabalho ou integrados sob formas regulamentadas”, diz o francês (CASTEL, 1998, p. 420-476).

Contingente que passará para “as formas coercitivas de assistência, voltadas para os indigentes válidos” como confidenciou Leandro quando ouvido por Ribeiro: “... *eu estou aposentado por invalidez...*” (2004, p. 165) e me relatou Mário: “*Aposentei pelo INSS. LOAS*”, além daqueles que trabalham de forma instável, sazonal ou intermitente, cujos valores da modernidade querem à força “moralizá-los ou normalizá-los” relembra o francês (CASTEL, 1998, p. 420-476).

Por outro lado, na estruturação da sociedade salarial moderna e em busca de altos lucros, houve significativas mudanças nos paradigmas de produção nos séculos XX e XXI, uma grande evolução técnica e tecnológica do trabalho, a racionalização de seus processos no quadro de uma gestão exata do tempo, recortada e regulamentada, o acesso à propriedade social e aos serviços públicos.

Concomitantemente houve a inscrição do trabalhador em um direito do trabalho que o reconhece como membro de uma coletividade, o crescimento maciço de assalariados em todas as áreas e classes sociais, a expansão do capital escolar, o desenvolvimento de cooperativas e a assunção de núcleos protegidos, além das expressivas alterações nas relações entre trabalho, patrimônio e consumo, promovendo a formação de uma nova identidade social.

Assim, associaram-se crescimento econômico - produtividade, consumo e renda salarial – e crescimento do Estado Social – “seguridade social”, “regulação da economia” e dos “parceiros sociais” - sendo o acesso aos bens e serviços tema onipresente numa “sociedade salarial e de consumo” (CASTEL, 1998, p. 478-489).

Nela a identidade do trabalhador e seu lugar no conjunto social se manifesta pela posição que ele ocupa e pelo que ele consome, existindo “a partir desse lugar”, assinala Castel (1998, p. 478-489).

É o que constatam usuários do serviço que se consideram aptos e gostariam de uma oportunidade de trabalho, como acentuou Antonio, colaborador de Ribeiro (2009, p.108): *“sem trabalho a vida fica parada, quem sabe uma atividade, um bico, não traga ânimo para batalhar pela vida de novo”*.

No entanto o período fora atravessado por diferentes guerras, conflitos e desastres ambientais que provocaram destruição, grandes êxodos e movimentos migratórios globais deixando para trás uma incalculável massa de imigrantes e refugiados, intensos choques econômicos, inclusive causados por epidemias e doenças, pela desmedida corrupção dos governos, pela ascensão dos autoritarismos, pela intolerância e perseguição política, religiosa e étnica.

É marcado ainda pela desestruturação dessa mesma sociedade salarial, por uma brutal exploração das forças de trabalho, além das crises energéticas e do petróleo, fatores que juntos arrastaram milhares para baixo da linha da pobreza e que, agora, precisam lutar diariamente pela sobrevivência e contra sua exclusão do mundo do trabalho frente à uma sociedade capitalista arrebatada, contraditoriamente, pela “acumulação de bens e riquezas, criação de novas posições e de oportunidades inéditas, ampliação dos direitos e das garantias, multiplicação das seguridades e proteções”, sublinha o sociólogo (CASTEL, 1998, p. 417).

Nesse contexto é que na virada do século XX o professor Amartya Sen (2000, p. 18) definiria a pobreza como a privação das capacidades básicas do indivíduo, numa relação dialética entre o desenvolvimento social e as liberdades individuais, diretamente relacionadas à pobreza econômica “que rouba das pessoas a liberdade de saciar a fome, de obter nutrição satisfatória ou remédios para doenças tratáveis, oportunidade de vestir-se ou morar de modo apropriado, de ter acesso à água tratada ou saneamento básico”.

Amartya salienta ainda que em outros casos essa privação de liberdade está estreitamente vinculada “à carência de serviços públicos e assistência social” ou com a

“negação de liberdades políticas e civis”, bem como, a restrições à participação “da vida social, política e econômica da comunidade” (SEN, 2000, p. 18).

Muitos dos pobres do mundo contemporâneo, portanto, são aqueles que, por algum motivo, deslizaram para áreas de maior vulnerabilidade e risco, para zonas de exclusão ou desfiliação permanentes, privados de suas liberdades individuais e do desenvolvimento social e econômico.

Alijados da saúde, da educação, do mundo do trabalho, com uma dieta carente e vivendo em péssimas condições de moradia, ficarão de fora da proteção social e confinados nas periferias permanecerão sem voz, excluídos do consumo de bens e serviços e das redes de sociabilidade.

Sofrerão também pela ausência de políticas e serviços públicos de qualidade, expostos ao desemprego, à falta de renda, à violência e ao adoecimento mental, como ilustra Jussara, que conhece bem de perto as relações entre o sofrimento psíquico e a pobreza: *“se ele não for bem alimentado, não for bem cuidado, a tendência da doença é crescer muito mais”*.

Por conseguinte, os conceitos de vulnerabilidade e exclusão social construídos ao longo das últimas décadas e que possuem diferentes paradigmas explicativos, a partir dos anos 80 adquiriram “grande visibilidade no debate político e teórico internacional” na busca de explicação e entendimento de “um fenômeno geral de empobrecimento e carências” (ZIONI, 2006, p.16) que carregou milhares para a extrema pobreza.

Ela assinala ainda que em nossa “memória social e histórica” a situação de pobreza constituía-se como uma forma de “inadaptação social” e seu “afastamento corresponderia a uma política de quarentena, de saúde pública, para corrigir-se esse problema” (ZIONI, 2006, p.17).

O que muito se relaciona ao território de exclusão ocupado pelos antigos manicômios, cuja relação o CAPS deve reparar como um serviço humanizado e de portas abertas que promove a saúde articulados a outros setores do poder público como trabalho, previdência, justiça, assistência social, habitação e educação, por exemplo, aliado aos recursos do território em que se encontra e atuando de forma intersetorial, cuja tese Silvana contradiz:

Hoje a realidade de Sorocaba, a gente tá tendo uma clientela muito grande e não conseguimos nos restringir apenas aos pacientes graves que a gente deveria atender e aí acabamos sem pernas para poder ajudar nesse sentido de fazer parcerias com outros serviços além da saúde

Ademais, a expressão “exclusão social” foi melhor aceita quando a ideia de inadaptação foi substituída pelo tema do desemprego como aspecto primário do problema e “pela consciência” de que estaríamos “diante de um conjunto heterogêneo de situações instáveis”, produtoras de novas dificuldades para grupos da população até o momento considerados ao “abrigo da pobreza” e a questão social passaria a ser representada “como um risco para grupos da população perfeitamente adaptados à sociedade moderna, vitimados pela conjuntura econômica” (ZIONI, 2006, p.19).

A autora considera ainda que frente aos “diferentes significados que podem ser atribuídos à exclusão social” seria preciso identificar diferentes paradigmas e orientações de integração social, sendo a “desfiliação” de Castel muito bem aceita, pois, “caracterizaria um processo de ruptura da coesão social, processo que atinge um número considerável de pessoas particularmente frágeis” (ZIONI, 2006, p.21).

O sociólogo sugere a substituição dessa expressão por precarização, vulnerabilidade ou marginalização e observa que essas situações têm origem no processo de desligamento em relação ao trabalho e à inserção social, cujo duplo processo pode distinguir diferentes formas de degradação, que agrupadas originam diferentes zonas de variação da coesão social.

Uma dessas zonas é a de integração social; outra de vulnerabilidade onde se acumulam precariedade de empregos e fragilidade de suportes relacionais e uma outra de desfiliação onde estão concentrados os indivíduos mais fragilizados” (CASTEL. apud. ZIONI, 2006, p.23). Ele ainda faz a distinção de uma quarta zona, a de assistência, em que se insere o tratamento dado aos indigentes inválidos.

Desse modo, não é incoerente referir-me a esse grupo de pessoas como aquele que sofre de certo déficit de integração e, portanto, está “ameaçado de exclusão ou desfiliação”, cujos processos de marginalização podem resultar num tratamento explicitamente discriminatório, como ressalta Castel (1997b, p. 41) e, em seu extremo, produzir chacinas e novos genocídios por estarem excluídos da sociedade e da própria órbita da humanidade.

Essa realidade fez parte do cotidiano de Jussara durante muitas décadas na saúde mental, como ela mesma frisa:

Eles olhavam lá, a população de um modo geral, e achavam assim que só tinha pessoas que agrediam, pessoas que eram pessoas amarradas, pessoas que só levavam choques, pessoas que poderiam matar, a população via assim, eles viam o Hospital Psiquiátrico desse jeito, com muito preconceito.

Veementemente José de Souza Martins (1997, p. 14) refuta o conceito de exclusão e o diz “inconceituável, impróprio, vago e indefinido” e que veio a substituir a ideia sociológica de “processo de exclusão”, atribuindo-se mecanicamente a ele todos os problemas sociais e distorcendo a questão que pretende explicar, negando sua existência.

Para ele o que existem são vítimas de processos sociais, políticos e econômicos excludentes. Quando concebida como um estado fixo, fatal e incorrigível e não como expressão de contradição do desenvolvimento da sociedade capitalista, a exclusão cai sobre o destino dos pobres como uma condenação irremediável (MARTINS, 1997, p. 14-16).

Martins adverte que essa mesma “exclusão” trata de “situações objetivas de privação, mas não nos fala tudo nem nos fala o essencial” e que a partir dela não se lutaria por transformações sociais, mas sim “em favor de relações sociais existentes, mas inacessíveis a uma parte da sociedade” (2002, p. 43 - 47).

Mais do que isso, voltando-se a ela “deixamos de discutir as formas pobres, insuficientes e, às vezes, até indecentes de inclusão” que pode ser perversa, precária, marginal e instável, apenas no mundo do consumo, mas não social ou mesmo política, cujo período que deveria ser de passagem vem se transformando num modo de vida permanente, ele adverte (MARTINS, 1997, p. 21).

Basicamente, exclusão é uma concepção que nega a História, que nega a práxis e que nega à vítima a possibilidade de construir historicamente seu próprio destino, a partir de sua própria vivência e não a partir da vivência privilegiada de outrem. (...) A ideia de exclusão pressupõe uma sociedade acabada, cujo acabamento não é por inteiro acessível a todos e os que sofrem essa privação seriam os “excluídos” (MARTINS, 2002, p. 45 - 46).

Antagônica, em distintos momentos na configuração do sistema capitalista, a história do trabalho fora escrita por revoluções tecnológicas, pelo aumento da produtividade, pela concentração de riquezas e pela consolidação de leis trabalhistas, bem como, pela diminuição e precarização dos postos de trabalho, pela retirada de direitos adquiridos e pelo alargamento da miséria.

Operando sob uma “racionalidade instrumental” que visa apenas o aumento dos lucros e desvirtua a possibilidade de “trocas sociais e da construção do mundo” pelo trabalho, torna-se cada vez mais precário, instável e descontínuo, cuja imanência nos retira “a singularidade” e pode constituir-se “como fonte de dor e sofrimento, levando à alienação e à uma desumanização”, aduz Marcelo Ribeiro (2004, p.64 - 68).

Todas essas circunstâncias acrescidas das sucessivas e graves crises econômicas e altos índices de desemprego, da carência de serviços públicos e da omissão da assistência social arrastam para a pobreza muitos daqueles que enfrentam a experiência do sofrimento psíquico e vivem às margens dessa sociedade.

Como é o caso da maior parte dos usuários e usuárias dos Centros de Atenção Psicossocial de todo o país, do estado de São Paulo e também da cidade de Sorocaba, que recentemente enfrentaram um cenário de pandemia, terreno fértil para a emergência ou o agravamento de quadros de sofrimento⁴⁴, quando, segundo Schmidt et al. (SCHIMIDT. apud. MATTA, 2021, p. 90):

[...] a obtenção de cuidados em saúde mental pode se tornar ainda mais desafiadora pela descontinuidade de algumas ações e serviços, ou mesmo porque, na vigência de pandemias, o foco prioritário de atenção tende a se voltar para a saúde física das pessoas e o combate do agente patogênico. Entretanto as repercussões sobre a saúde mental não podem ser subestimadas ou negligenciadas.

Além do mais, o trabalho nunca foi tão somente questão de produção de riquezas e valores e ao menos desde Hegel “é compreendido como uma estrutura fundamental de reconhecimento social”, bem como, nas modernas sociedades capitalistas foi pensado como um “processo moral de formação em direção a um autogoverno” diz Wladimir Safatle (2015, p.160 - 165).

Isso acabaria por constituir os conceitos modernos de autonomia e liberdade, pois, “só aqueles capazes de trabalhar são autônomos” e só os capazes de legislar sobre si mesmos e de autogovernarem-se, capazes de se condicionar às regras e exigências do mundo do trabalho, é que teriam a “verdadeira liberdade”, pelo menos desde os tempos de Rousseau, ensina o autor (SAFATLE, 2015, p.160 - 165).

Racional e mecânico pode distinguir o ser humano dos outros animais, capaz de manter e estabelecer a ordem do espírito e das cidades, contratualidade que garantiria autonomia e liberdade àqueles que podem produzir e se autogovernar.

⁴⁴ Em pesquisa de comportamento realizada entre abril e maio de 2020 com 45.161 indivíduos adultos nas diferentes regiões do país, constatou-se que 53% dos participantes se sentiram ansiosos/nervosos e 40% se sentiram deprimidos/tristes, muitas vezes ou sempre, durante a pandemia. Esse mesmo estudo revelou também o aumento no consumo de bebidas alcoólicas por 18% dos participantes, o que se associou à frequência com que se sentiram deprimidos/tristes. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). ConVid pesquisa de comportamentos, 2020b. Disponível em: <<https://convid.fiocruz.br/index.php?pag=principal>>. Acesso em: 22 jul. 2022.

Perpassado por sentimentos de utilidade e de reconhecimento social, elemento fundante na construção das identidades de cada um e que pode tornar “concreta e reconhecida a existência humana”, constituindo-se como meio para escrever uma história subjetiva e “fonte de prazer e satisfação das necessidades”, como Leandro revelaria para Ribeiro (2004, p. 64-171): “*Quero descobrir alguma atividade que me faça sentir com vida, podendo ser um emprego remunerado ou alguma atividade qualquer*”.

À guisa dos fatos, o capitalismo apropriou-se “das regras de constituição do trabalho e, atualmente, vive uma crise”, tornando-o cada vez mais sem sentido, instável e descontinuo, “ficando todos os trabalhadores à deriva, sem controle de sua trajetória profissional” (RIBEIRO, 2004, p.65).

O trabalho passaria da “realização de uma obra que seja expressão da vida humana e traga reconhecimento e permanência, ou seja, inscrição social e possibilidade de construção de uma história” para um “esforço rotineiro e repetitivo, sem reconhecimento, nem permanência, mera realização de uma atividade que não deixa vestígios, nem produto final, não faz história e que aproxima o homem do animal” conclui o pesquisador (RIBEIRO, 2004, p.65).

Sob esta perspectiva o trabalho associa, ao mesmo tempo, sofrimento e produção, constituindo um paradoxo psíquico quando, por um lado, pode ser o mediador insubstituível da emancipação, meio de conhecer, habitar e participar na construção do mundo e, por outro, faz emergir os limites humanos, pois “o trabalho, é verdade, pode gerar a alienação” como observou Dejours (2003, p. 27) e causar dor e sofrimento, como relata Nivaldo: “*eu tive a minha crise no trabalho*” (RIBEIRO, 2004, p. 171).

Atualmente, é visto pelo seu potencial humanizador, terapêutico e emancipatório, inerente aos próprios cuidados prestados à população num enlace clínico, político e social que possa garantir que elas exerçam plenamente seus direitos e sua cidadania, sendo o CAPS o mediador dos processos de reabilitação e reinserção social de seus usuários.

Apesar disso, questiona-se o papel dos CAPS como epicentro dessas ações e se ele seria “o melhor lugar para abrigar as iniciativas de inclusão social pelo trabalho”, visto que, elas “deveriam estar na cidade, nos espaços de circulação social e da produção econômica” - tarefa de toda uma rede, incluindo a comunidade, as universidades e as instituições privadas.

Nesse contexto as oficinas de geração de renda oferecidas neles são mais que disparadoras desses processos, atuando para a construção de novos projetos de vida, da autonomia, da liberdade e da emancipação de seus participantes para que eles “possam se

deslocar, saindo do CAPS para outros territórios” argumentam Andrade e Costa-Rosa (2014, p.36) e reafirma Nicácio et al. (2005, p. 63):

[...] a reabilitação não é compreendida como um percurso individual da inabilidade à habilidade, mas configura-se como um processo não linear de potencialização das possibilidades de trocas sociais, de afetos, e de recursos, e de tessitura de redes múltiplas de negociação. Trata-se de reconhecer e fortalecer a contratualidade real e, dessa forma, “habitar”, “trocar as identidades”, e “produzir e trocar mercadorias e valores” assumem centralidade na invenção de percursos que viabilizem os múltiplos projetos de vida das pessoas.

Nesse sentido, há incipientes iniciativas voltadas ao trabalho no Brasil, sobretudo, cooperativo entre essas pessoas, o que desde Basaglia⁴⁵ se idealizaria como uma alternativa ao emprego formal, uma nova forma de organização para trabalhar, meio de acesso às atividades remuneradas, à geração de renda e uma ponte com o mundo social.

Mas, é durante a década de 1980 que tais cooperativas se expandem e demonstram sua viabilidade na criação de novos caminhos para o mundo do trabalho, bem como, diz Nicácio et al. (2005, p. 64):

[...] de produção de percursos formativos, de diversificação de atividades e oportunidades, e de inclusão na vida econômica e social da cidade, superando o dilema entre “trabalho protegido” e postos de trabalho no mercado formal e, também, entre a lógica assistencialista e a negação do direito ao trabalho das pessoas em situação de desvantagem.

Por isso, destaco aqui marcos legais que compõem uma legislação que vem sendo construída desde o início da década de 1990 e faz vistas à importância e inerência do trabalho aos cuidados em saúde mental, bem como, à necessidade de uma atuação intersetorial do governo e em parceria com a comunidade, por meio da criação de Centros de Convivência e Cooperativas, conhecidos como CECCO’S, como rubrica a doutora Maria Cecília Galetti (CRP SP, 2015, p. 20):

A criação dos CECCOs como um serviço intersetorial na saúde foi um acontecimento singular no plano das políticas públicas, pois não foi apenas a

⁴⁵ A primeira experiência de cooperativa com a inclusão de pessoas com transtornos mentais forjada na trajetória triestina de desinstitucionalização data dos primeiros anos da década de 1970. Na prática de transformação institucional do manicômio de San Giovanni, a equipe aprofundou a crítica à ergoterapia e, ao mesmo tempo, evidenciou a necessidade de reconhecimento e de valorização do trabalho das pessoas internadas. Para os cooperados, a experiência concreta de ser trabalhador possibilitava experimentar um modo diverso de estar no mundo e de participar das trocas sociais. NICÁCIO, et al, 2005, p. 64.

implementação de mais um serviço substitutivo ao tratamento psiquiátrico. Assim pensado, seu caráter intersetorial insere a cultura na saúde, a saúde nas áreas verdes, a ecologia nos esportes e, atravessando tudo isso, as ideias de inclusão, convivência e criação. Um projeto que visava, desde o início, a conexão de pessoas não pelas suas patologias, mas pela experimentação da arte, do trabalho e do lazer.

Pioneira na implementação desses Centros como serviços da rede substitutiva em saúde mental no país, a capital paulista publica em 1990 uma Portaria Intersecretarial para criar o Programa denominado "Centro de Convivência e Cooperativa" que funcionaria nos "parques municipais da Prefeitura do Município de São Paulo, através das ações integradas dos serviços saúde mental e do Centro Educação Ambiental do DEPAVE", assegura a instrução SMS nº 147 de 27 de Janeiro daquele ano e com isso, como inferem Andrade e Costa-Rosa (2014, p. 38), busca-se romper:

[...] com as históricas condições de trabalho assistido e protegido para assumir a condição de trabalhadores cooperados que podem ser acompanhados por outros, mas não demandando mais "assistência" ou "proteção" e, sim, incentivos e acompanhamento para desenvolver o intercâmbio no mundo das trocas econômicas e sociais.

Realidade que não é experimentada por milhares de usuários da saúde mental de todo o país, visto que a doutora (FERIGATO et al., 2016, p. 85-86) aponta que "a última estimativa do Ministério da Saúde divulgada em 2010 na IV Conferência Nacional de Saúde Mental" contava apenas cinquenta e um Centros de Convivência implementados em todo o país até aquele momento, identificando "uma massiva concentração de investimentos e de criação desses serviços na região sudeste", uma vez que, desse total, quarenta e sete deles estariam ali situados.

"Não. Eu sei de São Paulo que é o mais próximo, em Sorocaba nunca teve e na região também que eu saiba não", é o que revela Silvana, que há mais de vinte anos trabalha na saúde mental, quando lhe pergunto sobre essas cooperativas na cidade.

Em contrapartida, outras ações e medidas foram desenvolvidas pelo poder público, como a "Oficina de Experiências de Geração de Renda e Trabalho dos Usuários dos Serviços de Saúde Mental" evento realizado em 2014 pela ECOSOL.

Esse encontro efetivaria a relação entre a economia solidária e a saúde mental e do qual foram extraídas inúmeras propostas de ação e que retomam a discussão em torno

de novas formas de organização para o trabalho, uma vez que, para Nicácio et al. (2005, p. 65):

A economia solidária, dentro de sua proposta associacionista, se apresenta como alternativa à competição da economia de mercado e vê nas cooperativas de trabalho uma das possibilidades de superação das desigualdades decorrentes do modo de produção capitalista. O cooperativismo estrutura-se a partir do diálogo e do compromisso entre diversos trabalhadores que se reúnem em torno de uma empresa solidária, gerida pelo coletivo dos trabalhadores.

Nele os autores contam que “foram construídas estratégias de inclusão social pelo trabalho voltadas aos usuários dos serviços de saúde mental” tais como: empreendimentos econômicos solidários com grupos informais, a criação de associações e cooperativas e a formulação de uma legislação para elas, bolsas de trabalho que garantam uma renda mínima a essas pessoas, a criação de um fórum intersetorial de geração de renda, a busca de recursos que possam dar sustentabilidade às ações através de financiamento público (ANDRADE, COSTA-ROSA, 2014, p. 36).

Tratou-se também da realização de formação, capacitação e qualificação de todos os envolvidos nessa articulação, além da proposição de iniciativas que envolvam a sociedade, as universidades e outros setores do poder público, como educação, cultura, habitação, justiça, assistência social, previdência e trabalho (ANDRADE, COSTA-ROSA, 2014, p. 36).

Embora se reconheça que há muito a ser feito nesse campo Andrade e Costa-Rosa apontam ainda que desde então, por meio de lutas políticas “dos envolvidos junto aos Ministérios da Saúde e do Trabalho e Emprego” outras ações merecem destaque.

Elas são consideradas elementares para o avanço da política pública como o desenvolvimento de processos de formação e incubagem dessas Cooperativas dirigidos por Universidades ligadas ao PRONINC - Programa Nacional de Incubadoras de Cooperativas Populares, entre outras ações, reafirmam os autores (ANDRADE, COSTA-ROSA, 2014, p. 36), como:

[...] a criação do Cadastro de Iniciativas de Inclusão Social pelo trabalho; a criação da Portaria Nº 1.169/MS em 2005, que destina incentivo financeiro para municípios que desenvolvam projetos de Inclusão Social pelo Trabalho e cursos de gestão de empreendimentos de saúde mental e ECOSOL para trabalhadores da área.

Adicionalmente, a relação com a economia solidária contribuiu para uma grande alteração na constituição desses dispositivos que funcionam desde 1989 no município de São Paulo e que possui atualmente mais de duas dezenas deles funcionando a todo vapor, conforme estabelece a Portaria nº 964 de 27 de outubro de 2018 da Secretaria Municipal de Saúde que os define como:

[...] serviços de saúde que compõem a Rede de atenção psicossocial em consonância com a Política Nacional de Promoção da Saúde, em interface com a Cultura, Esporte, Meio Ambiente, Educação e Trabalho, com características de inovação social. Visam, através da tecnologia da convivência, provocar encontros da diversidade. São voltados a todas as pessoas, sobretudo, às em vulnerabilidade social e de saúde, constituídos por uma equipe multiprofissional, na perspectiva da transdisciplinariedade.

Com a missão de articular o convívio, as relações e o compartilhamento de experiências os CECCO's estão presentes em muitas regiões da cidade e oferecem atividades relacionadas a arte, educação, lazer, cultura e economia solidária: crochê, tricô, bordado, tapeçaria, pintura em tela, culinária, entre outras, orientadas por psicólogos, Assistentes Sociais, Terapeutas Ocupacionais, Educadores, Fonoaudiólogos e Fisioterapeutas e, sob uma perspectiva intersetorial, devem desenvolver, segundo Caçapava e Colvero (2009, p. 447):

Estratégias de cuidado no sentido de fortalecer os laços de inclusão social dos sujeitos portadores de sofrimento psíquico, buscando parcerias para desenvolver ações de saúde pautadas pela integralidade - pela vertente do trabalho, da cultura, do lazer, da convivência - e, portanto, operando através da intersetorialidade, diretriz essencial da promoção da saúde.

Essas ações de saúde pautadas pela integralidade nos lembram que os homens são seres condicionados a tudo aquilo que “toque a vida humana ou entre em duradoura relação com ela” e acaba por tornar-se também parte dessa condição, insiste Arendt (2001, p.17).

É verdade que o trabalho e suas potencialidades podem contribuir para a emancipação, reabilitação psicossocial e reinserção dessas pessoas em suas famílias e comunidades, além de possibilitar geração de renda, autonomia, liberdade, reconhecimento, ou mesmo, pura sobrevivência.

Contudo pode ser alienante, desumano, causar dor, disparar crises e provocar um intenso sofrimento, constituindo-se num paradoxo, cuja falta também pode levar à cronificação do estado de saúde ou ao aumento da vulnerabilidade psicossocial.

Frente ao cenário de uma sociedade salarial e de consumo, ao capitalismo contemporâneo e suas leis de mercado, a um ambiente político neoliberal, ao desrespeito às leis, às crises econômica e sanitária, à ausência de ações afirmativas e à enorme discriminação das pessoas em sofrimento psíquico, muitas ficarão desempregadas, outras serão consideradas “indigentes inválidos”, algumas assumirão a identidade de assistidos sociais e poucas receberão benefícios que podem retirá-las da linha da pobreza.

Ao passo que, as demais, continuarão sem trabalho e, em contradição com as leis, muitas lutarão sem nenhuma forma de auxílio, deslizando para fora das redes de sociabilidade e dos sistemas de proteção, adensando as estatísticas de novos pobres no país e permanecendo nas filas dos CAPS, expostos à pobreza, vivendo em isolamento e sob um forte tratamento medicamentoso.

Não obstante as novas formas de organização do trabalho em que são estabelecidas novas relações entre cuidar e trabalhar visam a inserção dessas pessoas fora dos ambientes de tratamento e tem a tarefa de fomentar a saúde em outros espaços, produzindo encontros entre diferentes grupos sociais.

A quem dele fizer gosto, o trabalho deve contribuir para se estabelecer vínculos e trocas sociais, para se obter o aprendizado de diferentes técnicas e para se exercer plenamente seu direito de trabalhar e gerar renda, conforme estabelece a legislação em vigor.

O que contraria a experiência narrada por Darcy sobre a criação de um CECCO em Sorocaba: “*A Prefeitura uma época chegou a fazer uma proposta, mas o valor era muito baixo, aí nenhuma instituição se candidatou a ficar, se não me engano, ela ofertou sessenta e quatro mil reais (R\$ 64.000,00) e é muito pouco*”.

Nele se articulam outros setores do poder público, como trabalho e economia solidária, encontro promissor com uma proposta de ação intersetorial e que deve envolver também toda a comunidade local e os frequentadores do lugar, inclusive usuários e usuárias dos CAPS, sendo compreendidos, suscitam Nicácio et al. (2005, p. 65), como:

[...] lugares de inscrição no mundo do trabalho, de produção de sentido e de valor, podem ser um dos caminhos para a projeção de propostas inclusivas orientadas para a produção de emancipação e para a multiplicação das trocas sociais.

Nessa árida paisagem, falar de trabalho através dessas cooperativas pode inspirar novas ações afirmativas nesse serviço e um estudo regional como esse pode denunciar essa realidade e se relacionar à outras realidades Brasil afora, contribuindo para a composição de um panorama sobre os CAPS no país, no que se refere às atividades voltadas ao trabalho e à geração de renda promovidas por eles.

Pode ainda auxiliar na apresentação dos resultados da Política Nacional de Saúde Mental até agora, meio à um processo de desinstitucionalização psiquiátrica, à consolidação de novos modelos de atenção e cuidados e à perigosos movimentos contrarreforma que querem trazer de volta a lógica manicomial da segregação.

Enfim, entre luzes e sombras, avanços e retrocessos, paira sobre os CAPS de Sorocaba uma densa nuvem no que tange às atividades voltadas ao trabalho, seja ele terapêutico ou emancipador, o que denota a existência de diferentes regularidades como a falta de investimentos em saúde mental e de contradições como a prevalência de um tratamento altamente medicamentoso em detrimento das oficinas terapêuticas e de geração de renda como prevê a legislação da área.

Essa, por sua vez, visa promover a liberdade, a emancipação e a autonomia, além de viabilizar uma melhoria real na qualidade de vida dessas pessoas, promovendo a reabilitação psicossocial e a reinserção social, inclusive produtivo-econômica a quem são negados os direitos ao trabalho e à geração de renda em suas próprias comunidades, configurando-se como estratégias contra o desemprego, o isolamento e a pobreza e a favor do pão de cada dia, da saúde, da vida e do futuro.

Capítulo 3: O Trabalho na Paisagem

“Ela infringiu, ela feriu, vamos dizer assim, ela violou os direitos, ela é recordista em violar os direitos...” (Marisa, 37 anos, trabalhadora de um Centro de Atenção Psicossocial III em Sorocaba - SP, maio de 2017).

Sorocaba, interior de São Paulo, à pouco mais de oitenta quilômetros da capital, com pouco mais de 700 mil habitantes, há décadas governada por alas políticas conservadoras é palco de disputas ideológicas e retrocessos no campo da saúde mental, município que não pode ser deixado de fora de uma versão brasílica da história da loucura.

Brevemente é preciso dizer que ele foi sede de uma das primeiras colônias agrícolas do Brasil, tornou-se um grande polo manicomial, fora acusado inúmeras vezes por violação dos direitos humanos, como salienta Marisa logo acima, e tornou-se foco nacional dos debates sobre a desinstitucionalização psiquiátrica.

Lugar em que, ainda em 1895, teria sido instalada a primeira colônia agrícola para alienados do país sob orientação do célebre alienista Franco da Rocha, para onde vieram oitenta pacientes enquanto se aguardava a construção do suntuoso Juquery.

Mais adiante, no início do século XX, em 1915, foi inaugurado o Manicômio Dr. Luiz Vergueiro, destaca Marcos Garcia (2012, p.108), que extinto em 1998 foi rebatizado como “Jardim das Acácias”, apontado diversas vezes pelas condições desumanas em que viviam os internos, além dos estranhos óbitos que ali ocorreram, muito superior à média e pelas mais variadas causas, muitas vezes suspeitas, e que envolvem frio, fome, suicídios, afogamentos, desaparecimentos, corpos encontrados em decomposição e, até mesmo, valas ocultas repletas de ossadas.

Durante um extenso período fora considerado epicentro de um dos maiores polos manicomiais do Brasil e entre 1960 e 1970, somente em Sorocaba e em um raio de 60 km dela, teriam se estabelecido dez instituições psiquiátricas nos municípios de São Roque, Itapetininga, Salto de Pirapora e Piedade, que alcançaram quase três mil leitos. O que “favoreceu durante décadas as longas internações e a superlotação desses antigos manicômios” registra Garcia (2012, p.108), cujo desenvolvimento econômico da região certamente está atrelado à essa história que merece um estudo detalhado sobre o tema.

Em repúdio à essa degradante realidade, a partir dos avanços da legislação, todos esses hospitais foram gradativamente fechados à medida em que foram fiscalizados e

descredenciados pelo SUS e seus pacientes passaram a ser desospitalizados e transferidos para residências terapêuticas como relembra Marisa (OLIVEIRA, 2017, p. 226):

Eu tenho oito anos que eu estou em Sorocaba e eu peguei ela justamente nesse momento que veio com a luta antimanicomial, que é justamente para poder o quê? Resgatar tudo isso que foi violado no passado, que veio o fechamento dos hospitais.

Ao passo em que se constituíam serviços como os CAPS e se fortalecia a RAPS, acirrou-se a fiscalização desses hospitais pelos órgãos públicos, sendo o sorocabano Vera Cruz o último deles a fechar definitivamente suas portas em 2018, como relatou Airton que vive há mais de cinquenta anos as agruras desse sistema: *“Primeiro eu fui para um Hospital, depois para o outro aqui em baixo. De lá passei para o albergue masculino”*.

O município enfrenta ainda duras críticas de pesquisadores e ativistas da luta antimanicomial e, invariavelmente, figura na imprensa como alvo de escândalos e polêmicas, como por exemplo as que envolvem a gestão dessas residências terapêuticas, conforme denuncia a vereadora Fernanda Garcia (PSOL) ao jornal ZNorte⁴⁶ em fevereiro de 2022:

Durante minhas fiscalizações ouvi relatos de pacientes dizendo que insumos básicos do cotidiano da casa, como os medicamentos, parte da alimentação, por vezes, e até eletrodomésticos eram comprados com os benefícios recebidos pelos pacientes, como o Benefício de Prestação Continuada (BPC). Aí podemos ver a ingerência da prefeitura, pois está claro no contrato que o repasse de dinheiro público deve ser usado. Nunca buscaram saber em que os valores eram usados?

Ademais, ecos desse passado recente ainda devem ressoar e isso nos ajuda a perceber o tempo presente e a identificar nele as persistentes regularidades nas narrativas de quem vive essa realidade e a experiência das mudanças no sistema psiquiátrico brasileiro, como bem observa Silvana: *“porque é um processo longo e o histórico de Sorocaba é muito diferente dos outros municípios, então eu acredito que isso está sendo construído”*.

⁴⁶ Disponível em: <<https://jornalznorte.com.br/politica/ministerio-publico-e-acionado-para-investigar-irregularidades-nas-residencias-terapeuticas-em-sorocaba>>. Acesso em: 18 jan. 2024.

É crucial ainda sublinhar as contradições entre a legislação e a prática social que recobrem a escrita dessa história viva, oral, vista de baixo, imediata e regional que, mesmo com um breve recorte espaço-temporal, deve estabelecer relação com outras realidades vividas Brasil afora, compondo uma memória social, como a trabalhadora destaca: *“a gente tá muito longe do ideal, Sorocaba tá muito longe ainda do ideal”*.

O que contribui para o avanço dos estudos sobre a tríade “loucura, trabalho e pobreza” e para a composição de uma trama sobre a consolidação desse novo modelo de atenção e cuidados à saúde mental que ainda se assenta no país. Desde seu reconhecimento e regulamentação, há pouco mais de vinte anos, esses Centros avançaram muito e ainda precisam avançar bastante para vermos totalmente concretizado o processo de desinstitucionalização psiquiátrica no Brasil.

Só assim serão respeitados os direitos dos cidadãos que necessitam de sua atenção e cuidados, para que se cumpra a legislação que reconhece trabalho e renda como basilares para a reabilitação psicossocial e para a reinserção de seus usuários e familiares em suas comunidades, capaz de promover a liberdade, a autonomia e a emancipação dessas pessoas.

Relembro que atualmente a cidade possui três (03) CAPS III, voltados à pacientes em sofrimento psíquico, dois (02) CAPS AD – álcool e drogas e mais dois (02) CAPS II – infanto-juvenil, além de mais quarenta⁴⁷ (40) residências terapêuticas - RTs que abrigam mais de trezentos e sessenta e sete (367) homens e mulheres que viviam nos antigos hospitais psiquiátricos do município.

No entanto a fragilização da Rede de Atenção Psicossocial e a falta de investimentos na área somadas às crises econômica e sanitária que levaram milhares para o adoecimento mental, engrossaram as filas de atendimento desses CAPS em Sorocaba, inviabilizando o minucioso acompanhamento de seus frequentadores a quem eles são destinados, os impedindo de desenvolver plenamente as atividades previstas em lei e delata Silvana:

Nós visitamos um CAPS em São Paulo em 2019 e era muito diferente daqui, da nossa realidade de Sorocaba, não é nem pelo nosso CAPS, mas é Sorocaba toda, eles tinham trezentos (300) pacientes no CAPS e eles faziam esse serviço que eu comentei antes de ir na casa, de fazer, de acompanhar mesmo o dia a dia de cada usuário que eles tinham lá no CAPS e a gente aqui tem quase três

⁴⁷ Não há nas plataformas oficiais dados sobre o número de atendidos pelos CAPS da cidade, tão pouco a quantidade de pessoas que vivem nas RTs. Assim, esses dados são extraoficiais e foram extraídos de um site jornalístico. Disponível em: <<https://g1.globo.com/sp/sorocaba-jundiai/noticia/2018/10/15/sorocaba-deixa-de-ser-maior-polo-manicomial-do-brasil-e-se-torna-referencia.ghtml>>. Acesso em: 10 set. 2022.

mil (3.000) e a equipe talvez seja a mesma ou até menor do que a equipe de São Paulo, então essa diferença faz também muito sentido no trabalho que a gente ainda não consegue realizar.

Essas vozes veem das testemunhas oculares dessa história e podem dizer muito sobre os resultados e os efeitos da Política Nacional de Saúde Mental sobre suas vidas, pois, pretendo com essas entrevistas temáticas evidenciar as atividades geradoras de renda e de reinserção no mundo do trabalho que devem ser desenvolvidas por eles.

Para isso fui à campo, entre junho de 2021 e julho de 2022, para coletar diferentes experiências sobre a temática trabalho e renda em um desses Centros da cidade, destinado a pessoas em sofrimento psíquico, um CAPS III.

Para proteger suas identidades como requer a disciplina os chamei ficticiamente de “Darcy, Silvana e Jussara”, trabalhadore/as da saúde mental há mais de duas décadas e “Mário e Airton”, que vivem em Residências Terapêuticas próximas à esse CAPS, passaram por longas internações e são egressos do sistema hospitalar.

Em 2017 já havia conhecido Darcy que atua na área há mais de quinze anos e conhece profundamente a realidade local e, além disso, é grande contador/a de histórias e coleciona momentos emocionantes com os usuários e usuárias do serviço em que trabalha no município, os quais narra emocionadamente.

No dia 25 de junho de 2021, às onze horas da manhã, ele/a me recebeu para falar sobre o projeto de pesquisa que eu lhe havia enviado dias antes para avaliação. Nele havia um roteiro de perguntas sobre o tema que fora rejeitado pelo/a trabalhador/a que viu nele grandes discrepâncias entre o idealizado pelos documentos oficiais e as práticas sociais, sendo obrigado, no momento desse encontro, a perceber as questões mais pertinentes àquele diálogo e improvisar algumas dessas indagações.

Pedi para gravar, o que ele/a me permitiu imediatamente.

Gravador ligado...

Mediante o que você me apresentou eu até conversei com as minhas T.Os (terapeutas ocupacionais) que são aquelas que realmente trabalham com essa proposta de geração de emprego e renda e li com cuidado todas as perguntas, grifei algumas, pontuei algumas aqui e com o atual público que eu tenho hoje, eu gostaria muito de ter essa proposta que você colocou aqui no papel, mas infelizmente eu não tenho.

Aí você vai perguntar: então Darcy porque é que não tem? Infelizmente hoje o

CAPS que eu tenho em Sorocaba é um CAPS Ambulatório, ele não é um CAPS daquela forma bonitinha que tem nas Portarias. É como eu te disse a RAPS em Sorocaba ela está sendo construída, ela está sendo fortalecida, ela está sendo implantada, vamos dizer assim.

Como Sorocaba foi um polo de violação de direitos e com o fechamento dos hospitais psiquiátricos essa rede ainda não está pronta, ela não está acabada, a gente ainda não tem uma estrutura que possa receber todos esses pacientes. A gente tem os pacientes leves, moderados e persistentes. O CAPS III é para pacientes graves e persistentes, só que o CAPS hoje não atende só os graves e persistentes, hoje eu tenho todo o público, eu tenho leve, eu tenho moderado e eu tenho os graves e persistentes.

Aí você vai falar: nossa Darcy, mas porquê uma cidade do porte de Sorocaba, você como CAPS atende tudo isso? Infelizmente a gente não tem ainda uma equipe NASF (Núcleo Ampliado de Saúde da Família) em todas as UBSs (Unidades Básicas de Saúde) de Sorocaba, eu não tenho equipe de Apoio de Saúde da Família em todas as UBSs de Sorocaba. Quando começou a implantação da RAPS aqui nós tínhamos cinco (05) psiquiatras só para o meu território. Sorocaba é dividida em três territórios: oeste, norte e leste. Eu sou representante de um deles. Alguns deles faleceram, outros se aposentaram, agora mesmo a Doutora T. é uma que acabou de se aposentar, a doutora M. faleceu, o doutor A. se aposentou. A G. e o H. pediram exoneração. A P. que hoje é minha psiquiatra também se exonerou do cargo.

Então acabaram saindo muitos psiquiatras da rede por “n” motivos que não vem ao caso. Hoje nós temos uma (01) psiquiatra só. Então só um (01) psiquiatra para toda minha região na rede básica ficou muito pouco, então esse psiquiatra sozinho não dá conta.

A gente tem conversado isso com a Prefeitura e há a possibilidade de abrir um novo concurso, mas esse concurso ainda não foi aberto. Eu tive uma reunião de gerente de CAPS recentemente, eles falaram que talvez vai abrir um contrato emergencial, mas até agora nada.

Então o que acontece? Como eu sou a responsável por essa zona da cidade eu também não posso deixar esse paciente à deriva, eu sou obrigada a acolher, eu me sinto responsável, eu tenho que acolher. No último mês agora eu fechei o CAPS, que a gente faz os indicadores mensalmente, eu fechei o CAPS, e isso é inadmissível, a DRS no dia que descobriu isso ficou horrorizada, que é a Diretoria Regional de Saúde de Sorocaba, que é a DRS16, que a gente corresponde, eu fechei o mês do CAPS com dois mil cento e

sessenta e dois (2162) pacientes.

Aí eu te pergunto: com essa quantidade de pacientes, com a equipe que eu tenho hoje, que ela é triplicada, eu tenho três mini-equipes dentro da minha equipe, eu não consigo dar suporte para esse projeto que você falou aqui, que você traz aqui.

O que acontece muitas vezes? Eu não consigo efetivar um trabalho minucioso, para mim poder fazer um trabalho minucioso da forma que você colocou no seu papel aqui eu teria que ter o que o CAPS realmente se propõe a fazer, eu teria que ter no máximo uns quatrocentos (400) pacientes dentro desse CAPS, aí sim eu conseguiria acompanhar os meus pacientes.

Nós chegamos a pedir para conhecer um CAPS em São Paulo, a gente foi em um CAPS III em São Paulo que realmente funciona como um CAPS III, tivemos o prazer de conhecer. Para você ter ideia são trezentos (300) pacientes lá e eles tem tudo isso que você colocou aqui, eles tem oficina de geração de emprego e renda, eles conseguem fazer trabalhos minuciosos, eles conseguem acompanhar os pacientes até em passeios para você ter ideia.

Isso quando eu era CAPS II, que eu tinha bem menos pacientes, eu até conseguia fazer, lembra que eu te falei que a gente fazia passeios no Hopi Hari anualmente, que a gente conseguiu ir no Mercado Municipal de São Paulo, isso infelizmente a gente tá perdendo desde quando a gente se transformou em um CAPS III e que a gente perdeu essa quantidade de psiquiatra que eu tinha na rede.

Então como a gente perdeu esse apoio da RAPS acabou onerando o meu serviço e por onerar o meu serviço, eu perdi, eu não vou nem te dizer a qualidade, mas eu perdi algumas coisas. Para você ter ideia eu tinha três (03) psiquiatras e hoje eu tenho seis (06). Eu tenho psiquiatra de segunda a sexta-feira das sete (07) horas da manhã às cinco (05) horas da tarde, com exceção de sexta e quarta-feira que a T. que fica até às seis e meia (06:30). Eu tenho o J. e o F. que na quinta e na terça-feira de manhã eles trabalham juntos, eu tenho dois (02) psiquiatras que trabalham aqui nesses dias só para dar conta desse público.

Às vezes, a visita domiciliar com um psiquiatra quando me pedem, eu sapateio para poder conseguir atender, porque quando eu tiro um psiquiatra do CAPS ele deixa de atender de quinze (15) a vinte (20) pacientes.

E olha que eu estou com residentes agora. Hoje mesmo o doutor L. está atendendo, ele e uma (01) residente em psiquiatria. Hoje eu estou com três (03) residentes: eu estou com a N., com a W., e com o L., fora meus três (03) psiquiatras, ainda tem três residentes,

ou seja, hoje dentro do CAPS eu tenho nove (09) psiquiatras. Eu até comentei com o pessoal da coordenação de saúde mental, porque esses residentes são do programa de residência do município, até falei “gente eu acho que poderia colocar esses residentes inclusive nas UBSs, porque é onde está faltando psiquiatra.

Ah, Darcy, mas eles não são psiquiatras. Mas, tendo um psiquiatra de supervisão, eles podem atuar e de certa forma como eles já são R3, os que estão comigo, eu não estou com R1 e nem com R2, eles já tem uma certa mão, porque eles já estiveram aqui no CAPS, já estiveram na Santa Casa e, na verdade, eu precisaria hoje de psiquiatras na rede, que é o que eu não tenho.

Aí você pergunta para mim: Ah Darcy, mas esses dois mil (2.000) pacientes passam mensalmente? Não. Esses dois mil cento e sessenta e dois (2162) pacientes eles não passam mensalmente. Só que esse número muda mensalmente, mas fica sempre acima dos dois mil (2.000) e eu nunca consegui diminuir. Quando eu abri esse CAPS aqui há sete (07) anos atrás, eu abri com um mil e sessenta e cinco (1.065) e em sete (07) anos ele dobrou o número.

Então, de certa forma, descaracterizou um pouco o trabalho do CAPS. Então, o trabalho de oficina de geração de emprego e renda eu não consegui efetivar da forma que realmente necessita ser feito. Eu tenho oficina? Tenho, mas as minhas oficinas não são de geração de emprego e renda, eu tenho uma oficina aqui que é o seguinte, a gente trabalha mais a questão do terapêutico, eu tenho uma (01) oficina e tenho três (03) T.Os e elas não vão trabalhar muita a questão da oficina.

A gente não olha muito a produtividade para poder vender o produto final, a oficina sim, ela até quer vender o produto final, mas a T.O não, ela está preocupada com o terapêutico. Se aquele produto se perde, eu até elimino ele ou deixo o paciente levar para casa.

Teve uma paciente uma vez que ela pegou um pano de prato e pintou todo de preto e nosso objetivo no final é avaliar aquilo ali. Porque ela pintou tudo de preto? O que está acontecendo com ela?

Aí aquela mini equipe, porque como a gente tem as mini equipes, aquela T.O responsável por aquele paciente vai discutir com o psicólogo, com a assistente social e com o enfermeiro daquela equipe. Olha o pano de prato que a paciente fez. Aquele pano de prato vai servir como base, ou um quadro ou uma massinha que ela fez, vai servir para a gente poder estudar qual sentimento ela quis passar para aquilo ali, que não vai virar um produto de venda no bazar.

Por exemplo, antes da Pandemia a gente estava fazendo um bazar e nesse bazar quarenta por cento (40%) do dinheiro ficava para o CAPS e sessenta por cento (60%) dividido pelos três (03) pacientes que tomavam conta do bazar. A gente pode chamar isso de geração de emprego e renda?

Não, porque ele não está desde o início no produto. Agora aqueles que ficam bons a gente manda para o bazar, mas o que não fica bom, às vezes vai para objeto de estudo e avaliação da equipe e esse pano de prato que eu estou dando um exemplo aqui, que a menina pintou todo de preto, ela fez muitas coisas pretas, a gente levou para a equipe para avaliar o que estava acontecendo com aquela paciente

Aí ele já virou objeto de estudo da equipe e de avaliação. Ah, e aquele pano de prato que não ficou legal? Muitas vezes ele fica aqui para dentro do CAPS mesmo, para ser usado na cozinha do CAPS, agora um pano de prato que ficou legal, que dá para ir para o bazar, a gente manda para o bazar, mas não necessariamente a pessoa que produziu aquele pano de prato está no grupo de “bazar”, então eu não posso chamar de oficina de geração de emprego e renda.

Muitas vezes a gente até gostaria realmente de implantar, mas enquanto a gente não tiver o apoio dessa rede, o apoio de toda a RAPS, a gente não vai conseguir efetivar um trabalho de uma oficina de geração de emprego e renda da forma que você colocou aqui. Por isso que eu te falo assim, muitas vezes, eu olhei algumas perguntas e eu falei assim: “ah, não, na hora que ele perguntar para o meu paciente ele vai ficar perdido, ele não vai saber te responder, tá entendendo?”

Então, para você fazer a pergunta para o meu paciente e ele não saber te responder, por isso que eu te convidei, se você acha que dá para fazer, porque dessa forma que tá aqui meu paciente não vai saber te responder. Por isso, eu te convidei para ver se você acha melhor a gente fazer de outra forma e tal? E você me falou, não Darcy eu mudo, porque realmente tem o real e o ideal e hoje a realidade de Sorocaba, acho que eu posso talvez até ser ousada, mas eu acho que nenhum dos CAPS em Sorocaba consegue fazer dessa forma, realmente uma oficina de geração de emprego e renda da forma que ela deve realmente ser feita.

Chegou a vir recentemente uma verba de Brasília, eu não sei te falar exato o valor, mas infelizmente essa verba voltou, a coordenação de saúde mental chegou a levar, pediu para a gente separar dois funcionários, foi o que a gente conseguiu usar dessa verba. Daqui foi uma minha oficina e uma terapeuta ocupacional minha, elas duas foram, mas foram mais CAPS também, foi o pessoal das UBSs, outras T.Os, outros oficinairos de UBS

também, da rede em si, foram até Campinas conhecer uma oficina de geração de emprego e renda, como funciona e tudo mais.

Eu não vou saber ao certo agora o nome do CAPS em que eles foram em Campinas, conhecer realmente o que é uma oficina de geração de emprego e renda, como funciona, o que é, para poder implantar o projeto aqui. E aí elas conheceram e ficaram encantadas realmente com o projeto e tudo mais, mas como neste momento se encontra a RAPS em Sorocaba não foi possível implantar aqui, foi essa resposta que a coordenação nos deu naquele momento.

Foram a V., a minha T.O e a J., a minha oficineira. Para você ter ideia ela está conosco há trinta (30) anos e é uma pessoa extremamente habilidosa e que gosta do que faz. A nossa T.O que foi e também a V. ficaram encantadas com o projeto. Ela falou assim: Darcy seria ótimo se a gente conseguisse realmente implantar aqui. Porém, não foi possível por conta da forma que a RAPS se encontra em Sorocaba, porque a demanda nossa hoje é muito grande e a gente não tem RH (recursos humanos) o suficiente na RAPS para abarcar, porque se eu tivesse condições de mandar esse público que é de UBS para a UBS e ficar só realmente com que é CAPS aqui comigo, aí mudaria minha realidade.

Foi mencionado nessas últimas reuniões agora de gerente de CAPS a possibilidade de abrir um ambulatório, aí sim a gente conseguiria mandar esse público que é de média e baixa complexidade para o ambulatório de saúde mental e eu ficaria só com público de CAPS, aí sim, eu ficando só com meu público CAPS a gente já mudaria o perfil. Eu manteria a mesma equipe, que é como eu falei, hoje eu tenho três mini-equipes dentro da minha equipe.

O que são as mini-equipes? É um técnico de cada área, um assistente social, um terapeuta ocupacional, um psicólogo e um enfermeiro. Então, dentro de cada mini-equipe tem um técnico de cada área, cada mini-equipe minha tem quatro (04) UBSs de referência e hoje eu tenho doze (12) UBSs, cada mini-equipe corresponde a quatro (04) UBSs, para que se faça o matriciamento, acompanhando de perto e melhor o paciente.

Só que imagina, cada miniequipe dividindo ainda esses pacientes, ainda é muito paciente para eles tomarem conta. Agora a partir do momento que eu conseguir reduzir isso e conseguir acompanhar de perto, porque os pacientes de CAPS são pacientes graves e para mim poder acompanhar de perto com uma quantidade muito grande fica complicado.

Esses dois mil pacientes não passam todos com as equipes multidisciplinares, eles passam realmente para o atendimento médico, mas a quantidade de pedidos que eu tenho

de visita domiciliar, relatório de juiz, muitas vezes, acumuladores, então o CRI (Centro de Referência do Idoso) pede algum acompanhamento, então é muito grande esse fluxo, a gente às vezes se perde nisso aí, agora se eu ficar só com o que é meu, aí eu vou conhecer paciente por paciente, porque eu tenho equipe grande, mas o problema é que a minha demanda ainda consegue ser muito maior e a verba que eu recebo hoje eu não consigo expandir.

Para você ter ideia, hoje eu tenho uma verba de cento e oitenta e três mil reais (R\$ 183.000) e a minha a minha receita de funcionários é praticamente cento e setenta mil reais (R\$ 170.000), fora isso eu tenho que pagar aluguel, alimentação, manutenção de uma casa desse tamanho, então eu estou estourando.

Agora que a gente acabou o contrato e precisa ser renovado, a gente tá na expectativa que aumente, porque eu também não tenho condições mais de contratar ninguém, com a verba que eu tenho eu estou trabalhando no vermelho, é porque a Instituição trabalhou antes e conseguiu fazer uma reserva, mas a reserva também já está indo embora, mas eu trabalho bem sufocada.

Por conta da pandemia aumentou bastante, aumentou muito, ninguém, nenhum de nós estava esperando essa questão da pandemia e infelizmente ela mexeu muito com a saúde mental e a minha demanda aumentou muito, inclusive a T.O que está no plantão recebeu agora mesmo uma mãe e um filho e era raro eu receber isso para um acolhimento, dois na mesma casa e isso tem acontecido com muita frequência.

Uma coisa que a gente tem feito também quando começa a vir demais a gente acaba até agendando, pedindo para agendar, por conta de não ter aglomeração, então isso afetou muito a questão da saúde mental das pessoas, só que isso não é um público para CAPS, só que se eu não acolho essa pessoa pode virar.

O uso de drogas aumentou e muitas vezes essas pessoas usam a droga como uma válvula de escape e muitas vezes não é nem necessário você levar para um CAPS AD (álcool e drogas), eu poderia acolher, talvez nesse primeiro momento, e essa pessoa já largar essa droga, porque se eu mando para a UBS agora, que está ultimamente tão voltada para o COVID, se eu mando já para a UBS e essa pessoa fica sem o acolhimento, eu acabo perdendo esse paciente.

Então, o que eu prefiro? Eu prefiro acolher esse paciente e dar esse primeiro suporte mesmo ele não sendo um caso grave para mim não perder esse paciente futuramente ou então ele se transformar realmente em um caso grave, meu maior CID

(Código Internacional de Doenças) hoje é F32 que é depressão leve, F33, depressão recorrente e isso não é CID para CAPS.

Então, por conta da pandemia aumentou realmente o desemprego e aumentar o desemprego mexeu com a saúde mental das pessoas. CID de ansiedade é muito grande, você não está lidando mais com esquizofrenia, com borderline, você não está lidando muito com isso mais, que são os CIDs realmente para CAPS. Você está lidando muito com ansiedade, com depressão leve, depressão recorrente, só que é isso que é meu medo.

Eu me sinto responsável por essa zona da cidade, porque eu sou responsável por ela, então se eu não acolho esse paciente de imediato ele pode se tornar grave. Geralmente, setembro é a época, não sei se é porque se fala muito, eu até dei uma olhada esses dias na minha “Tabela Viva”, que é a tabela da questão do suicídio, setembro geralmente é a época que eu mais registro ocorrência de suicídio, setembro, outubro, há mais ocorrências.

Em dezembro já cai, não sei se é porque as pessoas já estão mais envolvidas no espírito natalino, dezembro, janeiro, férias, não sei, dá uma caída. Agora mesmo, junho, julho, deu uma caída. Para você ter ideia eu tive uma ocorrência de suicídio no mês passado, esse mês até agora não tive nenhuma ocorrência de suicídio, tentativa de suicídio, não é nem de suicídio, é de tentativa, daqui a pouco, agosto, setembro, começa, é impressionante.

É que eu não estou com a minha tabela agora até para mim poder comentar com você, mas o índice de tentativas começa a subir em agosto, setembro, outubro e novembro começa a cair, dezembro também já cai, janeiro já cai, fevereiro já cai, março cai, abril também cai um pouquinho, aí depois agosto já começa a aumentar um pouco.

Agora por conta da pandemia, em março que foi quando a gente iniciou a pandemia no ano passado já começou, que foi uma novidade, não que realmente esses meses não tem, mas foi justamente porque as pessoas, o brasileiro ele é muito festivo, ele gosta de sair, ele gosta de liberdade e isso de ficar dentro de casa, o brasileiro não está acostumado com isso. Eu falo até por mim mesma, eu não gosto de ficar dentro de casa, quando eu tive que ficar os quinze (15) dias quando eu peguei Covid, foi horrível, tanto que eu moro em um apartamento e hoje eu quero uma casa.

Depois que eu tive Covid, a primeira coisa que eu quero é uma casa, não quero mais morar em apartamento e eu nunca me importei de morar em apartamento, porque eu falei que se eu tiver que ficar quinze (15) dias dentro da minha casa de novo eu não quero

ficar mais no apartamento, eu quero ficar numa casa pelo menos, porque eu quero quintal para sair, eu quero um lugar onde eu não me sinta tão presa.

Então eu imagino assim, a questão da quarentena para o brasileiro também, eu imagino que não é legal, às vezes a gente critica quando as pessoas ficam saindo, eu vejo as reportagens na televisão, no Facebook, o pessoal criticando, fulano que não quer ficar dentro de casa, fica em casa. Gente eu imagino que quem tem que ficar dentro de casa não é fácil, a minha mãe hoje mora sozinha, porque ela ficou viúva recentemente, tem hora que ela me liga e fala: “eu não estou mais aguentando ficar dentro de casa” e olha que a casa da minha mãe é imensa ela tem vários cachorros, porque ela participa de uma ONG e vira e mexe o pessoal da ONG leva cachorro para ela e tudo mais, mas mesmo assim minha mãe me liga “Darcy, eu não estou aguentando ficar mais dentro de casa não”.

Então entendo porque na minha família mesmo eu sei que as pessoas não estão aguentando ficar dentro de casa, agora você imagina uma pessoa que tem um CID de psiquiatria ficar dentro de casa?

Para você ter ideia a gente pede o uso de máscaras dentro do CAPS, a gente pede para que venha somente um acompanhante e já teve casos aqui que eu não consegui que o paciente usasse máscara. Agora, eu vou obrigar o paciente psiquiátrico a usar máscara? O que é que eu faço? Eu atendo ele lá fora na área verde do CAPS, mantenho o distanciamento dele, porque neste caso ele não está fazendo por abuso, ele está fazendo porque ele não entende mesmo, então tudo isso é manejo.

É diferente de uma pessoa que está se recusando a usar máscara, ele não, ele não está tendo essa compreensão, o paciente que não está bem naquele momento, ele tem um CID de psiquiatria grave, por exemplo, um esquizofrênico que não está bem porque ele desestabilizou, o que a gente faz? O médico faz o atendimento dele fora do consultório, o psiquiatra faz, o psicólogo faz, o terapeuta ocupacional já não deixa ele manusear objetos muitas vezes, porque ele não está em condições, aí é diferente.

A gente faz o seguinte com ele, leva, já aconteceu aqui, não é rotina acontecer, mas já aconteceu da família avisar que não adianta falar para o paciente usar máscara que ele não vai usar e muitas vezes ele não está nem agressivo, ele simplesmente não põe a máscara. Então, o que a gente faz? Bota uma cadeira lá no meio do quintal, lá no meio, debaixo das árvores.

Ô fulano como é que você está? Ah, eu estou bem. E a máscara? Não, isso aí não. E ele ainda critica a gente: você tá feio hoje com esse negócio na cara. Então é esse negócio, não é nem máscara. Então, a gente vai atender ele com certo distanciamento,

mas a gente vai atender ele na área verde do CAPS, porque a gente tem um jardim grande aqui, então vamos atender ele ali acompanhado de um familiar e muitas vezes ele não está bem naquele momento, não adianta você insistir com ele para pôr uma máscara, porque você vai irritar o paciente, você vai contrariar o paciente e esse sim é um paciente CAPS.

E aquela jovem que era do grupo de teatro e conheceu um namorado aqui? Ela está trabalhando ainda?

Hoje graças a Deus ela está super bem, ela teve o neném e está trabalhando e ele continuou nosso paciente. Ela a gente deu alta, nem encaminhamos para a UBS e hoje ela trabalha na PepsiCo, é uma empresa que tem aqui em Sorocaba, e ele continuou. Hoje quem não tá aqui conosco é ele, hoje o casal foi embora, os dois eram caso de depressão, eles foram pacientes do CAPS II na época e eles faziam parte do grupo de teatro e se conheceram no grupo de teatro

Eles casaram e na primeira vez que você veio ela já tinha ido embora só estava ele e agora nem ele está mais e ela veio esses dias aqui trazer a filha para a gente ver. Hoje o vínculo dela conosco é de amizade então isso é legal e isso é CAPS, tá entendendo? O paciente ele se sente à vontade de vir aqui, porque a neném deles já está grande e ela se sente à vontade de vir aqui para poder nos ver, nos cumprimentar para rever o técnico que cuidou dela, isso é muito legal, isso é gratificante pra gente, saber que o paciente deslanchou e hoje ele não toma nenhum tipo de medicação. Os dois seguiram a vida. Ele está trabalhando também, só não sei te dizer onde ele trabalha, mas ela trabalha na PepsiCo.

Há estudos epidemiológicos aqui que levem em consideração o tema trabalho?

Um estudo assim para te dizer números exatos eu não tenho, mas eu posso te dizer que eu tenho paciente que faz faculdade, inclusive eu tenho paciente esquizofrênico que faz faculdade, eu tenho paciente de nível superior, eu tive um que era professor universitário, só não tenho certeza se ele ainda está comigo, mas eu lembro de um paciente que era professor de matemática. Eu lembro que ele não estava bem e começou a fazer o

tratamento aqui conosco. Teve um dia que eu encontrei com ele aqui e eu ainda comentei com a médica que já estava na hora desse paciente ir embora.

Só que ele não queria ir para a UBS, porque ele disse que não aceitava ser atendido por um médico clínico e que gostaria de continuar com o psiquiatra, porque quando a gente encaminha para a UBS, o paciente dá sequência no atendimento com um clínico e ele falava que ele não ia para a UBS porque ele não aceitava ser atendido por um clínico e eu falava assim: nossa que preconceito é esse? Você está bem. Você está indo tudo bem e pode dar seguimento ao tratamento com um médico clínico, até mesmo porque quando a gente encaminha o paciente ele sai daqui com todo o histórico, ele sai com receita para quatro (04) meses que é o permitido pelo Conselho de Medicina.

Ele vai via discussão pelo matriciamento, como eu disse, cada técnico aqui tem uma referência de UBS, então aquele técnico antes de mandar, ele discute no matriciamento: olha o Fulano está aqui, ele é assim, ele é assado, ele tem tal diagnóstico, mas ele está há tanto tempo com a gente, quando ele vai para a UBS tem uma discussão prévia.

Infelizmente os pacientes tem esse preconceito e é preconceito mesmo, porque dá para seguir é que às vezes muitos pacientes acabam voltando e às vezes os meus médicos também ficam com certo receio de mandar, porque eles começam a falar: Ah, Darcy você manda a gente para lá, aí quando a gente chega lá não é dessa forma, não é muito bem desse jeito!

É que o problema é a troca de funcionário. Meus funcionários são muito antigos e o paciente psiquiátrico se apega muito ao técnico, então eu tenho técnico aqui com mais de vinte (20) anos de casa e na UBS esse rodízio de RH atrapalha muito e o paciente psiquiátrico ele valoriza muito isso e o CAPS que menos troca de funcionário acho que somos nós.

Para você ter ideia, doutor G. é um médico que está há mais de quinze (15) anos aqui na Instituição, doutora M. há mais de vinte (20) anos, a doutora C. uns dez (10) anos que está aqui. Os mais novos são os três (03) que eu contratei e eles já se identificaram. Meu farmacêutico tem vinte e oito (28) anos de casa, eu tenho auxiliar de enfermagem aqui que tem mais de vinte (20) anos que está comigo, então tem um vínculo.

Muitas vezes eles nem chamam a gente pelo nome é pelo apelido, muitos me chamam de Ma. Ah, Darcy porque você não corta? Não! É um vínculo legal, eles tiram sarro do meu time, mas é uma coisa saudável. Na minha opinião isso é CAPS, não tem

aquela relação rígida de formalidade, mas tem respeito, então isso para mim é o que prevalece.

Porque muitas vezes chegam nervosos, porque segundo eles, não foram bem recebidos ou não foi legal em algum ambiente e chega aqui nervoso e eu falo: Opa, o que foi que aconteceu? Oh, Darcy não estou gritando com você não, eu estou de boa, aí eu pego e falo assim, então vamos baixar o tom e em questão de segundos o paciente, que muitas vezes está irritado, ele abaixa o tom.

Esses dias mesmo eu estava aqui e escutei um paciente gritando lá embaixo, eu desci e falei: opa, o que está acontecendo? Ah Darcy, ainda bem que você chegou Darcy, só Darcy que me entende. Eu falo assim: tá brava porquê? Ali já baixou. Porque? Porque o paciente tem um vínculo legal com a gente, já conhece de longa data. Ele fala assim: Ah, Darcy fiquei nervosa. Eu falo: não quero te ver nervosa não. Aí eu brinco e falo assim: Oh, tapa no bumbum. Eles falam assim: Você vai bater no meu bumbum Darcy? Eu falo assim: Vou bater no bumbum, vou puxar a orelha.

Você tem já uma relação completamente diferente é um laço de amizade, então é outro nível, e isso infelizmente eles não vão encontrar na UBS, porque não dá tempo de formar essa amizade com o paciente.

Para você ter ideia, você vai até rir, não sei se você viu ele aqui embaixo, mas o J. é um moreno alto e tem muitas pacientes que chegam para mim e dizem: Darcy você vai chamar aquele chocolatão para mim né? As pacientes chamam ele de chocolatão. Aí eu falo: vocês estão muito assanhadas, eu brinco com elas.

Aí tem hora que eu contrato médico e quando elas veem que é novo, elas falam assim: Darcy e aquele bonitão que você contratou? Eu falo assim: eu contratei para vocês não passarem mais mal, porque se vocês passarem mal eu vou mandar o médico embora. Aí elas encham o saco.

É algo assim que, para mim, tá fazendo bem, porque é que eu vou cortar? Igual às vezes as pessoas falam assim: Ah, Darcy a pessoa te chamou de tio/a ali. Gente, se está fazendo bem para ela, para mim está fazendo três vezes melhor, eu quero o bem-estar do meu paciente.

O objetivo nosso aqui é se igualar mesmo, para você ver, a gente tá usando jaleco por conta da pandemia, só por isso. A gente não usa crachá, a gente não usa jaleco, a gente se iguala a eles, quando a gente vai passear com ele, é todo mundo de roupa igual, eu vou de tênis, calça normal, eu vou com eles nos passeios quando eu tenho oportunidade de ir, é hora de brincar nos brinquedos no Hopi Hari, a gente vai junto, porque eu não sou

melhor do que eles e eles também não são melhores do que eu, é para se igualar mesmo, é gente como a gente.

Porque uma coisa que os pacientes sempre trazem para mim é o preconceito que muitas pessoas têm deles, eles falam isso muito, eles trazem muito isso e uma coisa que eles se sentem bem aqui no CAPS é isso.

Você acha que os usuários e usuárias de um CAPS ainda sofrem ou teriam sofrido desse preconceito na busca por trabalho?

Muitos deles teriam sim. Eles muitas vezes falam comigo: Darcy você acha que eu devo falar alguma coisa? Eu falo assim: vai alterar alguma coisa você falar que é paciente de CAPS? Não! Você está afim de falar? Muitas vezes eles perguntam: Darcy você acha que eu devo falar que eu faço? E eu falo: mas, isso vai contribuir? Não! Não tem que pôr isso no seu currículo! O seu currículo é como qualquer outro.

Se eu fosse dar um currículo meu, eu coloco que eu fui trabalhadora de um CAPS, porque realmente isso foi uma atribuição que eu exerci, mas se eu fizesse acompanhamento não. Eles têm uma mania de falar assim: Darcy quem passa no psicólogo é doido? Então eu sou, né? Porque eu passo. O quê? Você passa Darcy? Lógico que eu passo. Como assim você faz acompanhamento com psicólogo? Eu faço. Eu só não faço com os psicólogos daqui porque eu trabalho com eles, mas eu passo. Eles ficam admirados de saber que eu passo com o psicólogo. E aí quando a H. que é a psicóloga também conta que ela passa, eles ficam admirados.

Eu falo, gente, mas nós somos iguais. Um dia a paciente falou que não estava bem, olha para você ver eu me queimei todinha no fogão. Aí a K, T.O, falou assim: vixi, então é duas, aí a K. levantou o braço e mostrou que tinha queimado o braço e tinha cortado o dedo. Aí ela falou assim: nossa, mas vocês também queimam o braço no fogão? Aí a K. falou assim: e cortei na faca o dedo ainda. Aí a K. levantou o braço e mostrou pra ela e falou: olha queimei aqui no fogão e cortei o dedo na faca. Então, acho que estou pior do que você. Aí ela falou assim: nossa eu achei que não estava bem porque eu queimei no fogão.

Está vendo como é que é o nível que eles às vezes querem comparar e o fato da gente falar que passa com psicólogo, eles admiraram muitas vezes a gente falar. Gente, passar com o psicólogo é uma coisa muito comum.

Seus usuários estão à procura de trabalho?

Eles procuram sim. Teve um paciente aqui, na época a gente tinha uma oficina e ele tinha um posto de trabalho aqui no CAPS, e eu vou ser sincera para você, quem tivesse pego aquele paciente nosso, hoje ele está na UBS, quem pegasse ele para trabalhar ia ter um funcionário excelente e olha que a K., T.O, levou ele até o PAT (Posto de Atendimento ao Trabalhador). Eu estava um dia no supermercado e perguntei: Aqui pega pessoas especiais e tal? Ele nem é tão especial e se você olhar para ele, é uma pessoa comum, como eu e você. Ele até hoje não conseguiu, ele vem até hoje aqui e fala: aí Darcy tá difícil, tá difícil.

Gente, ele é super responsável e dedicado e infelizmente não conseguiu ainda. É que infelizmente ele não é alfabetizado, talvez seja por isso que ele não conseguiu e a gente tem orientado muito ele a voltar para escola e tudo mais. Ele já é bem mais velho e fala assim às vezes: “ai Darcy eu não tenho paciência, não tenho saco para escola”, ele fala comigo.

Vou ser bem sincera com você, tem tanto serviço que eu vi o pessoal fazendo no supermercado que ele vai tirar de letra e eu vou ser bem sincera eu acho que ele vai fazer até melhor do que muitos que eu vi lá e, infelizmente, eu não sei se pelo fato de ele não ser alfabetizado, e pensa num cara esperto e dedicado, extremamente pontual.

Ele tinha um posto de trabalho aqui e ele assinava ponto e tal e o dia que ele casou com uma outra paciente daqui eu falei pra ele: Você tem direito a cinco (05) dias. Não, quero não! Mas, você tem direito, é um posto de trabalho que a gente tem que trabalhar igualzinho CLT.

Justamente treinando porque se ele um dia tiver um emprego era para ele saber como funciona. Eu falei assim: você casou, você tem direito. Ai, Darcy, quero não, quero ficar aqui. Não, não, você está de lua de mel. E a esposa dele era paciente também. Aí ele falou assim: ah, quer dizer que eu sou obrigado. Obrigado não, você tem direito e se você tem direito, você tem que gozar, você tem que usufruir.

Aí ele ligava e falava: Darcy eu posso ir trabalhar? Eu falava não, você está de lua de mel. Ele veio aqui essa semana, ele me chama de Marisinha, para você ter uma ideia, ele não me chama de Darcy, nem de Lu, Cadê Lurdinha? E até hoje eu tenho o maior carinho por ele e isso me dói muito saber que ele não conseguiu, eu acredito que seja pelo

fato de ele ainda não ser alfabetizado, ele só sabe escrever o nome porque foi nós que ensinamos.

Daquela época, daquele grupo de teatro mesmo, tem uma que hoje é T.O. Da época que eu te falei dessa moça que casou, hoje tem filhos, que trabalha hoje na PepsiCo. A outra que era parceira dela, que inclusive um dia vieram aqui voluntariamente participar do grupo de teatro e tudo mais, hoje uma delas é terapeuta ocupacional. E ela falou: eu vou ser terapeuta ocupacional porque eu gostei do trabalho da terapeuta ocupacional aqui do CAPS. Ela é terapeuta ocupacional.

Essas pessoas tem mais acesso aos estudos hoje?

Eu acho que tem sim, até mesmo porque hoje em dia você tem possibilidade de bolsa, você tem mais acesso, até mesmo na minha época, eu sou uma pessoa que me formei com bolsa. Hoje em dia tem muita escola, tem muita faculdade, tem muitas opções, eu acho que tem muito mais.

Sobre gênero e cor?

Mais homens ou mais mulheres? Eu nunca observei, mas acho que tenho mais pacientes mulheres. Os afro brasileiros são menos, bem menos. Eu acho que os pardos são os que eu mais tenho. Não tem destaque não. Porque eu tenho muito pouco paciente afro, até nas RTs (Residências Terapêuticas), a maioria são os pardos mesmo. Acho que agora é isso mesmo. A N. que é uma das coordenadoras mais antigas poderia responder melhor dessa época dos anos setenta e oitenta.

E nosso Centro de Convivência?

A Prefeitura uma época chegou a fazer uma proposta, mas o valor era muito baixo, aí nenhuma instituição se candidatou a ficar, se não me engano, ela ofertou sessenta e quatro mil reais (R\$ 64.000,00) e é muito pouco.

Imagine você manter uma equipe com sessenta e quatro mil reais é pouco demais. Foi na época ainda da coordenação da C., que foi anterior à essa coordenação, aí a C. até

falou: gente, nenhuma instituição vai se candidatar? A gente falou assim: C. com sessenta e quatro mil reais não dá para manter nem a equipe. Como é que você paga aluguel?

Essa casa aqui, só essa casa é doze mil reais (R\$ 12.000,00) o aluguel. Como é que você mantém uma equipe, porque olha para um Centro de Convivência você tem que ter equipe, tem que ter a casa, você tem que manter ainda os materiais, você não tem noção da manutenção de uma casa dessas. Então com sessenta e quatro mil não dá. Já vai fazer sete anos que eu estou com esse CAPS e eles ainda insistem em cento e oitenta e três mil (R\$ 183.000,00). Minha folha de pagamento quando eu comecei era cento e vinte (120) e hoje eu já estou em cento e setenta (170) e isso sobe anualmente, por mais que o salário não suba lá essas coisas, mas é anualmente, com essa mixaria não dá para manter não.

Gravador desligado...

Dias depois, 10 de agosto às 11 horas, Darcy me recebeu novamente para uma outra conversa, agora com um roteiro de questões muito mais realista e inspirado em nossa última entrevista e que leva em consideração a realidade narrada por ela em detrimento do ideal de funcionamento de um CAPS. Suas respostas sempre esclarecedoras nos ajudam muito a compreender o verdadeiro cenário da saúde mental no município atualmente e já comecei lhe perguntando: falta financiamento para os CAPS?

Gravador ligado...

O que falta é financiamento. Hoje a gente não tem um consultório de rua e precisaria ter. Nós não temos Centro de Convivência ainda. É o que eu te falei, a RAPS ainda está em construção, tem muita coisa ainda para ser feito. Eu não trabalho com drogadição, o meu CAPS, a minha especialidade não é a drogadição, mas é uma coisa que a gente vê muito, a questão da drogadição.

Embora Sorocaba esteja avançando bastante com relação a drogadição tem vindo para mim às vezes. Eu atendo muito morador de rua, porque eu tenho bastante morador de rua na minha região. Eu tinha um caso mesmo de uma moradora de rua, gente ela era uma graça, hoje a gente conseguiu até levar ela para uma RT. Aí você fala assim, nossa mas uma RT? Não, não é. Seria uma residência inclusiva que nós não temos também, só que como eu não tenho residência inclusiva, eu solicitei Residência Terapêutica

Hoje ela está super bem, mas um dia o pessoal falou assim: Ah, Darcy a G. evadiu do CAPS. Eu falei não, ela não evadiu porque ela saiu do meu lado. Ela falou comigo, eu não aceito atendimento e pronto e acabou, e eu também não vou pegar um paciente à força. Eu tenho paciente meu que não está querendo tratamento de jeito nenhum e ele não está bem, mas eu não posso também pegar ele à força. Às vezes as pessoas não entendem isso.

Eu preciso de um consultório de rua, talvez conseguisse abordar ele. Eu tenho S.O.S aqui. O S.O.S quando eles pegam um paciente meu, alguma coisa assim, eu tenho bom vínculo com eles, o pessoal da abordagem, eles falam, Darcy eu estou com fulano aqui, eu falo traz pra mim, porque a gente tem um vínculo tão bom que às vezes nem precisa mandar para a Santa Casa, o vínculo é tão bom com a gente que ele aceita ficar aqui. Eu tenho paciente que fala assim: não, se for para eu ir para a Santa Casa, eu não vou.

Às vezes ele está muito surtado e o CAPS não suporta na internação um paciente muito surtado, mas quando ele tem um vínculo bom com a equipe, eu consigo manter ele aqui dentro. Aí tem hora que ele bate, não eu não vou ficar aqui mais e a gente vai tentando manejar, manejar, e ele aceita ficar.

Infelizmente nós não temos um Pronto-socorro. O nosso sonho, que o ideal é o quê? Um pronto-socorro que do ladinho tem uma porta de pronto-socorro de psiquiatria, porque infelizmente as pessoas não são preparadas para receber uma emergência de psiquiatria e, outra coisa, tem que ter um psiquiatra no pronto-socorro de psiquiatria e nós não temos.

De 2017 até hoje parece que pouco mudou na RAPS. Como está a Rede hoje?

Infelizmente a sua observação é verdade. Infelizmente ainda perdemos, naquela época que você veio eu tinha três (03) psiquiatras na rede básica e hoje eu só tenho um (01), eu perdi. A única coisa que aumentou foi que naquela época que você veio, eu tinha três (03) psiquiatras, hoje eu tenho seis (06). Aumentou para mim, eu aumentei na verdade, eu tive que aumentar aqui porque a minha demanda aumentou, eu tive que absorver a demanda que é da UBS. De certa forma eu tive que abraçar.

A saúde mental como então não recebeu investimentos dos últimos anos?

Segundo o que foi me passado não e eu também não senti isso, tanto que eu te falei que eu trabalho no vermelho.

Você também atende egressos dos hospitais psiquiátricos?

Sim, inclusive eu estou com alguns pacientes. Teve um que eu tive que transferir para o CAPS AD, mas eu estou com alguns aqui. Quando eu recebo eles, eu ainda tenho que ficar emitindo relatórios judiciais a cada três (03) meses.

Os que eu recebi agora estão com a família, eu tenho um (01) que está super bem com a família, um não, tenho três (03). Agora esse que eu tive que encaminhar para o CAPS AD ele está dando muito trabalho para a família mesmo e como ele voltou a fazer uso abusivo de drogas eu tive que encaminhar ele para o CAPS AD, mas ele e a família não estão se dando bem não.

A última notícia que eu tive é que teve que internar ele na Santa Casa. Hoje nós temos dezesseis (16) leitos na Santa Casa. E quando acaba os dezesseis leitos da Santa Casa, aí solicita leito no Hospital Regional, mas a prioridade sempre vai ser a Santa Casa, o que socorre Sorocaba mesmo são os dezesseis leitos da Santa Casa.

Sorocaba tinha três mil leitos de psiquiatria e hoje acabou não tem mais, todos os hospitais foram fechados. Sorocaba agora vai ter comunidades terapêuticas, foi assinado segunda-feira agora isso aí. Essa verba está vindo.

O que são tais comunidades?

Então são coisas para paciente AD só, eu não estou muito familiarizada porque eu não trabalho com AD, mas eu sei que são, quem toma conta geralmente são igrejas, independente da religião, seja católica, evangélica e são como se fossem fazendas onde esses pacientes AD, só AD mesmo, vão para poder fazer as internações de desintoxicação, geralmente depois desse processo de desintoxicação, eles voltam para a família e seguem em tratamento no CAPS AD. Então Sorocaba agora vai ter, nesta segunda-feira o Ministro da Cidadania esteve aí, foi até feito um evento e agora essas comunidades terapêuticas vão ter aqui.

E o trabalho doméstico?

Tenho bastante que trabalha sim como empregada doméstica, algumas trabalham de carteira assinada, mas eu ainda tenho bastante que trabalha no mercado informal, faz uns bicos e eu tenho muito ainda que consegue exercer seu papel sim tranquilamente de mãe, de dona de casa, de responsável pelo lar.

Uma coisa que às vezes me deixava muito preocupada principalmente no CAPS II, agora nesse aqui eu sinto que deu uma diminuída, mas eu tinha muita mulher que vivia um casamento complicado e elas traziam muito essa problemática do casamento e elas muitas vezes viviam com um homem num casamento ruim e elas falavam que o maior motivo era porque elas dependiam financeiramente daquele homem e a gente tentava trabalhar muito essa autonomia, mas elas ainda preferiam continuar vivendo um casamento ruim, mas viviam ainda daquela forma, dependendo economicamente daquele homem.

Mas, geralmente não sofria violência física, mas psicológica sim. Talvez aquela criação assim, você foi criada para ser dona de casa e não para estudar, então você nasceu para isso e mulher nasceu para brilhar, ela nasceu para ser dona do nariz dela e não necessariamente você tem que casar, ter filhos, hoje em dia é super comum a mulher não casar, não ter filhos. Que mal tem se você não quer casar e não ter filhos, a gente trabalha muito essa questão da autonomia, porque às vezes, as mais submissas, a criação foi essa. Você casou para servir seu marido, muitas vezes por questão cultural, questões culturais de criação não tem nada a ver com a condição de saúde mental da mulher.

As que eu atendia, na época que eu atuava como assistente social, muitas vezes era isso, é claro que eu já tive casos aqui também, que já era violência já e acaba afetando a mulher, mas foram poucos casos. Muitos casos que eu peguei foram de mulheres por conta da questão cultural mesmo.

Não, eu nasci para servir meu marido e tudo mais eu sou submissa e pronto e acabou. Isso aí há muito tempo. Até mesmo porque essa questão da submissão as pessoas interpretam completamente diferente, não é aquilo. Para poder a mulher ser submissa ao marido, ele tem que dar todos os cuidados para ela, cultura, lazer, diversão, ele tem que cuidar dela muito. Não é assim nas Arábias? O sultão pode ter várias mulheres, mas não pode deixar faltar nada para elas. Qual é o homem hoje em dia que consegue não deixar faltar nada para sua esposa?

Quantos trabalham hoje?

Os que são pacientes CAPS mesmo nem trabalham, eu só consigo te responder essa pergunta pelo fato de eu ter muito paciente que não é CAPS, porque se eu fosse responder essa pergunta para quem é realmente CAPS, eu ia te falar que os pacientes não trabalhavam, porque eles não dariam nem conta de trabalhar, que seriam os de alta complexidade, seriam os pacientes meus de Residência Terapêutica que são a maioria e tem o Benefício de Prestação Continuada, LOAS.

Porém, como eu tenho muito paciente de nível UBS, de média e de baixa complexidade, eu vou dizer que eu poderia até solicitar, porque eu tenho um sistema que se eu pedir ele até me dá, mas eu nunca tive a curiosidade de fazer, mas a maioria deles tem profissão e eles exercem as profissões, por isso que muitos deles só passam com o médico. Eu tenho motorista de caminhão, eu tenho segurança que trabalha com transporte de altos valores. Isso é paciente de CAPS? Não é paciente de CAPS.

Esses dias mesmo veio um que é farmacêutico, foi uma tentativa de suicídio, aí o paciente falou comigo assim: gente me mandaram para cá, mas eu não tentei. Eu falei que estava com vontade de morrer porque eu estava passando uma necessidade difícil. Vontade de morrer não quer dizer que eu estou tentando suicídio não.

Então, às vezes confundem e já mandam para mim, aí você vai conversar com a pessoa, você vai e acolhe. Ele falou assim: pelo amor de Deus, foi uma notificação do Viva, eu conversei com ele por telefone, ele falou: “moça pelo amor de Deus não deixa isso sair daí eu estou super preocupado”. Porque ele tomou uma medicação e não sabia e ele falou, não foi tentativa de suicídio isso. Eu comentei com a minha esposa, “ai, tem hora que dá vontade de morrer, mas foi um comentário no ar”.

Eu acabei acolhendo, ele é um farmacêutico e ele falou que estava super bem na vida dele e que foi até um erro pelo fato de ser farmacêutico, mas foi assim uma coisa tão boba. Ele tomou medicação e foi para a casa de um amigo e misturou com bebida e ele passou mal, nem foi duas medicações, foi isso.

Às vezes a pessoa encaminha por falta de acolhimento no primeiro atendimento. Foi em um hospital de convênio que ele foi e faltou um acolhimento devido, faltou uma escuta, moça “eu deixei muito claro que não era tentativa de suicídio”, só que me notificou e quando me notifica eu tenho que fazer a busca ativa e eu expliquei para ele: olha eu entendo, mas ele foi muito educado também, ele ficou muito assustado, falou moça pelo

amor de Deus, isso não pode sair daí?”. Eu falei não, isso é sigiloso, expliquei para ele e tal.

Às vezes o que falta é só uma escuta aí a pessoa já manda um encaminhamento para o CAPS e uma notificação do caso no Viva, o pior é que eu registrei, gerou um número, uma estatística errônea e uma inverdade.

Todos os usuários do CAPS tem direito ao BPC?

Os pacientes que são CAPS mesmo sim. Por exemplo, para poder receber o benefício de prestação continuada você tem que estar dentro dos critérios. Se a per capita for superior a um quarto (1/4) de salário mínimo já era, a pessoa não recebe e a gente sabe que um quarto de salário mínimo hoje em dia é muita miséria, a pessoa já está vivendo em extrema pobreza e já não dá. Não adianta você tentar, vai ser reprovado.

Eu tenho um aqui que ele vende pano de prato, eu acho tão bonitinho, esses dias eu encontrei com ele, eu estava fazendo uma consulta e ele esperando eu sair do carro e ele não me reconheceu: ô dona a senhora não quer comprar um pano de prato na minha mão. Eu vi ele vendendo pano de prato.

Eu tenho um (01) que ele trabalha no semáforo, ele é palhaço no semáforo, ele é lindo e ele é um esquizo e não tem benefício, porque a família dele tem uma renda que não se enquadra. Ele mora com o pai e a mãe e é um menino super novo, ele deve ter uns vinte (20) e poucos anos, ele é lindo, pense em um menino bonito, ele é palhaço no semáforo.

Tem hora que ele chega aqui, ele faz malabares, ele vem de palhaço, ele vem todo fantasiado e ele fala: Darcy, tudo bem eu vir assim? Eu falo: oxê, o defeito é que eu não vou ver esse rosto lindo seu, eu brinco com ele. Aí tem hora que ele chega aqui e passa na consulta de palhaço. Ele fica em um semáforo aqui em frente.

Ele é assim, escuta muitas vozes e acho interessante que ele ama ouvir as vozes e isso incomoda tanto a mãe, ela que sofre de ver, ele acha super legal ouvir as vozes. O ruim é que é uma válvula de escape que ele tem para não sofrer. Hoje ele não está ouvindo tanto, porque ele iniciou o tratamento, mas ele tem menos de trinta (30) anos.

Eu tenho paciente que tem uma situação de vida complicada, que depende de benefícios sociais, mas eu também tenho pacientes que tem um poder aquisitivo bom, eu tenho paciente que tem convênio e prefere estar aqui e fala assim: “não Darcy, eu prefiro

estar aqui?”. Porque os convênios não tem uma clínica tipo CAPS que tem uma equipe multi para atender e então eles preferem estar aqui.

O pessoal fala que, pelo falto de eu estar nessa região, como teve um dia houve uma reunião de gerentes aqui e chegou uma ambulância da PREMEDI com um paciente meu, a PREMEDI é particular, aí o pessoal falou assim: “nossa Darcy seu CAPS é muito chique, uma ambulância da PREMEDI?”.

Ainda perguntei depois para o meu enfermeiro o que foi que aconteceu. Ele falou: Ah, Darcy ela estava um pouco agitada em casa, a mãe pagou a ambulância e mandou trazer e ela chegou aqui e estava super bem, no sentido de que ela conseguiu vir aqui, o médico avaliou, medicou e a ambulância esperou e já foi embora para casa de ambulância. Não houve a necessidade de internar nem aqui, realmente é uma família com poder aquisitivo bom, que depois deu conta de ir embora para casa, porque não era assim algo tão sério, mas a mãe chamou a ambulância da PREMEDI e mandou trazer.

A gente falou: porque você não chamou o SAMU para poder levar? Não, eu prefiro que vem para vocês, porque vocês cuidam melhor e a mãe pagou particular a ambulância da PREMEDI e veio um médico e uma enfermeira acompanhando ela dentro da ambulância e tudo isso tem um ônus e ela pagou.

A questão social não atinge os usuários daqui? Entre os mais pobres há mais gravidade nos casos?

Não, meu público é muito variado essa região de Sorocaba é o pessoal de classe média, embora tenha também outros bairros mais na periferia e outros bairros aqui que são de poder aquisitivo melhor. Num bairro mais humilde aqui perto tenho muitos pacientes. Eu tenho paciente aqui de classe alta e é muito grave. Para você ter uma ideia, eu acho que os meus pacientes mais graves mesmo são os de poder aquisitivo, a classe menos favorecida financeiramente tem, mas não é tão complexo.

Tenho um caso aqui mesmo, o pai é empresário, ele faz acompanhamento conosco há muitos anos, inclusive ele tem convênio, mas ele não quer ir para o convênio de jeito nenhum, a medicação dele a gente fez uma solicitação, que é uma medicação caríssima, cada injeção mensal custa hum mil e duzentos reais (R\$ 1.200,00). Ele entrou com o advogado da empresa, ele que conseguiu a medicação, ele está ótimo esse menino e ajuda na empresa do pai. Eu tenho pessoas com poder aquisitivo muito bom aqui dentro do

CAPS e é SUS.

O pessoal fala assim: Darcy como é que você atende fulano? Fulano tem dinheiro. Eu falo: gente o SUS é universal e não sou eu que vou excluir. Se ele quer passar no SUS, ele vai passar no SUS e está super bem hoje.

Um desses que veio do hospital de custódia, ele foi para o hospital porque ele fez uma ameaça para uma juíza, ele é esquizo, a juíza entendeu que realmente foi uma ameaça para a juíza e para a filha da juíza e ele foi para o hospital de custódia e ficou muito tempo lá e agora foi autorizado a sair. O pai dele também tem um poder aquisitivo muito bom. Eles tem convênio e a gente até falou, se você quiser ir para o convênio a gente manda, eles não querem ir, eles preferem ficar aqui e são casos graves e ele é um caso grave, não dá para abrir mão, ele é um paciente que eu jamais vou mandar para a UBS, eu consigo mandar ele para o convênio, porque ele tem um convênio bom. Até falei, você quer ir para o convênio?

Eu tinha um paciente aqui que se suicidou, para você ter uma ideia, para mim fazer visita domiciliar para ele, eu tinha que ir de táxi, eu não podia ir no carro do CAPS, porque é um condomínio de alto padrão e até nisso a gente respeita o paciente. A gente pedia para fazer visita e ele falava assim: eu tenho o maior prazer de receber vocês aqui, quem ia na verdade era o F. e a D. que eram da mini-equipe dele e ele falava assim: só que eu preciso que vocês vão, mas não no carro do CAPS e eles iam de táxi.

Há muito preconceito em assumir sua condição de saúde mental?

É que essa família em especial tem um histórico bem complexo. Família rica, ele era casado, mas era homoafetivo e sositivo. Imagina como ele não sofria? E detalhe, de uma religião bem rígida, Congregação Cristã do Brasil. Imagina, casado, com um casal de filhos já adultos, da Congregação, homoafetivo e com um padrão de vida alto? Eles não queriam que os vizinhos descobrissem, ainda mais que ele fazia tratamento no CAPS e era soropositivo, porque ele pegou de um garoto de programa.

Uma questão que consumia ele tão grande que um dia a filha o encontrou enforcado dentro do closet, ele não aguentou. E pensa numa pessoa maravilhosa, ele fez uma festa de aniversário para a T. que era uma paciente nossa que ficou como moradora aqui no CAPS durante um ano. Ele fez um projeto para mim e falou assim: Darcy eu sou apaixonado pela T. e gostaria de fazer para ela o que eu fiz pelos meus filhos. Ele fez

mais bonitinho o projeto, eu li o projeto, achei muito fofo e falei com ele assim: pode fazer. Ele veio e fez uma festa aqui para a T. e, para você ver, uma pessoa de alma maravilhosa e que infelizmente tirou a própria vida.

Mas, o tempo que a gente podia cuidar dele, a gente cuidou e quando ele ficava muito ruim ele não saía de casa e a S. que era a psicóloga dele, ia lá visitar, mas tinha que ir de táxi. Então, a gente nunca iria expor o paciente e ia de táxi mesmo. Uma coisa é um táxi chegar na sua casa, outra coisa é uma Kombi escrito CAPS III. Hoje não, hoje a gente tem um carro, naquela época que ele estava conosco a gente não tinha, hoje a gente tem um carro sem emblema.

Aqui no CAPS, quando a gente chegou, alguns vizinhos vieram saber o que era, o que ia ser colocado aqui, o que ia ser montado, a gente não sentiu muita resistência, mas também não sentimos acolhimento. O que nós fizemos então? Fizemos uma festa junina e pedimos para os pacientes convidarem os vizinhos e abrimos as portas do CAPS mesmo e fizemos essa festa junina no campo de futebol, porque a gente tem um campo de futebol, e eles vieram e conheceram um pouco o CAPS e a gente colocou os pacientes nas barracas e depois dessa festa ficou mais legal.

Eu tenho um vizinho aqui do lado que reclama um pouco, porque a gente tinha um paciente que cantava demais e tinha uma voz muito grossa e pelo fato dele ser o homem do Faustão, porque ele foi duas vezes no Faustão, ele tinha um vozeirão, infelizmente hoje ele está bem debilitado, ele sofreu dois AVCs e ele tinha um vozeirão e o vizinho reclamava muito da voz dele.

Ele imitava o Elvis Presley, então o vizinho gostava de reclamar um pouco dele, mas foi o que eu falei, ele estava aqui no horário normal, ele nunca passou das cinco (05) horas da tarde aqui. Ele falava alto e cantava, eu só falava com ele, “só venha mais para cá, não fique aí muito perto do muro dele”, alguma coisa nesse sentido. Mas eu não acho que o vizinho nem tinha que reclamar, porque quando ele chegava aqui era depois das nove (9) e ia embora antes das cinco (5), eu acho que era antipatia do vizinho mesmo. Chatice do vizinho.

Eu tinha a D. também que era do teatro e quando a gente estava com uma peça ela cantava todas as músicas, eu botava ela para cantar lá em cima e a D. era muito nervosa e eu botava ela para cantar porque ela ficava bem, porque ela tinha uma raiva acumulada dentro dela fora do comum e uma coisa que a acalmava era cantar e ela cantava tão bem as músicas. Hoje ela não está mais comigo, quando abriu o CAPS Leste ela foi pra lá, porque ela é de Brigadeiro Tobias.

Mais idosos ou mais jovens com a pandemia?

Os doentes da pandemia me parece que são os mais jovens, eu tenho olhado os acolhimentos e são os mais jovens. Por conta da pandemia mesmo que isso mudou, porque geralmente são pessoas de meia idade. Segundo os estudos falam que a esquizofrenia a pessoa pode desenvolver até os quarenta e cinco (45). Então geralmente eu tenho percebido que eu tenho muito paciente de meia idade. Mas agora por conta da pandemia e pelo fato de eu não atender somente o público CAPS eu tenho atendido mais jovens, eu tenho percebido.

Você viveu todo o processo de desinstitucionalização psiquiátrica?

Na verdade eu peguei o fechamento dos hospitais. Eu trabalhei um ano no Hospital Psiquiátrico só. Eu já peguei o fechamento. Eu não cheguei a pegar aquela questão de violação, aquelas coisas eu não peguei não.

Quem quer trazer de volta os hospitais psiquiátricos?

Eu tenho muito paciente que quer de volta, principalmente familiares. Tem muitos. Não da forma que era eles falam. Eles falam assim: Ah, Darcy tem hora que a gente precisa de um lugar para internar e não dá. Porque hoje em dia para você internar um paciente psiquiátrico ele tem que estar muito grave mesmo, até porque a gente não tem mesmo onde internar. Para um lugar que tinha três mil (3.000) hoje nós temos dezesseis (16) leitos, então você não vai internado por qualquer motivo hoje em dia, você tem que estar muito sério para ser internado.

A gente tem um paciente aqui que ele é muito grave. A mãe acostumou tanto ele que a gente chega na casa para fazer visita e ele não está bem, “não Darcy, ele está bem sim”. Ele é de longas internações. Ela é uma idosa e fala: Oh, Darcy, não, tá bom. Dona fulana, mas ele não está bem. “Não, deixa ele aí”. A gente está na casa e chama o SAMU para buscar e ela vai e avisa ele para ele fugir e ele foge. Teve uma vez ele estava aqui e a gente chamou o SAMU, ele subiu o muro, foi para a casa do vizinho, saiu do outro lado, quando eu fui olhar ele já estava ali no meio da rua, ele é terrível. Até ri ontem que eu

estava assistindo a novela falando de ímpia e um dia ele me chamou “Darcy sua ímpia!”. Eu até dou risada porque você acaba rindo, porque a rotina vira tão assim, que eu falo: eu não acredito.

Quando eu olhei ele em cima da casa do vizinho, aí o vizinho me ligando, eu preciso que o senhor desligue porque eu já estou ligando para o Bombeiro. Aí é Bombeiro porque eu não tenho mais o que fazer. Eu estava ligando para o Bombeiro ir lá tirar ele. Aí a M. chegou e falou assim: precisa não, já está subindo a rua ali ó.

Teve uma vez que uma paciente nossa estava no leito e ela subiu em cima do muro, você acredita que a gente teve que descer ela pranchada, o Bombeiro pegou ela pranchada. Pranchou em cima do muro e desceu. Aí o pessoal disse: tinha que ser psiquiatria mesmo. Porque tudo é psiquiatria. Eu falo: gente, essa paciente na verdade, o negócio dela, é os bombeiros colocarem a mão nela. Ela queria subir em cima da árvore, ela não conseguiu e subiu em cima do muro, na verdade quem chamou os bombeiros foram os vizinhos, enquanto os bombeiros não subiram e prancharam ela, ela não deu sossego. Terrível.

Fulana porquê? Darcy, eu amo quando os bombeiros me puxam. Eu falei assim: eu vou te pegar e te dar um couro. Ela falou assim: aquele bombeiro bonitão. Você não gosta que ele passa a mão em você? Eu não acredito que você me fez tudo isso. Daqui a pouco chega ela aqui, os bombeiros levaram para a UPH, ela me chega aqui andando. Porque você estava lá? Ai Darcy, eu vou subir de novo. Se você subir eu vou te derrubar lá de cima. Ai gente eu não aguento!

E as famílias?

Infelizmente as famílias tem dificuldades em cuidar de seus pacientes mentais, o pedido para residência terapêutica é muito grande, eu tenho um caso de uma mãe de quarenta e dois (42) anos, doente mental grave, neurológica, que é outro problema no município, as pessoas confundem muito psiquiatria com neurologia, ela tem doença de PIC e aí ele é nervosa, e eles acham que pelo fato de ela ficar nervosa é psiquiatria e não é, ela tem uma doença neurológica que acaba causando uma irritabilidade e o que acontece? A UBS não consegue um neurologista para cuidar e encaminha para nós.

Só que na hora que cai no seu colo, você vai deixar desassistido? Você se vê num mato sem cachorro. Ela tem quarenta e dois (42) anos, a filha tem vinte e um (21). Agora

você imagina você ficar com uma paciente neurológica dentro de casa, com uma doença grave que você também não entende direito, você tem vinte e um (21) anos, você não vai pedir socorro?

Aí ela veio aqui, a gente fez uma visita domiciliar, avaliou, realmente é um caso que essa filha não tem condições de cuidar. A gente deu um parecer favorável, seria também residência inclusiva, mas não tem.

Os relatórios a gente tem até o cuidado de colocar: “como o município não tem residência inclusiva, a gente se vê na necessidade de solicitar vaga numa residência terapêutica”. Essa filha não tem condições de cuidar mais dessa mãe. Essa filha tem marido, tem filhos, ela precisa trabalhar, essa mãe precisa de uma assistência vinte e quatro (24) horas. Olha que nova. A mãe tem a minha idade e a filha tem vinte e um anos e moram na periferia, moram num bairro aqui perto, onde foram distribuídas as casas populares do programa “Minha Casa, Minha Vida” e tudo mais. Cada caso é um caso. E esse é um caso que a gente tem que dar apoio. Você não pode também deixar a UBS com um caso desses, então a gente pediu e estamos aguardando.

Eu tenho outro caso aqui que são três (03) idosos numa casa, uma idosa está cuidando de um outro idoso com câncer em fase terminal, o marido não está muito bem, e cuida da cunhada que é doente mental. Agora como essa idosa vai continuar? Ela tem sessenta e oito (68) anos, a minha paciente que é idosa tem setenta e dois (72) e o marido setenta e quatro (74). E o marido de setenta e quatro, câncer fase terminal. Você acha que essa de sessenta e oito vai dar conta de cuidar?

Cada um tem seu problema muito específico. Nós também fizemos uma visita, elaboramos um relatório e mandamos para a coordenação de saúde mental. Tivemos que pedir também uma vaga em RT. Ontem o CRI me ligou: Darcy queremos saber de dona fulana. Já fizemos relatório, agora eu preciso que o Centro de Referência do Idoso, que vocês cutuquem que é para ver se sai a vaga. Precisa abrir residência inclusiva em Sorocaba, precisa abrir mais vagas em residência terapêutica.

Tem família que realmente não tem condições de cuidar, já tem família que não quer cuidar. Eu tenho muitas famílias às vezes, eu tinha um caso aqui, que eles são de outra zona e eu acabei tendo que encaminhar. É um caso da mãe e a filha que eram minhas pacientes e o irmão que cuidava precisava estar o tempo inteiro. A mãe era idosa e a irmã doente mental, as duas numa casa. A mãe ainda caiu, ficou com sequelas e para acabar de completar sofreu um AVC.

Aí a gente chamava esse irmão para poder cuidar e ele se isentava da

responsabilidade dele de filho. Aí a gente acionou o CRI, o Ministério Público, porque ele é a referência, ele é o filho para cuidar: “ah, mas eu tenho minha família”. Eu até entendo, as duas precisam, é abandono de incapaz duplo e muita família se isenta mesmo.

Só que eu vou ser bem sincera, a gente aciona o CRI, aciona o Ministério Público mas eu vejo que eles muitas vezes não tem aquela postura de obrigar não. Não muda muita coisa. “Porque vocês foram fechar o Hospital Psiquiátrico?” Eu não fechei, outra coisa, mesmo que estivesse aberto elas não seriam para Hospital Psiquiátrico, nenhuma das duas. Eu jamais mandaria as duas para um HP. Não é.

O CRI ainda falou: bora mandar para uma residência? Gente, não é tudo que se manda para uma residência terapêutica também não. Não é perfil para RT, porque só vai para RT se a gente também mandar, fizer um relatório. Porque eu vou mandar para uma residência terapêutica? É isso que as pessoas também tem que entender. Aí muitas vezes eu deixo para o município, ele tem que tomar conta desse caso. A família se isenta, o MP se isenta, o CRI se isenta, aí eu vejo com o município. Município o que vocês vão fazer?

Na quarenta as relações familiares ficaram mais delicadas nas casas dessas pessoas?

Sim, a ideia que o CRI deu foi separar as duas. Eu falei: de jeito nenhum. Uma gosta da outra, como é que eu vou separar? A vida inteira elas viveram juntas. Que isso? Você vai separar a mãe e a filha? Jamais.

Eu tinha um casal aqui também desde o Hospital eles namoraram, eles nunca viveram separados. Ah, Darcy, mas fulano é de Piracicaba. Eu falei assim, não vai. Ah, mas Piracicaba quer ele, eu falei assim: ele não vai se ela não for. Não separo. Na hora que conversamos ela topou ir com ele e ele também. Ah, então agora vai. Foi o casal para Piracicaba, não separo. Hoje eles são casados e moram numa edícula numa residência terapêutica, não separo.

Eles namoraram desde o hospital, desde que se entendem por gente os dois namoram, como eu iria separar? Jamais. Eu não separo, quem vai separar é a morte, o dia em que Deus levar um, o outro fica, mas enquanto não, não vou separar, não vou permitir que separem. A gente tem que respeitar isso neles. E outra coisa, eu escolhi viver com você e você escolheu viver comigo, ninguém tem o direito de me separar de você.

Eu tinha o Bebê, a gente chamava ele de Bebê porque ele entrou no Hospital ele

tinha seis (06) anos, ele vivia com o A., o Bebê teve uma doença degenerativa, ele ficou acamado. Aí a gente tinha uma chácara da Instituição e ela foi montada para colocar nosso diretor clínico que tinha a mesma doença do Bebê, o diretor clínico faleceu e tinha um quarto lá que era para ele e ele foi para o mesmo quarto que o nosso diretor clínico.

E o Bebê e o A. eram namorados há muitos anos e todo dia às três horas era hora de levar o A. para ver o Bebê e isso já era de lei. Então não tinha visita domiciliar nessa hora, essa hora era a de levar o A. para ver o Bebê e a gente levava porquê? Porque isso fazia muito bem para o Bebê e eles só deixaram de namorar o dia em que o Bebê foi embora.

Depois que o Bebê morreu o A. resolveu virar hétero, que foi uma escolha do Bebê virar hétero, ele namorou anos com o Bebê. Eu não sei o nome do Bebê até hoje, porque a gente só chamava ele de Bebê. Depois ele resolveu virar hetero e eu respeito.

É igual na Residência Terapêutica. Um dia um paciente chegou aqui e falou: fulano pegou ciclano à força. Nós chamamos para conversar. Ele falou: Não, eu não peguei ele à força, foi consensual. Se foi consensual acabou e os dois falaram que foi consensual, então acabou, a gente respeita. O que a gente não vai permitir é que um pegue o outro à força, é isso. Mas fora isso...

Se não houver investimentos, o que vai acontecer?

Às vezes eu acho que a saúde mental é muito deixada de lado. E eu vou ser bem sincera, saúde mental é algo que se não olhar correndo para ela, nós vamos ter muito paciente, porque é incrível, todo mês aumenta um pouquinho. Se a gente não cuidasse da nossa saúde mental, onde nós estaríamos? Eu tomo ansiolítico e passo com o psicólogo constantemente e eu sou super ansiosa, o meu diagnóstico hoje é leve, eu sou ansiosa e faço a terapia constantemente. E seu eu não cuidasse?

Muitas vezes você chega num diagnóstico que é leve, que é ansiedade, é a compulsão, às vezes, por comida, gente tudo isso é psiquiatria. Às vezes é simples, qualquer um de nós, dá uma passada lá no CID 10 para ver se você não tem alguma coisa, lógico que tem.

E se você não cuida com antecedência e outra coisa, nem tudo é CAPS, é coisa que você pode cuidar na UBS mesmo. Eu falo para os meus psicólogos: vocês escolheram uma profissão maravilhosa. Pena que as pessoas não tem acesso, acompanhamento

psicológico eu acho que cem por cento (100%) da população deveria fazer, todo mundo, é muito bom fazer.

Depois que eu comecei a fazer acompanhamento com o psicólogo eu sou outra Darcy, eu te juro, eu sou outra, eu falo que é meu divisor de águas. Depois que eu comecei a passar com o analista, você está doido, eu faço psicanálise, é outro nível, eu falo por experiência própria e olha que no início eu não tomava ansiolítico e hoje eu tomo. Porquê? Eu trabalho na área da saúde mental, eu tenho uma carga horária e uma rotina estressante.

Hoje o CAPS é portas abertas, mas se o paciente não é perfil CAPS eu direciono, o meu plantonista do dia direciona. Hoje a gente tem assim, querendo ou não, as faculdades disponibilizam o atendimento como a UNIP, a Anhanguera, a UNISO, eles atendem, a gente até orienta, dá os telefones para eles procurarem o atendimento gratuito, mas mesmo assim eles não dão conta da demanda. Quem atende são os alunos com a supervisão dos professores, que é algo muito bom para a população, é uma solução que a gente ainda tem, que a gente pode encaminhar, o que é de gente que chega aqui: “ai, eu gostaria de fazer psicoterapia”, mas CAPS não faz psicoterapia, ah quem me dera se a gente conseguisse fazer, CAPS não é para psicoterapia, não dá, a gente não daria conta jamais de fazer, e não é proposta, a gente faz em grupo para os pacientes que são perfil CAPS, para pacientes graves.

A gente atende individual um paciente, por exemplo, um zoofílico, eu não tenho como atender um zoofílico no meio de grupo. Um pedófilo, eu não tenho como atender um pedófilo no meio de um grupo e eu tenho paciente desse nível, que são os mais graves. Eu já tive pacientes que infelizmente comiam fezes, é o tipo paciente que você não vai poder expor, ele não podia ver fezes de cachorro na rua que ele abaixava e comia, hoje ele não está mais com a gente, subiu para o andar de cima, foi alta celestial.

Era uma graça de menino e ele falava: Darcy eu não sei o que acontece, quando eu vejo eu quero comer e ele era um paciente CAPS e tinha uma dinâmica familiar muito complexa, era um menino esquizo grave e tinha um retardo mental junto que não conseguia conviver. Na época a gente tinha acabado de conseguir para ele uma injeção, aquela injeção que eu te falei. Na época que saiu a injeção a gente recebeu a notícia de que ele foi a óbito. Se não me engano foi Covid que ele morreu. O irmão dele ligou e disse: Darcy, estou te ligando para comunicar que fulano morreu.

Eu nem sei dizer o que vai dar. Vai ter um monte de zumbi aí na rua, vai ser uma catástrofe, vou ser bem sincera, eu não sei, eu tenho até medo do que pode acontecer. Esses dias mesmo eu recebi uma ouvidoria de uma paciente. Fulano está aqui com uma

faca na mão. Aí eu falei assim: Ah é? Cadê a medicação que o SUS não está me liberando. É falta da medicação. O paciente não aceita injetável e eu não vou pegar paciente à força para poder dar injetável. Eu estava pedindo para a representante, só que ela não é obrigada a me sustentar, está faltando Risperidona, ele vive controlado por Risperidona. Quando foi um dia ele ficou nervoso lá no condomínio onde ele mora, pegou uma faca e partiu para cima de alguma pessoa.

Falta medicação?

O município deixou faltar medicação uma época para mim. Depois veio uma ouvidoria de um paciente e eu respondi: falta de medicação, essa é a resposta. Não tinha no Regional. E assim, a gente aqui tenta tratar o paciente com o que tem no SUS, os médicos prescrevem a cesta básica que tem no SUS, justamente para que o paciente não fique sem medicação.

Um paciente que ganha salário mínimo, mora ele e a esposa, como é que eu vou prescrever uma medicação particular? Eu sei lá da condição financeira do paciente e ele não aceita injetável, não tem negociação com ele, ele não toma injetável, ele estava sem medicamento. Quando cheguei lá embaixo ele estava aqui. Eu tinha acabado de ler a Ouvidoria dele, eu falei: fulano você está aqui? Ele tem mania de falar e é só ele me ver que ele vem falar isso comigo: Só por Deus hein Darcy! Eu falei só por Deus, você está sabendo o que foi que eu acabei de receber ali? O que foi? Reclamaram de você. Vixi! Quem reclamou Darcy? Aí eu falei assim: o que você andou aprontando, me conta. Ele começou pedindo para eu falar baixo porque ele estava com a médica, a médica falou assim: Darcy ele está aprontando? Como é que meus meninos aprontam? A médica começou a brincar também.

Ele falou assim: Darcy é tudo mentira, não acredita. Eu falei assim: não, eu acredito em você. Eu falei: sabe o que é isso? É que está faltando o seu remédio. Vamos tomar aquela injeçãozinha hoje? Não teve negociação, não tomou.

Aí tentei ver se eu tinha ainda, eu fiquei ligando, eu tenho um grupo só dos médicos, gente pelo amor de Deus consegue com os representantes Risperidona para mim, os médicos falam: Darcy eu não consigo sustentar você de Risperidona, mas eu peço não é para mim, é para os pacientes.

Aí eu respondi na Ouvidoria isso: gente sem Risperidona eu não consigo manter o

paciente controlado. Agora eu vou internar um paciente desses na Santa Casa? Não vou. Ele não precisava de internação. Primeiro que o paciente estava super calmo aqui comigo. Ele conseguiu conversar comigo numa boa, na hora que ele alterou, eu falei assim: porque você está gritando? “Ah, desculpe Darcy é que eu falo alto, desculpa, desculpa”. Esse paciente está em surto? É lógico que não. Ele conversa comigo direito.

Igual as pessoas ligam para mim e falam “Darcy, fulano está surtado.” Eu digo: surtado como? Ele acabou de sair daqui e estava conversando comigo numa boa. Me ligaram esses dias do CRAS por causa de uma paciente que foi nossa moradora de Hospital Psiquiátrico, de Residência Terapêutica e hoje ela é super livre, desimpedida, dona do nariz dela, o único remédio que ela toma é Captopril.

Darcy, é que ela anda dando trabalho! Dando trabalho? Eu falei: uma coisa que paciente não tem é meu celular. Ela tem e me liga de vídeo constantemente. Ai, ela não está bem. Eu falei não, conversei com ela semana passada, se você tem dúvidas, você pode pedir uma avaliação para a referência dela da UBS, converse com o pessoal da UBS.

Você não acha melhor ela passar no CAPS? Não! De jeito nenhum, foram muitos anos trabalhando com ela para conseguir essa conquista, eu não vou voltar essa paciente para o CAPS, que isso? A paciente está dando trabalho? Porque ela está ficando muito dentro de casa. Qualquer um de nós está irritado por estar ficando dentro de casa.

Agora as pessoas querem voltar a pessoa para dentro de um CAPS só porque ela está irritada? Sabe quantos anos tem que ela não passa no CAPS? Tem mais de dez anos, ela toma só Captopril, o vínculo dela conosco hoje é de amizade e essa paciente liga para mim de vídeo, a gente tem um carinho especial com ela, porque ela foi moradora do Hospital, foi moradora das nossas RTs e ela gosta muito de mim.

Ela me chama de minha social, eu sou a social dela, ela não fala Darcy, ela fala minha social, minha social, ela tem o meu celular e liga para mim de vídeo. Agora vem falar que ela não está bem. De jeito nenhum, o trabalho com ela foi muito árduo para voltar. Não volto!

O CAPS tem feito um trabalho que consegue reabilitar, reinserir, dar alta?

Com certeza. Porque essa é a proposta do CAPS, isso é função, a atribuição de um CAPS, o paciente não tem que ficar aqui. O problema é que eu não tenho muitas vezes é para onde encaminhar e muitas vezes alguns técnicos não entendem isso, irritabilidade

não quer dizer que o paciente é CAPS não.

Eu já recebi ligação do Conselho Tutelar para eu ir lá atender um paciente. E sabe qual era a queixa? A mulher estava nervosa porque o Conselho recolheu o filho dela. Eu falei para a conselheira: coloque-se no lugar da mulher, você recolheu a filha dela, você quer que ela fique calma? Ah, mas ela é paciente psiquiátrica. Realmente ela passa aqui no CAPS, mas isso não quer dizer que ela esteja errada e pela história que eu fiquei sabendo tinha sido indevido, mas a minha ética não me permitia falar.

E eles querem que a gente medique e eu sou criticada porque eu não medico, eu não vou medicar. Primeiro que a conduta do CAPS quem manda aqui somos nós, técnicos do CAPS.

Quer ver um dia o que aconteceu na UPH (Unidade Pré-Hospitalar)? Um dia um paciente estava aqui se queixando de dor no peito. A gente falou: é melhor o senhor procurar a UBS do seu bairro e ele foi e procurou. A UBS encaminhou ele para a UPH. Aí a psicóloga da UPH me ligou e disse: Darcy, tem um paciente seu aqui. Quem é? Paciente excelente, não falta em nada, super ativo, teve aqui ontem. Mas ele está aqui. E o que você queria saber dele? É porque ele está aqui. Mas, ele está aí procurando o quê? Ele veio aqui falando que está com dor no peito.

Você já mandou, passou no médico, examinou, já fez exame? Dor no peito não é psiquiatria não. O paciente estava infartando. Paciente de psiquiatria, de CAPS, tem outras enfermidades. As pessoas, às vezes, precisam entender isso, é muito cultural isso também. É paciente de CAPS? Manda para o CAPS. Não. O CAPS é para tratamento, já estamos fazendo nossa parte.

Tem muito paciente nosso de RT que recebeu alta, agora mesmo tem uma que foi nossa de longa data, cadeirante, ela foi contemplada com as casinhas populares e agora ela já saiu até da casinha, voltou até para a família, seguiu a vida e é assim que a gente quer, que as pessoas sigam a vida.

Hoje a gente tem mais dois, foram os primeiros “De volta pra casa” de Sorocaba, hoje eles ainda vem nos procurar porque eles estão prestes a perder o benefício, eles não tem mais vínculo nenhum de tratamento com o CAPS, mas tem vínculo com a Instituição, seguiram a vida.

Tanto que antigamente quando eu não tinha que prestar contas com nota Danfe (Documento auxiliar de nota fiscal eletrônica), ele era meu jardineiro, o P., ele que fazia todo o serviço de jardinagem para mim, só que ele não tem firma aberta então eu não posso mais e olha que ele tem uma deficiência física na perna e ele é super desenrolado.

Ele tem dois benefícios, o “De volta pra casa” e o Benefício de Prestação Continuada, só que ele paga aluguel, tem as contas dele e faz alguns bicos.

Aí esses dias pedi para ele vir aqui, porque o pessoal da coordenação falou Darcy, ele é o primeiro “De volta para casa” de Sorocaba, eu vou dar um jeito de localizar ele, porque ele vive namorando entre as meninas das minhas RTs, ele é o Don Juan das RTs nossas. Eu liguei e falei para a encarregada das RTs e falei que se ela achasse o P. mandasse ele me procurar, porque o benefício dele estava prestes a ser cortado.

Aí ele veio me procurar, até almoçou com a gente no dia, P. eu preciso que você me passe seus dados tudo certinho, porque você pode perder seu benefício, fui, passei, já mandei para a coordenação, para poder falar que ele está vivo, para o Ministério da Saúde ligar para ele, essas coisas todas.

Eu perguntei como é que ele estava e tal e ele ainda faz os bicos dele. Quando eu não precisava prestar conta com nota Danfe era ele, esse jardim meu aí se ele pega ele termina em um dia e olha que o jardim é grande. Mas agora como eu preciso prestar conta com nota Danfe eu não posso pagar ele mais, eu perdi o funcionário.

Muita gente aqui faz bico?

Eles fazem até porque eles perdem o benefício. Se tiver registrado não pode. E isso não é uma coisa que eles tem fixo, então eles fazem informal mesmo. O P. mesmo trabalha super bem e como na época das RTs elas eram muito próximas da avenida aqui eles fizeram muita amizade com os comerciantes, então geralmente eles tem muita chácara e convidam ele e ele faz, ele é super desenrolado o P.

A comunidade dá trabalho para essas pessoas?

Tem um que morava com o P. que eu não conheci ainda, não foi da minha época, diz que ele chegou a trabalhar no condomínio Lago Azul, teve um que trabalhou no Lago Azul, se não me engano chegou a ser registrado e era paciente de Hospital que foi para a RT e se não me engano foi o segundo “De volta para casa” nosso aqui, acho que não chegou a ser registrado por causa do Benefício de Prestação Continuada. Esse outro também, ele casou com um auxiliar de enfermagem.

Eu sou apaixonada, eu vou colocar lá na placa S2, gente falta colocar na placa S2,

tem muita história aqui. O H. casou mesmo, casou no cartório de registro civil, bonitinho, não foi casamentinho só de juntar não.

Esse que eu falei para você que foi para Piracicaba eles casaram, eu saí com um ônibus daqui, eu levei todos os pacientes para um casamento, quando eles ligaram falando pra mim: Darcy a gente vai oficializar, o pessoal da RT lá me ligou, nós vamos oficializar o casamento da F. e do V.. Ah, espera aí que eu vou organizar um ônibus, organizei um ônibus.

Você precisava ver que bonitinho a hora que a F. estava entrando de noiva, que ela não sabia que a gente ia, quando ela viu as amigas da RT, ela parou no meio do salão que ela casou, foi batizada por umbanda, não foi com padre nem nada. Ela entrando, quando ela viu as meninas ela parou de entrar e abraçava as meninas no meio do corredor, foi muito legal, nós fomos, levei os pacientes para o casamento. Não, está doido é a F. e o V. como é que a gente não vai? Levei todo mundo, levei a galera.

Fomos fazendo bagunça daqui até lá, porque faz parte da história deles isso, a F. e o V. foram da nossa RT. O V. saiu primeiro do Hospital Psiquiátrico, a F. não quis sair. Ele quis ir para a RT primeiro, mas ele tinha passe livre. Toda hora que ele quisesse entrar no Hospital ele podia, porque isso é respeito à história dos dois.

Ela não quis sair, ele quis. Então tudo bem. Mas ele entrava toda hora no Hospital para ver ela. A J. foi outra que casou, só que infelizmente ela faleceu, mas na época a Instituição fez o casamento dela, fez festa, fez tudo.

Quando a gente tinha Oficina Terapêutica a gente tinha o projeto de Varrição. Essa Oficina Terapêutica era um projeto maravilhoso e infelizmente ele acabou porque a gente não tinha financiamento para isso. Como é que funcionava? Eram mais os pacientes de RT mesmo, os pacientes varriam as ruas e os comerciantes davam uma colaboração e esse dinheiro era revertido para eles, acho que dava uns cem reais (R\$ 100,00) para cada paciente. E pelo fato do Hospital na época ficar numa dessas ruas, era muros abertos e portões baixos, os comerciantes ali já conheciam muito eles e gostavam muito deles.

E tem uma casa de peças que tem café e paciente psiquiátrico se tem café eles amam, é casamento perfeito. Tanto que se você passar o J. só anda por lá. Eles vão até hoje. E as nossas RTs são todas aqui nessas laterais da avenida, então tem uma parte da praça até aqui mais ou menos na UPH, os comerciantes ali tem uma boa convivência com nossos pacientes, são muito tranquilos e então se você falar “a” para os nossos pacientes é capaz dos comerciantes brigarem com você.

Então a gente deixa à vontade, não tem um pingo de preocupação. O J. então é

amigo de todo mundo, toda vez que você passar lá você vai ver o J. em um comércio e por mais que ele tenha uma deficiência auditiva e dificuldade às vezes na fala, ele toma conta ali do comércio, ele fica ali o tempo inteiro. Você não acha o J. na casa dele, você nunca vai achar. Se quiser procurar o J. é ali. Acho que o B. vai muito por ali. Então nossos pacientes se dão muito bem com os comerciantes dali.

Tinha esse projeto só que infelizmente acabou porque fechou a Oficina Terapêutica, a gente aguardou para ver se a Prefeitura ia ter condições de manter aberta, mas a gente teve que entregar, porque a casa era alugada, a gente emprestava os técnicos, mas chegou uma hora que não tinha mais como, teve que fechar o projeto.

Então, o vínculo com eles era muito legal. Os vizinhos lá, pelo fato de ter muitos anos que estão lá, os recebem muito bem. Inclusive tem uma vizinha que toda vez que faz bolo leva lá para as meninas da RT, tem uma que recebe as meninas. Porque as nossas casas, tem casas masculinas e femininas, só tipo dois (2) que é mista, e tem uma vizinha lá que é bem de boa, convida as meninas, elas vão na casa das meninas também, parou agora por conta da pandemia.

Alguns dias depois, no dia 02 de dezembro de 2021 às 14 horas, volto ao CAPS em que realizo meu trabalho de campo, agora para conversar com uma Terapeuta Ocupacional que há duas décadas atua na instituição, conhece bem a realidade local e viu de perto as grandes transformações no sistema psiquiátrico nacional e que aqui chamaremos de Silvana, com quem conversei por mais de uma hora e que me deu muitos detalhes sobre o cotidiano de um CAPS III e o desenvolvimento de atividades voltadas ao trabalho e renda. Pedi a que ela se apresentasse e nos contasse um pouco de sua trajetória pessoal para começarmos.

Gravador ligado...

Meu nome é Silvana, tenho quarenta e um anos (41) e sou nascida aqui em Sorocaba mesmo. Eu comecei quando eu ainda estava no último ano da faculdade de Terapia Ocupacional, quando eu fiz uma entrevista aqui na instituição e comecei a trabalhar como estagiária. Quando eu terminei a faculdade eu queria continuar, ser contratada, mas não tinha uma vaga para minha área e eu fiquei um ano e meio, mais ou menos, trabalhando como voluntária. Na época tinha as residências terapêuticas, em que eu estagiava e tinha também uma oficina terapêutica que os moradores frequentavam. Eu fiquei um ano e meio como voluntária nessa oficina até que surgiu uma vaga, aí eu fui contratada no final de 2004.

Comecei no início de 2002 como estagiária e em 2004 fui registrada como T.O (Terapeuta Ocupacional) e estou aqui até agora. Nesse tempo eu trabalhei nas oficinas, nas residências terapêuticas, trabalhei dentro do hospital psiquiátrico e há quase dez anos eu estou no CAPS, que antes era CAPS II e hoje é CAPS III.

O que você faz hoje no CAPS?

Hoje no CAPS eu faço atendimento individual e em grupo. Quando o atendimento é em grupo são atividades diversas na área de terapia ocupacional, desde atividades manuais e lúdicas, até teatrais. Quando não estávamos na Pandemia tínhamos os eventos que fazem parte da minha área: organizar os eventos, passeios, atividades externas, isso a gente deu uma parada agora.

Além disso, aqui a gente faz os atendimentos de triagem, que são os primeiros

acolhimentos, tem atendimento familiar, visita domiciliar, quando é preciso algum trabalho feito na casa ou de uma visita por algum motivo, às vezes algum relatório precisa ser feito, precisa desse histórico das visitas.

Tem o matriciamento, que são aquelas reuniões que fazemos com os postos de saúde para ver se o paciente já está apto à voltar para as atividades dele de antes, daí ele pode ser acompanhado no posto de saúde ou, ao contrário, o posto de saúde percebe algum paciente deles que ainda não é acompanhado pelo CAPS, mas que eles acham necessário um olhar da equipe multidisciplinar, daí eles encaminham para gente. É isso que a gente faz no matriciamento.

A gente faz também atendimento em mini-equipe aqui, seria assim um profissional de cada área para atender o mesmo paciente naquele momento em que ele está chegando ou que tenha alguma questão que precise de um olhar dessa equipe multidisciplinar, aí a gente acaba atendendo juntos para não ficar só para um técnico atender. Ainda faço visitas nas residências terapêuticas que são diferentes do nosso território e reunião de equipe, basicamente é isso que a gente faz.

Qual o perfil sócio-econômico dos usuários do CAPS hoje? Você pode definir quem são as pessoas que recebem atendimento aqui?

São pessoas com bastante dificuldade financeira, tem pessoas que têm situações até de família sem renda nenhuma, tem outras que tem um pouquinho mais de condição financeira, uma situação um pouquinho melhor, mas basicamente a maioria das pessoas tem baixa renda.

A escola, a questão cognitiva assim de dificuldades, a gente tem muitas pessoas com um nível intelectual bem baixo também, a dificuldade às vezes não é acessar a escola, mas é de dar continuidade mesmo. Vai por um tempo e não consegue continuar, por não conseguir acompanhar as atividades escolares e param. Então a gente tem muitas pessoas adultas aqui que não tem a formação nem do ensino médio.

Há alguma relação entre obter e manter-se no trabalho e o uso de medicamentos?

Eu não sei se isso é regra, porque tem pessoas, hoje a gente trabalha com questões de transtornos mentais mais graves, que devido a esse transtorno tem muitas dificuldades

para trabalhar e isso não está relacionado com a medicação, mas sim com a patologia. Porém, a gente também atende uma clientela, por conta da atual situação, que as pessoas não estão conseguindo atendimento psiquiátrico em outros serviços e acabam chegando aqui pra gente, que são pessoas que tem um trabalho normal e vem aqui por conta de não estar bem naquele momento e precisa de uma medicação e aí ela consegue tomar medicação e trabalhar ao mesmo tempo e eu não vejo muito a questão da medicação atrapalhar na questão do trabalho e sim dependendo da patologia, que são patologias um pouco mais graves que, independente da medicação, ela não consegue mesmo trabalhar, eu não vejo isso de medicamento atrapalhar alguma coisa no dia a dia, na verdade mais beneficiar, porque às vezes ele não está bem, ele está com problemas de depressão ou alguma coisa assim, ansiedade, transtorno de pânico e aí tá atrapalhando no serviço, ele vem faz uso da medicação fica bem e dá continuidade no trabalho, eu não vejo problema na medicação.

Participa ou participou de atividades voltadas ao trabalho ou à geração de renda?

Não. A gente já teve, faz tempo, mas a gente tinha um grupo de geração de renda que era um bazar e as coisas que eram produzidas nas atividades de terapia ocupacional eram vendidas e os próprios pacientes do serviço é que faziam esse trabalho de ficar lá o dia todo, aqui mesmo dentro da unidade, ficava ali na frente, a gente montava o espaço e eles ficavam ali vendendo esses trabalhos.

Mas fora daqui no CAPS a gente nunca teve, a gente já teve em um outro serviço da instituição, mas bem antes, logo que eu comecei que aí tinham as oficinas e a gente teve até um trabalho dos familiares colaborarem com isso e montamos uma banca de vendas lá na praça com os outros artesãos e os familiares faziam esse trabalho, mas isso já faz um tempo, não é a nossa realidade hoje e depois com a pandemia, faz dois anos que a gente não faz nem bazar, mas aí era mais essas questões de vender os produtos que a gente confeccionava aqui dentro da unidade mesmo.

Como foram as viagens à Campinas e São Paulo?

Na verdade existia esse projeto de geração de renda ser implantado de fato nos

CAPS e em Campinas tem um modelo que dá certo, que deu certo lá, e aí a gente foi lá para conhecer e fomos em alguns funcionários aqui, só que não chegamos a colocar em prática porque foi recente, dois anos atrás, logo veio a pandemia e gente acabou não dando continuidade nesse projeto, mas a ideia era fazer mesmo. Como temos as atividades, principalmente as manuais que a gente acaba confeccionando coisas. Isso é muito legal para eles quando eles sabem que esse produto vai para algum lugar, vai para venda ou algo assim, o quanto para eles é prazeroso isso de ver o produto deles sendo vendido, valorizado, vendo o serviço deles valorizado e às vezes eles mesmos querem comprar e eu acredito que ainda possa existir essa possibilidade de implantar esse projeto de geração de renda.

Nós visitamos um CAPS em São Paulo em 2019 e era muito diferente daqui, da nossa realidade de Sorocaba, não é nem pelo nosso CAPS, mas é Sorocaba toda, eles tinham trezentos (300) pacientes no CAPS e eles faziam esse serviço que eu comentei antes de ir na casa, de fazer, de acompanhar mesmo o dia a dia de cada usuário que eles tinham lá no CAPS e a gente aqui tem quase três mil (3.000) e a equipe talvez seja a mesma ou até menor do que a equipe de São Paulo, então essa diferença faz também muito sentido no trabalho que a gente ainda não consegue realizar.

No papel é muito bonito mesmo, já vi também, que tem que ter isso, ter aquilo, ter a parceria com o município e realmente é o ideal, mas ainda a gente tá muito longe do ideal, Sorocaba tá muito longe ainda do ideal, mas eu acredito que isso vai acontecer porque é um processo longo e o histórico de Sorocaba é muito diferente dos outros municípios, então eu acredito que isso está sendo construído.

Sobre os Cecco's. Existe em Sorocaba ou na região iniciativas como essa?

Não. Eu sei de São Paulo que é o mais próximo, em Sorocaba nunca teve e na região também que eu saiba não. A instituição chegou a ter um centro de convivência chamado Casa Azul, mas que não era financiado pela Prefeitura nada disso. Era como se fosse uma unidade a mais da Instituição que operava com o dinheiro que ela recebia e fizeram por iniciativa própria esse projeto que durou um tempo até, dois ou três anos, e inclusive os familiares participaram também dessa Casa e foi nessa época que a gente teve a barraquinha lá no centro vendendo os produtos, porque os familiares conseguiam ajudar também, mas não era considerado um Centro de Convivência e Cooperativa, um

Cecco, por exemplo, porque era não era aberto para a comunidade, era aberto apenas aos próprios pacientes da instituição e seus familiares.

Há articulação entre os CAPS e a comunidade?

Não há. E seria muito necessário porque realmente a gente não tem como encaminhar ninguém para isso, já tivemos uma vez no CAPS uma empresa que veio para conversar com a gente, porque ela precisava preencher suas vagas de PCD e na época nós selecionamos alguns pacientes que a gente achava que teria condições e ela fez essa entrevista e acabou contratando um ou dois. Eles ficaram algum tempo e hoje que eu saiba eles não estão mais. Foi uma iniciativa da empresa vir nos procurar, mas não tem esse serviço mesmo da gente poder contar com algum outro lugar para encaminhar as pessoas que poderiam conseguir uma vaga, um treinamento às vezes, infelizmente a gente não tem, seria muito importante, as duas coisas que faltam hoje no município seria a questão do trabalho e o Centro de Convivência.

Com outros setores do governo como educação, trabalho, assistência social, economia solidária, o CAPS faz articulação com essas outras áreas do poder público?

Hoje em dia não. Por conta da demanda mesmo, a gente tem uma demanda muito grande hoje que a gente não consegue nem pensar nessa possibilidade de fazer essas parcerias. A gente tem uma demanda grande que deveria ser acolhida por outros serviços.

Por exemplo, tem paciente aqui que é mais tranquilo que poderia ser acolhido no posto de saúde, mas não é por conta da falta de Recursos Humanos, não tem uma equipe para saúde mental no posto. Hoje a realidade de Sorocaba, a gente tá tendo uma clientela muito grande e não conseguimos nos restringir apenas aos pacientes graves que a gente deveria atender e aí acabamos sem pernas para poder ajudar nesse sentido de fazer parcerias com outros serviços além da saúde, que seria super importante eles terem esse contato com a cultura também, frequentar outros espaços que não seja o CAPS. Hoje a gente tem em Sorocaba o Sesc, os Parques, mas não conseguimos fazer esse serviço por conta da demanda que a gente tem atualmente.

Como aumentou essa demanda?

Primeiro a informação. Acho que hoje em dia as pessoas têm mais informação que antes não tinha, lembro quando eu comecei na psiquiatria, quem fazia tratamento psiquiátrico, era quem era muito grave. Hoje em dia não, a pessoa tá com uma falta de ar, ela vai no médico que observa que aquilo é emocional e então já encaminha para gente. A informação hoje está muito mais acessível, tem muito mais informação para todo mundo.

Segundo, a situação social e econômica que a gente tá vivendo no país também colaborado, o fechamento dos hospitais psiquiátricos, porque antes a gente não via essas pessoas na rua e hoje eles estão aí na rua como todo mundo e isso também acaba dando informações para as pessoas que não conheciam o nosso trabalho. Acho que tudo isso deu esse “boom” na psiquiatria.

Qual a relação entre esse aumento de demanda e pandemia?

Apesar da gente ter tido no começo da pandemia uma diminuída por conta das pessoas não estarem saindo de casa, no começo diminuiu bastante a procura, mas de um ano pra cá, a gente já está a quase dois anos nessa pandemia, mas de um ano para cá voltou com tudo, muito mais por conta das pessoas terem perdido o trabalho, ficado muito tempo dentro de casa, algumas pessoas que as vezes faziam tratamento no posto de saúde pararam de fazer por conta que não está saindo e não foi atrás de medicação, aí parou o tratamento, daí os sintomas voltaram com mais força.

A gente vê pessoas com depressão, com ansiedade, com pânico, então essas patologias que acabavam não aparecendo muito, não vindo nos procurar com tanta frequência, hoje tem muitas, muitas mesmo. Antes a gente tinha aquele quadro, esquizofrenia, bipolar e uma depressão mais grave, que chegava para gente, hoje não, a gente tem recebido pessoas com transtorno de ansiedade por conta de estar angustiada ou porque às vezes até está trabalhando, mas está angustiada porque tem medo de ficar desempregado ou então o serviço tá muito puxado, questão também do medo da gente estar exposta na rua, então tudo isso aumentou e essas patologias que não apareciam aqui são as que mais aparecem hoje, muito mais do que os outros transtornos que a gente estava acostumado a receber.

Você acredita que os usuários e usuárias de um CAPS enfrentam preconceito na busca por trabalho?

Acredito que sim. Acho que melhorou um pouco, mas eu acredito, porque às vezes acontece da pessoa falar assim: “ai, eu não falei que eu faço tratamento psiquiátrico”, “fui numa entrevista e não falei que eu faço tratamento” ou então, assim: “ ai, eu não quero um atestado daqui, porque se eu levar um atestado desse eu posso ser demitido do meu serviço”, então às vezes falam “marque para mim o médico mais cedo possível ou mais tarde possível” porque daí não precisa faltar do serviço, então ainda acontece bastante.

A comunidade acolhe essas pessoas?

Acho que melhorou muito, muito mesmo, tanto que quando eu comecei ainda existiam vários hospitais em Sorocaba, a gente estava começando a questão deles irem para as residências terapêuticas e a gente sofreu muito preconceito na época dos vizinhos, que não queriam que a gente montasse uma residência ao lado da casa onde eles moravam, então ligavam no hospital reclamando, ligavam para alguma outra pessoa importante em Sorocaba para reclamar, então no começo foi bem mais complicado, hoje eu vejo assim que apareceu muito na TV a questão do fechamento dos hospitais e hoje em dia a gente tem muitas residências espalhadas por Sorocaba toda e ouço menos a questão de reclamação da comunidade.

A história de Sorocaba reflete em seu cotidiano hoje?

Eu acho que sim, que ainda tem, mas acredito que melhorou bastante também essa questão. Porque muitos moradores acabaram voltando para suas cidades, então não ficou todo mundo em Sorocaba quando fechou o hospital, os municípios da região que não tinham hospitais mandavam para gente um paciente de uma cidadezinha aí por perto que não tinha hospital, vinha para Sorocaba e esses municípios foram obrigados a montar residências terapêuticas e então eles receberam essa população. Então passou muito na TV, nos jornais, foi um assunto muito falado na região toda e eu acho que deu uma melhorada no que era antes.

Sobre o recebimento de benefícios como o BPC?

A gente tem aqui bastante paciente que tem o benefício, que recebe o Benefício

de Prestação Continuada e é uma questão um pouco difícil porque a família tem que ter uma renda específica, não é simplesmente a pessoa não ter condições de trabalhar que ela tem o direito, mas isso daí quem poderia responder melhor seria o serviço social, eu entendo pouco sobre isso, mas a gente tem bastante paciente que recebe, os pacientes da residência que a gente atende, quase todos tem, além disso quase todos tem o benefício “De volta para casa” que foi implantado pelo governo quando começou a história da desospitalização, está em média de quinhentos reais (R\$ 500,00) e todos os pacientes que tinham mais de dois anos de internação psiquiátrica, antes de 2002, eles tem o direito a esse benefício, mesmo ele tendo o LOAS.

Hoje temos pacientes que recebem esse benefício há mais de dez anos e vivem com esses dois benefícios, o LOAS e o “De volta para casa”, mas há esses critérios que eu falei. Ele foi implantado para ser um jeito de ajudar as famílias a levarem os moradores para casa na época em que começou a desospitalização, o familiar levaria o filho ou o parente que estivesse dentro do hospital para morar com ele com o benefício do LOAS e mais esse outro benefício.

Então daria hoje uma renda entre Hum mil e quinhentos (R\$ 1.500,00) e Hum mil e seiscentos reais (R\$ 1.600,00), foi incentivo para isso na verdade, para eles poderem levar os familiares embora ou até mesmo aquele que tivesse condições de morar sozinho, de morar numa república, numa residência terapêutica, ter um benefício maior para os gastos que ele tivesse. É um benefício bem importante para o pessoal que foi morador de hospital psiquiátrico.

Como é a relação com as famílias?

No CAPS a maioria deles tem um vínculo com a família, alguns um pouco precário, outros nem tanto e a gente vê que quando a família está envolvida o trabalho é muito mais eficaz, a gente tem um retorno muito melhor quando a gente tem a parceria da família no tratamento dos usuários aqui do CAPS. Em relação aos moradores de residências muitos deles não tinham contato há muitos anos, eles tinham perdido o contato familiar, por conta de ter virado morador e aí a família não procurava saber, muitos moravam em outra cidade.

Nesses vinte (20) anos que eu tenho de psiquiatria eu vi muitos conseguirem resgatar esse vínculo e até ir embora de volta com a família e o quanto isso foi importante,

porque muitos deles tinham o sonho de voltar para a casa da família e a gente conseguiu que vários deles fizessem esse retorno, fazer esse vínculo novamente, teve moradores que foi muito legal, que eu cheguei a fazer essa ponte para construir esse vínculo de novo, o paciente ir para casa da família em outra cidade, chegar lá e conhecer tudo e falar assim: não, mas eu quero voltar para minha casa, eu quero saber quem é minha família, quero ter contato com minha família, mas eu quero voltar a morar na minha casa, que era a residência terapêutica.

Até hoje esse paciente ainda está com a gente e ele vai no final de ano, feriado ou algum evento que tiver, ele vai para casa da família que é perto de Itapeva, ele vai ficar uns dias na casa da família e volta para casa dele, porque a casa dele é aqui, ele não tem a intenção de morar com a família, ele só quer ter esse contato, esse vínculo e poder ir e voltar quando ele quiser. Então foi muito bacana algumas histórias que a gente viu de família, principalmente nas residências.

Como está estruturada a RAPS em Sorocaba?

Olha a RAPS está sendo construída e ainda falta muita coisa para ficar bonitinha, redondinha, porque a gente tem pouca parceria ainda com os outros serviços, teria que ter uma parceria com o posto de saúde, com o CRAS, com o CREAS, com o CRI, porque a gente recebe também muito idoso. Até tem, mas é muito difícil ainda porque vejo que todos os serviços estão sobrecarregados, não é só o CAPS, os outros também estão, é muita gente, é muito serviço para poucas pessoas, poucas unidades de trabalho, então ainda tem muita coisa para melhorar na RAPS.

Começou principalmente depois que fechou o hospital que a gente ouviu falar um pouco mais assim dessa parceria, porque antes a psiquiatria era só a psiquiatria, o paciente psiquiátrico ele não tinha outra coisa, era só psiquiatria e hoje não, hoje a gente vê que ele é acompanhado por outros serviços, não só a psiquiatria, mas ainda está engatinhando, daqui um tempo vai ficar melhor, hoje em dia ainda é bem difícil de ter essa parceria. Mas, eu acredito que ainda tenha muita coisa nova para acontecer no município, tem muita coisinha para acertar, então hoje ainda está precária a RAPS.

Quais seriam as ações afirmativas importantes para o bom funcionamento do CAPS?

Primeiro acho que a gente teria que diminuir a quantidade de pessoas que são atendidas aqui com a equipe que a gente tem hoje, se a gente conseguisse selecionar mesmo os pacientes que são de CAPS, seria até possível esses serviços externos, como levar a pessoa e acompanhar em outros espaços além do CAPS, treino de alguma atividade na própria residência, orientação de alguma atividade na residência, poder acompanhar a dinâmica familiar na residência, mas falo dos usuários de CAPS que tem uma família.

Até essa a questão do trabalho que a gente estava falando, eu acho que se a gente tivesse só os pacientes mesmo graves de CAPS a gente até conseguiria fazer um trabalho em relação a voltar os usuários para o mercado de trabalho ou então para o estudo de um curso, coisas assim, que eu acho que a gente conseguiria fazer se a gente tivesse uma quantidade menor de pessoas atendidas aqui.

Então tem muita coisa que a gente pode fazer, mas a gente não consegue por conta da demanda que a gente tem. Toda semana a gente acaba recebendo pedidos assim, uma pessoa que pediu para fazer uma avaliação que o filho está assim ou assado e eles querem colocar numa residência terapêutica e às vezes a pessoa nem é paciente nosso ainda.

Porque antigamente ia para o Hospital Psiquiátrico, pegava essa pessoa botava lá e ninguém avaliava. Hoje em dia tem as residências, então ainda tem esses pedidos de moradia para algumas pessoas, que tem alguns familiares que tem em casa uma pessoa que eles não conseguem cuidar, que tem alguma questão psiquiátrica e às vezes a gente tem que fazer essa visita para avaliar isso e são coisas que demandam tempo e isso tem acontecido com muita frequência.

Então a gente acaba não tendo tempo de fazer outras coisas com pacientes que a gente já atende, fazer mesmo um tratamento, porque a gente tem que fazer outras coisas que o município pede e tem que fazer para ontem. A gente entende que não tem outro serviço para fazer isso, mas a gente acaba aí fazendo muito mais coisas de avaliação do que de tratamento mesmo em que a gente poderia fazer coisas muito mais legais, que a gente pudesse aprimorar mais, que pudesse aprofundar mais no tratamento com algumas pessoas, mas a gente não consegue ter pernas para isso hoje por conta da demanda que a gente tem.

Falta investimentos nos CAPS?

Mais CAPS, mais saúde mental em outros espaços além CAPS, então no caso o

próprio postinho de saúde, até um centro de convivência também poderia ter, o quanto abrisse de serviço para a saúde mental em Sorocaba teria gente para frequentar, porque não falta pessoas que precisam, ainda mais diante da situação que a gente está vivendo hoje, se a gente cuidasse um pouco mais da prevenção também, a gente recebe muita queixa de violência doméstica e sexual, daí tem pessoas que tem o filho que faz tratamento no CAPS Infantil e os pais são obrigados a fazer tratamento no CAPS adulto para poder estar junto ali com o tratamento do filho, muita situação do Conselho Tutelar, situação de familiares retirar crianças das famílias por conta de violência e aí a família tem que ser atendida no CAPS, para depois a gente ajudar a avaliar quando essa família pode receber essa criança de volta.

Então a gente tem uma população diversa hoje em dia na saúde mental, então com certeza precisava de mais serviços. Mais um CAPS ainda é pouco, além de tudo, a gente tem uma população que é do outro lado da cidade que vem aqui e que demora quase uma hora de ônibus para chegar e aí muitos acabam não vindo por conta da distância, seria muito importante se tivesse mais CAPS na região norte que a gente não tem, então precisava muito mesmo porque aí a gente ia desafogar os serviços e poder atender com mais qualidade.

Falta dinheiro para o deslocamento dessas pessoas até um CAPS?

Quando o paciente frequenta toda semana ele tem o benefício de conseguir o transporte para não ter que pagar o transporte para vir até aqui, mas às vezes mesmo por conta da distância mesmo eles também não querem, “não, é muito longe aqui e tal, prefiro fazer lá no posto de saúde”. Aí tem alguns postinhos que ainda conseguem dar conta, mas nem todos, aí às vezes aquela pessoa acaba sem tratamento por ela não querer se deslocar da casa dela até aqui.

Gravador desligado...

Com essa última pergunta encerramos nossa conversa, pois Silvana, que me prestava seu testemunho tinha que voltar aos seus atendimentos e uma paciente já a aguardava lá fora para uma sessão de terapia individual.

Em março de 2022 retorno ao CAPS para apresentar as entrevistas transcritas para Darcy e Silvana e coletar as autorizações para seu uso, quando fui apresentado à Jussara, que atua no serviço há mais de trinta anos e se mostrou disposta a colaborar com essa pesquisa, inclusive estabelecendo conexões entre mim e alguns usuários do serviço que atualmente vivem em Residências Terapêuticas e frequentam a unidade. Sua larga experiência na área deve apresentar chaves importantes para essa investigação e abrir novas portas e questionamentos.

Gravador ligado...

Qual o seu nome? Qual a sua idade e profissão?

Meu nome é Jussara, eu tenho 55 anos e minha profissão é Encarregada de Residência Terapêutica.

Como foi sua trajetória até aqui? Conte-me um pouco da sua história como trabalhadora da saúde mental.

Então tudo começou há trinta e um (31) anos e meio. Eu comecei a trabalhar em Hospital Psiquiátrico na parte da higiene. Eu fazia a limpeza e ficava ali junto com os moradores, sempre envolvida com eles, limpando dando atenção a eles, vendo a vida deles, participando com eles. Fiquei vários anos na higiene. Na parte da limpeza.

Depois eu fui trabalhar na lavanderia e rouparia onde processava as roupas deles, entregava as roupas, cuidava das roupas deles. E tinha vários moradores pacientes que iam trabalhar com a gente. Que tinha a equipe de trabalho. Depois com o passar do tempo eu fui encarregada dos setores da higiene, da lavanderia, costura, rouparia.

E depois com o tempo eu fui ser encarregada geral de todo o Hospital, da parte da limpeza geral, da higiene do hospital, dos CAPS, da rouparia, lavanderia, costura, era tudo por minha conta, eu era encarregada geral. Aí ainda mais eu tinha que conviver com

eles. Eu ia em todos os setores. Em todos os pavilhões em que eles estavam. E foi assim.

Depois nós mudamos e continuei a trabalhar em outro local, fazendo o mesmo trabalho e hoje eu trabalho com as residências terapêuticas, tem doze (12) anos que eu estou aqui.

E aqui sou eu quem faço toda parte física, a parte da alimentação, vestuário, eu acompanho eles no dia a dia, tudo que eles precisam eu estou aqui para ajudar e para ver. E assim foi minha trajetória.

Hoje dona Jussara há atividades voltadas ao trabalho ou a geração de renda nos CAPS da cidade ou nas residências terapêuticas?

Na verdade, antes nós tínhamos um grupo de varrição que era assim: os moradores faziam a varrição na frente dos comércios e eles recebiam uma verba dos comerciantes, era assim. Nós tínhamos também uma oficina terapêutica, onde eram feitos trabalhos manuais como fraldas, reciclagem de tampinhas para indústria, nós tínhamos um trabalho assim.

Só que essa oficina terapêutica não tinha convênio com a Prefeitura, não tinha verba e era a instituição que mantinha todo esse trabalho. Os moradores iam trabalhar lá e depois como não tinha verba acabou fechando e foi transferido o trabalho para o CAPS e eles começaram a ir para lá. Iam e voltavam.

Só que devido a pandemia tudo parou porque aí a gente não podia mandar eles de ônibus. Estava na pandemia, eles não poderiam andar a pé devido a pandemia. O CAPS não podia receber os grupos porque aglomerava e acabou se perdendo um pouco esse trabalho que era feito. Mas, assim mesmo, ainda hoje, nós temos um grupo de moradores que vai ao CAPS fazer pintura, artesanato.

E na residência mesmo elas procuram fazer o que elas gostam, por exemplo, nesta casa tem ela que borda, faz guardanapo e tal. Ela faz o trabalho que ela gosta. A terapia dela é essa. Já uma outra a terapia dela é a cozinha. Ela gosta de fazer almoço, jantar. Ela gosta de fazer esse tipo de trabalho. Nas outras casas tem meninos que trabalham em oficina, em loja, ajudando no comércio e em vários outros trabalhos.

Voltados diretamente para questão do trabalho e da geração de renda os Cecco's - Centros de Convivência e Cooperativa já foram implantados há muitos anos em São

Paulo e Campinas. A senhora já ouviu falar deles?

Não conheço.

Eles são centros destinados para a Saúde Mental, inclusive para os usuários e usuárias dos CAPS, para egressos dos antigos Hospitais Psiquiátricos e devem contribuir nos processos de reinserção social. E como Sorocaba tem uma história longa com a saúde mental, a senhora acha que seria importante ter um Centro como esse aqui?

Importantíssimo! Importantíssimo! E uma outra coisa que eu vou dizer para você, tão importante para os pacientes ou moradores, como queira, das residências terapêuticas e como deveria ter um lugar aqui para inserir as pessoas.

O que são moradores de rua? Porquê? A população em geral vê o morador de rua como um vagabundo, perdão da palavra, uma pessoa que não quer nada, mas se você passar um dia e sentar com eles, você vai descobrir que nem todos são viciados que nem todos são alcoólatras. Você vai descobrir que ele tem problema mental, o problema dele não é droga, não é álcool, você vai ver que a história dele é saúde mental, ele tem problema mental. E o que deveria ser feito com essa pessoa?

Inserido numa dessas Cooperativas que você está falando, eu acho que é de extrema necessidade, de extrema importância, porque eles precisam mesmo. Sorocaba é uma cidade ótima, mas precisa muito do acolhimento dessas pessoas, porque nem tudo que você vê na rua são pessoas drogadas ou alcoólatras.

Mas, mesmo os viciados deveriam ter um cuidado mais humanizado, porque é um vício difícil de você sair vivo se você não tiver um apoio, uma ajuda de profissionais, uma força-tarefa.

A gente tem que ver que tanto nós, quanto eles, somos todos iguais, não tem divisão, eu acho que os órgãos competentes deveriam olhar para esse lado. Porquê numa somatória todos tem problemas mentais, tanto quem é viciado, quanto quem já nasceu com a própria doença, esse é meu ponto de vista, eu olho desse jeito para essa população.

Como você percebe a realidade econômica dos usuários dos serviços de saúde mental?

Todas as pessoas que eu conheci, e olha que foram muitos anos de convivência com muita gente, todos são de baixa renda, todos que eram moradores, porque no caso a gente tinha os moradores permanentes e a gente também tinha os que vinham e que ficavam tempo e iam embora.

Vinham, faziam a desintoxicação e iam embora. Nessa parte de desintoxicação às vezes tinha alguém da classe média alta, porque o vício toma conta da população geral, mas os moradores dos hospitais psiquiátricos e das residências todos são de classe baixa, são de pessoas que não tem comida na casa, por exemplo. Às vezes a pessoa internou por isso.

Você tem uma pessoa doente mental na sua casa e você precisa sair para trabalhar. Com quem você vai deixar aquela pessoa? Se aquela pessoa vai precisar do dinheiro que você ganha para cuidar dela e ela não pode ficar sozinha e o morador psiquiátrico é assim. Eu posso falar porque eu conheço de causa.

Conheço a vida. Não é qualquer pessoa que cuida de um morador psiquiátrico. As pessoas tem medo, as pessoas não conhecem, as pessoas acham que vão ser agredidas, acham que eles são diferentes só porque elas são doentes. Olham para eles às vezes com um olhar diferente mesmo, por que elas não tem conhecimento, mas tendo conhecimento, você vai ver que não é nada disso.

Às vezes muitas pessoas entregaram as crianças no Hospital Psiquiátrico por esse motivo, porque não tinha como ficar com ela em casa, talvez não é pelo amor, porque não tinha amor que não queria a pessoa, talvez seria mesmo por falta de recursos, entendeu?

Existem os dois lados: aquele que não tem recurso e entregou porque não tinha maneira, existe aquele que não tinha recurso, mas também não tinha amor e aí acaba entregando nos abrigos, nos hospitais psiquiátricos, casa do menor. É o que a gente vê na sociedade. Então é isso, mas eu acredito que é por falta de renda mesmo.

A senhora percebe que, de alguma forma, a pobreza aumenta os sintomas psiquiátricos?

Com certeza aumenta totalmente. Imagine, você tem uma pessoa doente na sua casa e você não tem nada para nada. Por exemplo, ele está mais ou menos bem e aí começa a faltar alimento. A pessoa não tem comida, não tem roupa, não tem nada, aquela carência.

Aí ela começa a ficar desnutrida, começa a ficar doente e a doença psiquiátrica

vai aumentando cada vez mais, porque um morador psiquiátrico ou paciente, ele tem que ser bem alimentado, cuidado, a medicação na hora certa, para que aquela doença diminua, que ela possa ir diminuindo, não aumentando. Agora se ele não for bem alimentado, não for bem cuidado, a tendência da doença é crescer muito mais. Isso é óbvio. Eu vejo assim.

A senhora acha que as questões de gênero ou étnico-raciais atravessam os serviços prestados? Pessoas negras, homossexuais, como é isso no serviço?

Eu falo para você que eu não vejo diferença. Trabalhamos de uma forma que não temos diferença. Em todos os anos em que eu trabalho na empresa, a gente nunca teve diferença. E até vou te falar uma coisa, por exemplo, se eu tenho um morador e ele gosta de menino é amor a mesma coisa que se ele gostasse de menina ou se é menina e gosta da outra menina.

A gente vê isso de uma maneira muito simples, a gente sempre trabalha falando para ele que sexualidade não tem diferença. Se você optou por ser homem você vai ser homem vai fazer papel de homem ou se você optou para ser mulher vai ser mulher, mas se você optou por ser homossexual, se você optou por ser uma mulher trans, a escolha é sua, a opção é sua.

Agora, se é negro ou se é branco para nós não tem diferença, aqui nós não temos, não existe cor, para nós são todos iguais e a gente sempre ensinou eles isso: entre nós não tem diferença.

A senhora acha que tem mais pessoas brancas ou mais negras no serviço ou isso não existe?

No serviço existe muito mais branco do que negro, muito mais. A população branca é bem maior.

Outra questão é a mulher. São mais mulheres ou mais homens? As mulheres são mais afetadas pelas patologias psiquiátricas?

Na psiquiatria os dois andam lado a lado. Eu acredito que tem até mais mulher do

que homem, bem mais, porque aqui mesmo onde eu trabalho, por exemplo, a população feminina é bem maior que a masculina. Mas na psiquiatria não tem isso de que o homem é maior. Não!

Se você fizer uma pesquisa, você vai ver que as mulheres aderem mais ao trabalho mesmo, porque ela é mais assim, ela é mais dona de casa. Ela tem como fazer um trabalho com eles, ensinando, explicando, trazendo eles para saberem o que é uma reflexão, fazer uma limpeza. Não que o homem não faça isso, mas quer dizer que a mulher já é dela mesmo, essa coisa de organização, de arrumação, de mais paciência para ensinar, perfil mesmo, então na psiquiatria eu acho que a mulher se sobressai mais que o homem nesse sentido.

Porque também temos os colaboradores masculinos que ajudam muito, fazem o papel masculino que é preciso ter, eles tem mais força, a parte física, até mesmo para ajudar alguém. Mas eu ainda acho que as mulheres em geral ajudam mais.

Há mais moradoras que moradores, mais usuárias do que usuários do serviço?

Não! Aqui com a gente é meio a meio, tanto meninas, quanto meninos.

Houve um tempo em que a grande maioria da população de um hospital psiquiátrico eram mulheres. A partir de sua longa experiência, a que podemos atribuir esse fato?

Porque havia tantas mulheres? Eu sempre penso nisso na verdade. Quando eu trabalhava nos anos 90 mais ou menos, eu acredito que, por exemplo, ao meu ver uma pessoa tem um filho homem e uma filha mulher e aquela família é carente.

Ela não tinha como escolher, ela poderia ficar com um só, ele tinha vários filhos. Ele tinha os filhos homens e ele tinha as filhas mulheres e depois eu conto uma experiência para você, você vai entender porque eu estou falando isso.

E aí acontece o seguinte: ela dava a mulher, colocava a mulher no abrigo, nos hospitais. Esse é meu ponto de vista. Não tenho certeza se isso ainda acontece, ela dava a mulher.

Porque a menina, a criança mulher, a menina moça, é mais difícil você deixar sozinha numa casa, de deixar ela na rua, na casa de alguém, porque é muito perigoso, sem

contar que uma menina com doença mental a higiene dela é mais difícil de você cuidar. A menina dá muito mais trabalho que o menino, no psiquiátrico a menina dá muito mais trabalho que os meninos.

Isso eu falo para você porque nós temos aqui. O menino é extremamente bonzinho, obedece. Eles são mais tranquilos. As meninas não, elas são mais agitadas, elas brigam, porque o instinto da menina é assim. A mulher é mais faladeira, eu vejo por esse lado.

Aí as mães optavam pelas meninas, porque não tinha como ela cuidar, por exemplo, a mulher vai pegar reciclagem e na maior parte das vezes você vê meninos ajudando a empurrar e tal e a menina é mais preservada pela família.

Existe um monte de coisas ruins na rua, não é? Aí os pais tentam proteger mais as filhas mulheres, os filhos homens, que já são homens, eles soltam mais. Então, eu acho que é por isso, porque eu já pensei nisso e toda vez que eu via visita que a família ia visitar alguém no hospital, por exemplo, uma menina que estava lá, a família ia e levava o irmão para ver a irmã. O irmão tinha o mesmo problema da irmã, só que o irmão ficava na casa com a família e a menina eles colocavam lá. E eu acho, eu não tenho certeza, é o que eu penso, e é o que eu vi, eu acho que é por esse fato, porque não tem outra explicação.

O CAPS é considerado um serviço de retaguarda para as residências terapêuticas, o que eles têm oferecido de atividades voltadas ao trabalho para esses usuários ou usuárias?

Você diz trabalho para eles, certo? Trabalho, geração de renda. Então, estou te falando, elas vão lá fazem pintura em guardanapos, fazem pintura em madeira, fazem artesanatos. E aí eles fazem, eles vendem, eles vendem por um preço, eles fazem um bazar e a renda é revertida para eles mesmos por meio desse bazar.

A pandemia afetou as atividades de trabalho dos moradores dessas residências que trabalhavam?

Na verdade, aqui nós temos poucos que trabalham e eu não vi diferença e aquele que trabalhava na loja, continua na loja mesmo. A gente não mandou eles no CAPS, porque lá era restrito, porque lá não éramos só nós que usávamos, não era só para nós, o

ambiente é mais fechado, onde participam várias pessoas. Então, a gente não mandava eles lá.

Mas, de um modo geral, para nós eu achei que não afetou em nada. Mesmo porque durante a pandemia a gente trabalhou todos os dias. A gente cuidou deles todos os dias e alguns tiveram COVID e nenhum morreu, a gente cuidou muito bem deles. A gente cuidou melhor ainda, deu mais atenção naquele momento. Então nós não tivemos problema nenhum com a pandemia, nada.

Na esfera política e administrativa, o que pode ser feito para melhorar a política pública da saúde mental?

A nossa realidade hoje está bem difícil. Nós estamos participando de uma licitação, a gente cuidou deles muitos anos. Aí vem uma outra empresa, eu não posso falar porque a gente não conhece, às vezes cuida melhor que a gente, mas pode ser que não, mas eu acho que a política de um modo geral deve ser mais humanizada.

Porque você vai lá e faz uma praça nova e todos aplaudem a praça. Uma semana depois você volta na mesma praça e tem dez (10) pessoas deitadas lá, sem comida, sem casa, sem remédio, sem assistência.

Eu vejo que a política deveria ser mais humanizada, eu acho também que, na minha opinião, só as pessoas que trabalham com saúde mental de um modo geral, psicólogos, terapeutas, todas elas deveriam conviver mais com as pessoas para eles entenderem melhor a forma que deveria ser feito, porque na teoria é fácil, na teoria você achar que é assim. Você conversar comigo alguma coisa, você tira suas conclusões. Mas, você pode não estar acertando direito. Você pode estar pensando uma coisa, estar dizendo uma coisa e eu estar entendendo outra.

A prática é uma coisa bem diferente, eu acho que deveria ter mais humanização de um modo geral. Só no papel é muito bonito. É legal você conhecer o trabalho com a convivência, ver realmente o que eles precisam, ver realmente as necessidades deles, viver o dia a dia deles, o que é melhor para eles.

De um modo geral, como eu estou te falando, os políticos só pensam neles. Olham a população como eleitores, para ser bem sincera. Sendo que dá para fazer muita coisa para a população carente.

Conhece histórias de pessoas que passaram pelo hospital depois retornaram para suas casas e trabalhos e tocaram a vida?

Eu conheço. Eu conheço sim. Eu conheço pessoas que moravam no Hospital Psiquiátrico e que saíram daqui, voltaram para casa e tiveram uma vida normal. Trabalha. Estuda. Tem uma vida como cidadão. Eu conheço sim.

Da mesma maneira, a senhora conhece pessoas que passaram pelo serviço e não conseguiram retornar às suas atividades? Seja pelo sofrimento psíquico, pelo próprio trabalho ou pela medicação?

Isso existe. Muitos tiveram todo um tratamento, foram acompanhados por médicos, psicólogos, fizeram tratamento certinho e tudo mais, mas ele não conseguiu. Ele foi para casa e ele voltou, porque ele acostumou tanto naquele mundo e muitas vezes quando a pessoa sai de casa e vai para o Hospital Psiquiátrico e fica lá por muito tempo e ele volta para casa é como se ele nunca tivesse visto aquela pessoa, o afeto acaba. Já aconteceu muitas histórias. Não tem afeto pela família, não consegue mais conviver com a família, porque o afeto é tão grande com os amigos que ele prefere ficar com eles do que com a família.

Já aconteceu casos assim, então se você perguntar para algum deles hoje, a maioria vai dizer para você, eu nunca quero sair daqui, aqui é a minha casa, vocês são a minha família. Elas são a minha família.

Na sua experiência. Você considera a família importante para a reabilitação e reinserção dessas pessoas na sociedade?

Eu acredito que a família é muito importante quando a família é estruturada. Quando a família tem uma base estruturada e que só o filho tem problema, aquele que está internado.

Chega uma família para visitar um filho que tem problema, por exemplo, mas só o filho tem problema, a família não. Então é importante a família chegar e conversar,

transmitir coisas boas para o filho, dar carinho, amor, dar afeto, ir, levar as coisas para o filho, passar aquela coisa boa para o filho, o filho ficar esperando a mãe voltar daqui há quinze (15) dias naquela expectativa, minha mãe vai voltar, minha mãe vai vir me ver e passa quinze (15) dias e a mãe leva o pai, leva a vó, leva os irmãozinhos e a família se une e a família conversa com aquela pessoa.

Aquela pessoa se sente acolhida, porque eles estão ali e a família não esqueceu dele, ele vai entender que por mais problemático que ele seja, ele vai entender que ele está ali por uma boa causa. Mas, a família não esqueceu, porque a família vai lá, passa coisas boas, conversa e tudo mais.

Existe o outro lado onde o paciente psiquiátrico ele tem uma família de pessoas doentes. Então o que acontece? A família vai visitar ele, a família é problemática, a família tem mais problemas que ele ainda e além da família ser doente, a família não tem renda, locomoção para chegar até o local, tem problema de levar alguma coisa para ele comer, porque não tem dinheiro. Então são várias coisas juntas.

Quando a família chega para visitar esse filho ela não tem nada para oferecer, não tem carinho, não tem amor, não tem nada, não leva nada, aí o filho fica pensando que vai ter alguma coisa para comer e para beber, coisa diferente eu falo.

E a família já chega estressada, porque gastou o dinheiro para chegar lá, foi difícil, não levou nada, a família não transmite para aquele morador o amor e o carinho, mesmo por que a família é doente também e tem mais problemas porque é de uma renda baixa, ela não tem como ter uma vida, expressar para o filho, passar para o filho uma coisa boa.

Aí o filho que já está doente também vê aquilo, ele olha assim e fica pensando: nossa poderia, talvez ele pense, poderia ter sido melhor. E aí ele desanima, ele nem espera para próxima visita assim animado, aquela coisa, ele fica desanimado, porque ele não tem acesso.

A família é a base de tudo e a família estruturada pode ter o maior problema numa casa, pode ter filho autista ou psiquiátrico, pode ter qualquer problema, a família é a base de tudo, se ela for bem estruturada, ela consegue.

Mesmo dentro de um hospital, do abrigo, de qualquer lugar, ela consegue passar por esse período e não abandonar ele e ajudar ele de uma forma carinhosa, mas uma família desestruturada não consegue, ao invés de ajudar ela acaba atrapalhando.

Pelo que a senhora vivenciou como é a maior parte das famílias?

Desestruturadas, a maioria. Quando você olha para a população você vê. Nós temos aqui muitos moradores e a minoria, menos de 5%, tem família? Os demais podem até ter, mas nunca procuraram.

Colocou lá desde pequenininho e não sabem nem onde está. A gente já procurou e a família não dá atenção e nada mais. Quando você acha alguém, por exemplo, que alguém consiga achar, você chega lá e você fica com dó, com pena, porque quem está lá está pior do que quem está aqui. Já aconteceu isso comigo ano passado.

Eu fui na casa de uma moradora. Fui levar uma moradora na casa e quando eu cheguei para levar a moradora na casa da família, eu tive dó de deixar a minha moradora lá, porque lá era muito pior, nem comparação com a vida que a moradora tem aqui. Porque aqui ela tem roupa, tem sapato, ela come o que ela gosta e tudo mais e lá não tinha nada, entendeu? Então é isso aí.

Outra questão importante para mim é a questão da medicalização. A medicação ajuda ou atrapalha?

A medicação é importantíssima. A medicação é um dos fatores importantíssimos para eles. Existe a medicação, você tem que ter um profissional treinado, um médico que passe a prescrição médica e tem que ser um profissional conceituado. Porquê? Por que o morador não pode ser medicado nem para mais nem para menos.

Então essa parte de medicação funciona assim: ele tem que tomar a medicação certa, na dose certa, na hora certa, para que tudo dê certo.

É isso que eu tenho a dizer para você.

Para senhora que trabalhou mais de 30 anos na saúde mental, quais as diferenças entre os anos 90 e os dias de hoje?

Existe uma diferença enorme. Existe uma diferença que não tem nem como descrever. Essa diferença hoje é total. Mudou totalmente, muito para melhor. Não tenho nem como descrever para você a mudança, por que antigamente não tinha médicos tão bons como hoje, não tinha remédio bons como hoje.

A tecnologia ajudou muito. Se for descrever para você as mudanças nós ficaremos

aqui meses. Porque hoje está tudo muito bom, a gente consegue trabalhar de uma maneira mais adequada, os profissionais bem capacitados no que fazem, não que naquela época os profissionais fossem ruins, só que naquela época eles não tinham, como a medicina não era avançada, essa tecnologia.

Você sabe como era? Naquela época não tinha nem televisão. Hoje tem os meios de comunicação, tem celular, milhões de coisas boas que ajudam a vida deles. Hoje é outra coisa, totalmente diferente da época que eu vivi com eles lá e a nossa vida também mudou, hoje é tudo muito mais fácil e prático. Então mudou de uma forma geral. Tanto para nós quanto para eles. Está assim muito bom.

Como foi a relação com a comunidade no entorno das residências terapêuticas, houve preconceito, discriminação?

No começo sim, eu estou aqui desde que abriu a primeira residência. Muitos anos atrás no começo o pessoal olhava assim, porque eles não entendiam o que estava acontecendo, mesmo porque o Hospital Psiquiátrico para a população era uma coisa vista com outros olhos.

Eles olhavam lá, a população de um modo geral, e achavam assim que só tinha pessoas que agrediam, pessoas que eram pessoas amarradas, pessoas que só levavam choques, pessoas que poderiam matar, a população via assim, eles viam o Hospital Psiquiátrico desse jeito, com muito preconceito.

Aí quando tiraram eles para fora e colocaram nas casas, no começo, o pessoal começou a olhar e a observar e pensavam: nossa eles saíram do Hospital Psiquiátrico. Será que eles não são perigosos? Ficavam meio assim.

Hoje eles são vistos totalmente diferentes, pelo menos os nossos, estou dizendo para você dos nossos que a gente sabe, hoje eles vão no supermercado, eles conhecem o dono do mercado, o pessoal que trabalha no supermercado, eles vão ao banco, eles vão à lotérica, eles vão nas lojas, eles vão na praça, conhecem o entregador, eles tem amizade com todo mundo.

Todo mundo vê eles, que coisa mais legal que eles são, não sabia que eles eram tão inteligentes, tão limpinhos, tão organizados, tão educados. Hoje eles podem ir e vir a qualquer lugar. Hoje eles são vistos de outra forma.

Quando você ia com alguém as pessoas pensavam, nossa acho que ele é louco, ele

é um louquinho, falavam assim, olhavam assim. Hoje não. Hoje eu vou na cidade para levá-los para comprar alguma coisa e vai todo mundo. No outro dia eu vou sozinha, que a gente conhece tudo ali na cidade, as lojas, que eu ando de bando e levo vários e quando estou sozinha e entro numa loja, por exemplo, aí o pessoal pergunta: mas cadê as meninas, você não trouxe hoje? Cadê os meninos? Ai, que saudade! Faz tempo que eu não vejo eles. Você entendeu? Hoje a sociedade vê eles de uma outra forma.

Quando eu não posso levar, outras pessoas levam, nós temos monitores aqui, eles levam. Mas, como eles são conhecidos há muitos anos, eles falam assim, você não veio trazer, Fulana é que trouxe, né? Você não veio, mas elas vieram. Elas estiveram aqui mesmo, compraram isso, compraram aquilo. É assim.

Também mudou a relação com a comunidade porque hoje eles tem uma renda, tem um benefício como o LOAS?

Não posso dizer para você que mudou para os nossos. Porque mesmo quando eles não tinham o LOAS, não tinham dinheiro, a empresa em que eu trabalho sempre deu esse suporte, então tendo o LOAS ou não tendo, a gente fazia a mesma coisa.

Sempre foi feito a mesma coisa, por exemplo, digamos que a L. não tem LOAS, por que uma outra pessoa ficou com o LOAS dela, por que antigamente, antes dela vir para cá, a pessoa ficou com a curatela, não trouxe dinheiro, não trouxe nada e a menina não tem o LOAS.

Mas, isso não quer dizer para você que ela não tenha tudo que as outras tem, por que as outras tem o LOAS e a empresa em que eu trabalho supre o que ela não tem. Se ela quer um moletom novo, ela tem, se ela estiver precisando de tênis, ela tem, se ela quer comer uma pizza, ela come, se ela quer passear, ela passeia, se ela quer ir à feira, ela vai. Então, nós trabalhamos dessa forma. Se não tem, eles suprem.

É assim: a M. quer comprar uma pizza, uma das meninas que moram aqui, quer comprar uma pizza com o dinheiro dela, digamos que ela queira comprar com o dinheiro dela, faz questão dela ir lá com o dinheiro dela e pagar a pizza, porque eles se sentem bem, é como a gente quando pega o dinheiro da gente que a gente recebe salário e faz uma compra. Compra uma roupa nova com satisfação. Então, a M. está com vontade de comer pizza, o que a M. faz? Compra a pizza e traz e divide com todos. É a satisfação dela, se diverte com o dinheiro dela. Ela comprou uma pizza e dividiu com as colegas,

entendeu?

O LOAS ajudou muito lógico, porque é delas, elas podem ficar com ele e fazer o que quiserem dentro da normalidade de uma casa. Mas, eu não vi muita diferença, porque a gente sempre teve de tudo. Era do mesmo jeito, eles iam na praia, na cidade. Mesmo dentro do hospital, eles tinham tudo.

Eles iam mais na praia do que agora na pandemia, eles iam, tinha passeio. Eles iam ao clube. Tinha carnaval de rua, tinha churrasco dentro do hospital, festa junina, festa da primavera, festa da Páscoa, festa de Natal.

Descia até helicóptero sabe. Presente eles sempre tiveram todo natal. Eu mesmo tenho amizade com uma empresa de ônibus de Sorocaba, amigos motoristas, e todo o Natal eles presenteiam os moradores.

Eu faço uma lista. Pergunto para eles, elas, o que você quer ganhar de presente de Natal? Eles falam o que eles querem eu coloco na lista o tamanho, a cor que ele quer e ele ganha no Natal.

Não que eles não possam comprar e que a empresa não possa dar. A satisfação de ver um Papai Noel de fora, um presente de fora, é uma outra coisa, é como ganhar o presente de um amigo. A satisfação é essa.

Eu também faço festa para eles no Natal, na Páscoa. A gente aluga uma chácara, aluga ônibus, aluga van, coloca todos, não fica um, nenhum, coloca todos dentro do ônibus ou da van, os colaboradores e a gente faz a festa o dia todo, churrasco, maionese, farofa, vinagrete, carne à vontade. Depois tem um bolo do aniversariante do mês e depois tem a entrega dos presentes. Depois tem sorvete no final.

Eu tenho fotos eu te mostro, está tudo registrado. É desse jeito que a gente trabalha. Como se fossem filhos da gente e tudo que a gente faz na nossa casa, lógico dependendo da situação, a gente faz para eles.

A gente tem uma vida quase normal. A única coisa que diferencia um morador psiquiátrico da gente é que ele tem um probleminha. Ele tem uma doença psicológica e toma medicação, só que eles bem cuidados, eles são normais. Tratado normal, uma pessoa comum como outra qualquer, isso deveria ser com todo mundo, as pessoas deveriam ver o doente mental, psiquiátrico, como queira, com esse olhar, olhar de irmão, olhar de afeto, olhar de filho, porque aí a gente teria bem menos problema no mundo.

A senhora diz que ao longo desses mais de trinta anos trabalhando na saúde

mental desenvolveu um grande vínculo com os usuários e usuárias do serviço. O que representa esse vínculo para saúde mental?

O vínculo é muito importante. Por que o morador se sente acolhido. Por exemplo, ele fica doente e você está ali para cuidar dele, para você fazer tudo que ele precisa. Os auxiliares fazendo a parte da higiene, da medicação, o cuidador cuidando das coisas dele, da casa, da alimentação, eu me sinto assim, porque eu sou tipo uma mãe, se você conversar com eles e perguntar o que eu sou para eles, eles vão dizer para você.

Quem é mais velho vai dizer que eles são minha mãe e eu sou filha deles. Quem é mais novo vai falar que eu sou a mãe deles. Então é um amor tão grande que a gente tem neles que não tem nem como descrever, é como de uma mãe para um filho.

Para você ter uma ideia, muitas vezes, a gente trabalha muito, das oito horas da manhã até as cinco da tarde, chega o final de semana é aquela correria, você dá mais atenção para eles, porque você passa muito mais tempo com eles na sua vida do que em sua própria casa com seus próprios filhos.

Então, você tem mais tempo de dar carinho, de dar amor, de ficar junto, de ouvir o que ele tem para dizer. Por que o importante do ser humano é você escutar o que ele tem para falar, porque às vezes uma palavra ajuda mais que uma outra coisa, aí você pára para ouvir o que ele está dizendo, aí você vai entender. Às vezes ele está falando alguma coisa para você que você não percebeu.

Vou contar uma história para você. Outro dia, tem uma moradora, as auxiliares me ligaram e disseram assim: olha tem uma moradora nossa que nunca ficou doente, estranho, eu acho que ela está doente, mas parece que ela não tem nada. Não tem febre. Ela está perfeita. Mas ela se recusa a levantar da cama. Ela estava lá. Falavam com ela e ela não queria conversa.

E aí eles ficaram todos assustados achando que ela estava doente. Imediatamente eu vim da minha casa e fui lá. Cheguei lá e conversei com ela, falei para ela assim: por que você está assim brava? Você está doente? O que está doendo em você?

Ela virou para mim e falou: eu não estou doente, eu não tenho nada, só quero trocar o meu chinelo. Eu quero um chinelo novo, apenas isso. Dei a mão para ela, ela desceu da cama, vamos sentar lá fora então que eu vou comprar um chinelo, eu tinha comprado um chinelo para ela novo, um mês antes, ela já tinha chinelo novo. Peguei na mão dela, levei ela lá fora.

E falei: olha, vamos ficar aqui sentadinhas tomando um sol que eu vou lá buscar o chinelo para você e na mesma hora, isso foi assim da forma que estou contando, ela se levantou. Fui lá, comprei o chinelo para ela, desses modernos que estão usando agora, da Minnie, do Mickey, bem colorido, coloquei no pé dela, guardei o dela para um banho, para alguma coisa, porque estava novo.

Pensa, não tinha nada. Nada. Você tem que ter a visão, você tem que chegar e conversar com ele. Não é para olhar para ele deitado, você vai achar que está doente mesmo. Vou pegar ele e levar no médico, está doente.

O morador ou o paciente psiquiátrico, como queira, coisa que mais ajuda ele a sair do quadro depressivo, a sair da doença dele é a atenção, o amor, o olhar que você tem para ele, o tempo, você tem que ter um tempo para sentar e conversar e isso é o mais importante, depois lógico, um conjunto de coisas, mas o mais importante para ele é isso e quando se interrompe um vínculo agrava-se a situação.

Eles perdem muito. Quando eles têm um vínculo muito forte, eles ficam muito tristes, uns não comem, eu conheço casos em que a pessoa morre, que o paciente morre, isso em um período longo é lógico, mas tem a troca de pessoas, a rotatividade, existe uma rotatividade, mas na psiquiatria não é grande, por que tanto a pessoa gosta deles ou eles gostam da pessoa que é difícil sair, muito difícil para sair uma pessoa da psiquiatria.

É muito difícil, só se a pessoa tiver um problema muito sério para sair, nossos colaboradores tem trinta (30), quarenta (40) anos de serviço, esses que tem vínculo com eles, sofrem muito mesmo, porque já não tem a família, já não tem ninguém, aí quando eles encontram alguém que substitui todo aquele lado da família a pessoa sai. Ele se recupera de novo, quando recupera leva um bom tempo, mas eles ficam bem mal.

Nós mesmos nós temos o vínculo com os médicos do CAPS, o psiquiatra é doutor tal, se ele tiver que passar em outro psiquiatra, pode ser excelente médico, só que ele gosta mais do outro, até o remédio pode ser o mesmo, mas o que um passou e o que o outro passou ele vai achar que não é, porque ele gosta do doutor Fulano, o outro gosta do ciclano. Doutor Ciclano é ótimo, um amor de pessoa, ele vai achar que se passar no doutor Fulano e não passar no Ciclano, que não é a mesma coisa.

O vínculo é muito importante. Eu vou dizer para você que a cura de uma pessoa está mais ligada ao afeto do que qualquer outra coisa, isso eu posso dizer para você, porque é muito importante mesmo e é por isso que eu falo para você que o mundo precisa mudar, quem está lá em cima, as pessoas que são mais estudadas e tiveram a oportunidade de estudar, de querer entender, que façam alguma coisa melhor para quem precisa, porque

nós o que vamos fazer? Nós não podemos fazer nada para melhorar.

Não temos como, mas as pessoas que são mais acima da gente podem fazer muito e com muito pouco. Você pode mudar a história humana com pouco, pouca coisa, não precisa milhões, bilhões e trilhões, é pouca coisa, apenas se doar ao próximo, se doar mais às pessoas, aí você consegue resolver. Mas se você for trabalhar na psiquiatria, ou em qualquer outro lugar, e pensar que no fim do mês você vai receber o seu salário e pronto e acabou e é por isso que você está ali, nunca vai ter mudança. Porque isso não muda ninguém. Esse é meu ponto de vista.

A senhora já respondeu alguma entrevista como essa?

Nunca participei, nunca fui convidada. Nunca tive a oportunidade de falar o que estou falando para você hoje e isso é muito importante. Eu achei de uma importância fundamental. Ao meu ver, porque você pode expressar o que você sente para alguém que vai elaborar isso numa faculdade. Eu não sei onde você vai colocar isso. Eu sei que vai ser em algum lugar que você vai fazer uma apresentação dessa nossa conversa.

Mas isso é muito importante, eu acho que deveria ter mais, porque assim, quem sabe, muitas pessoas falando, falando, falando, falando, as faculdades ouvindo, os mestres ouvindo, os professores ouvindo, os reitores ouvindo e se toda população parasse para ouvir, talvez conseguiremos alguma coisa. É de grande importância. Me senti muito feliz. Estou disposta. A qualquer momento estarei aqui.

Gravador desligado.

Já na tarde do dia 7 de abril de 2022, encontrei-me com dois usuários do CAPS em que realizo minhas pesquisas, eles são egressos de antigos hospitais psiquiátricos da cidade e hoje vivem em Residências Terapêuticas e foram indicados por Jussara que também colabora com esse trabalho. Pelas dificuldades de fala que ambos apresentavam as narrativas são entrecortadas por diálogos que facilitaram nossa comunicação e mais uma vez o roteiro de questões idealizado por mim teve de ser deixado de lado para ouvir as histórias de dois homens que viveram a experiência da mudança no sistema psiquiátrico e hoje dependem dele para viver.

Gravador ligado...

Boa tarde!

Boa tarde.

Qual é o nome do senhor e sua idade?

Airton. Oitenta (80) anos.

O senhor parece muito mais jovem.

Nada, estou de cabelo branco já.

Onde o senhor nasceu?

Em Sarapuí.

Como foi sua infância? O senhor se lembra de alguma coisa?

Era boa. Lembro. Eu estudei na escola.

O que o senhor aprendeu na escola? Completou os estudos?

Aprendi a escrever. Fui até o segundo ano. Segundo ano.

Nessa época morava com sua família?

Não. Morava sozinho.

Sozinho?

Morava com uma mulher lá. Esqueci o nome dela. Minha mãe.

Faz quanto tempo que o senhor não a vê?

Faz tempo.

Lembra quantos anos você tinha quando viu sua família pela última vez?

Tinha uns quinze (15) anos.

Dos quinze anos para cá o senhor reencontrou sua família?

Não encontrei mais. Porque vim internado no Hospital Psiquiátrico não encontrei mais minha família.

O senhor foi internado com quantos anos?

Com vinte e dois (22) anos

Já trabalhou alguma vez?

Trabalhei na fábrica de cimento Votoran. Na obra do Sesi. Na prefeitura municipal. Trabalhei de servente de pedreiro e trabalhei em fábrica. Trabalhei em obra, construção, de carpinteiro amador.

Com quem aprendeu essas profissões?

Apreendi sozinho. Ia lá e fazia o trabalho.

Quando o senhor teve os primeiros sintomas como foi trabalhar?

Quando eu senti mal já não dava para trabalhar mais. Fui parando.

O que o senhor fazia na prefeitura?

Fazia concreto. Fazia concreto e baldeava. Às vezes outros caras faziam concreto e eu baldeava. Uma hora eu fazia concreto e eles baldeavam. Prefeitura de Votorantim.

O senhor recebia pelo trabalho?

Recebia.

Trabalhou até quantos anos?

Trabalhei até os 20 anos.

O senhor vive em Sorocaba há quanto tempo?

Faz um tempão já.

E como o senhor chegou no Hospital Psiquiátrico?

Eu moro no albergue masculino. Quando eu fui internado me trouxeram do albergue para o Hospital.

O senhor ficou morando no hospital?

Fiquei morando lá, depois fui para chácara. Primeiro eu fui para um Hospital depois para o outro aqui em baixo. De lá passei para o albergue masculino.

Mesmo depois que você veio para o Hospital em Sorocaba continuou trabalhando?

Não. Não continuei. Depois que eu entrei no hospital, parei de trabalhar. Trabalhei um dia lá cortando fraldas. Mas trabalhei um dia e pouco só.

Por quê? O que aconteceu?

Estava mexendo com a minha cabeça, aí eu parei de ir, de cortar fralda.

Como foi para o senhor a experiência de voltar a trabalhar?

Não foi boa. Eles me mandaram embora da fábrica. Mandaram eu ir embora do prédio. Eu não estava aguentando trabalhar mais.

Desde que o senhor veio para cá teve alguma experiência de trabalho fora do Hospital?

Não tive. Parei.

O senhor já fez aqui no CAPS alguma atividade de artesanato ou de geração de renda?

Não fiz.

O senhor recebe benefícios como o LOAS?

Não recebo. A enfermeira recebe para mim.

Mas o senhor tem o LOAS?

Não tenho.

Por que o senhor não tem?

Não tenho.

E o “De Volta para Casa”, o senhor recebe?

Não recebo.

O senhor possui alguma fonte de renda?

Tem dinheiro com a enfermeira. Paga o que eu como no albergue masculino. A enfermeira recebe e paga as coisas para mim.

O senhor chegou a procurar trabalho? O senhor procura por trabalho atualmente?

Não estou procurando mais. Quando eu morava no Votocel eu procurava todo dia. Eu trabalhava no lugar e me mandaram embora. Aí eu recebi o fundo de garantia. Daí eu fui procurar outro emprego. Daí desse emprego fui procurar outro emprego.

O senhor trabalhou registrado?

Sim, trabalhei fichado na carteira.

Nessa época enfrentou algum tipo de preconceito na procura por trabalho?

Não, normal. Eu procurava emprego e no lugar que tinha emprego arrumava para mim.

Como é seu dia hoje?

Eu passo mais deitado. Meu trabalho em casa, dentro do albergue, é estender roupa no varal, dobrar a roupa também, guardar.

E a sua família o senhor encontra?

Minha família está no Votocel, bairro de Votorantim. Não encontro. Não dá para mim sair daqui e encontrar com eles.

Eles vem visitar o senhor de vez em quando?

Quando eu estava no hospital eles me visitavam de vez em quando. Uma vez aí me visitaram.

O senhor usa algum medicamento atualmente?

Faço uso de medicamento.

E como o senhor se sente?

Tudo bem.

Nesse momento agradei ao Senhor Airton pela entrevista e logo comecei uma conversa com Mário que me contou um pouco mais sobre sua trajetória e suas experiências de trabalho.

Gravador ligado...

Qual o seu nome e sua idade?

Eu tenho 52 anos. Meu nome é Mário.

Onde o senhor nasceu?

Lá no Paraná, em Cornélio Procópio.

Como foi sua infância? O senhor se lembra como era?

O que eu lembro mesmo era o tempo em que eu trabalhava e do tempo que morava com a minha mãe lá no Jaguaré. Fazer carroto nas feiras, brincava no lixão, aí dormia lá e no outro dia cedo levava o carrinho cheio de coisas para casa.

Minha mãe falava “você não trabalha, mas pelo menos traz as coisas para casa,

para nós”. Na feira que eu fazia carreto, eu comprava as coisinhas e levava para casa.

Como é essa história do lixão?

O lixão que tinha lá tinha uma represa perto e a gente ia lá para nadar. Tinha uma represa e a gente ia nadar lá.

O senhor pôde estudar?

Eu não. Eu estava estudando uma vez e minha mãe me tirou e me levou para o Paraná. Eu fiquei no Paraná acho que uns oito (08) anos. Minha mãe depois foi me buscar, fiquei um tempo também com ela.

Quando eu estava estudando eu era pequeno, novo. Minha mãe pegou eu quando eu era novo, estava estudando lá no Jardim Tereza. Minha mãe me pegou e disse: “nós vamos para o Paraná”. Aí eu fui para o Paraná, ela me levou e levou as minhas irmãs. E deixou a gente dezesseis (16) anos para lá.

No Paraná o senhor trabalhava?

No Paraná eu fiquei lá trabalhando com meu tio. Eu e meu primo lá no Paraná. Quando também era tempo de colheita de soja eu ajudava descarregar caminhão lá no barracão. Caminhão de soja para carregar e também eu descarregava. Isso tudo quando você era moleque.

Desde lá, você nunca mais estudou?

Não.

E como o senhor veio para o Estado de São Paulo?

Minha mãe me trouxe para cá, para São Paulo, quando eu era novo eu e a minha irmã. Depois ela ficou trabalhando em São Paulo e nós ficávamos em casa. Minha mãe

trabalhava e eu ficava em casa com minha irmã. Todo dia ela trazia coisas para a gente comer.

Quando não tinha eu ia na feira fazer carroto, fazer carrinho de rolimã. Um tempo a gente morou no Jaguaré e lá mesmo eu ia para a feira fazer carroto. Quando era cedo eu fazia carroto. Trazia o carrinho cheio de coisas para casa. Tinha uns 14 anos.

Depois disso, continuou a trabalhar?

Sim. Fiquei um tempo na fábrica de cimento do Tonho. Depois a minha mãe morreu e eu fiquei doente. Depois eu saí de lá e fiquei morando com a minha irmã e trabalhando de servente de pedreiro. Um dia eu estava lá no Boa Vista em São Paulo e a ambulância me pegou lá, disse que eu tinha passado mal e estava ruim e me levaram para o hospital.

Até falei para eles me levarem lá em casa para eu avisar a minha irmã. Pode ficar tranquilo, a gente vai avisar. Avisaram nada. Me trouxeram aqui para Sorocaba. Me trouxeram para Sorocaba para o Hospital e demorou oito (08) anos para minha irmã me encontrar.

Quando o senhor era servente de pedreiro o que você fazia?

Eu trabalhava de servente. Fazia massa.

Com quem aprendeu essa profissão?

Quando eu era pequeno tinha um homem que era pedreiro e ia trabalhar com ele de servente, fazer massa para ele. No fim de semana ele pagava para mim. Naquele tempo eu era novo ainda. Eu era de menor nesse tempo.

Quando eu vim para cá para o hospital eu estava trabalhando na fábrica de bloco do Tonho e quando minha mãe morreu eu fiquei muito mal. Todos esses problemas que tá dando, aí eu saí. Depois que ela faleceu ainda fiquei um tempo. Depois de eu sair eu tava passando mal. Eu saí lá de Mauá, da fábrica de blocos do Tonho.

Até quando eu quis sair, ele disse não sai não, você trabalha bem. Ele não queria que eu saísse e eu falei não dá. Estou com problema, agora não tem jeito. Mas eu saí.

O que o senhor fazia lá?

Lá eu fazia bloco, laje, massa. Fazia entrega para ele no caminhão, ia buscar cimento para fazer os blocos e as lajes.

O senhor recebia por essas atividades?

Sim, eu recebia na fábrica também. Quando eu trabalhava na fábrica de bloco naquele tempo eu ganhava um salário dinheiro antigo. Trabalhava lá por mês e tudo. Era salariado. Tive carteira de registro, faz muito tempo já. Uma carteira que eu fiquei pouco tempo trabalhando com ela registrado na fábrica de blocos. A única vez que eu trabalhei registrado foi na fábrica de blocos.

Quando eu trabalhei eu era de menor ainda. Ele gostava do serviço que eu fazia no bloco. Fazer bloco certo, laje, tudo certo. Eu fazia massa, bloco, concreto, eu fazia tudo certinho e fazia entrega para ele também.

Só quem trabalhava mesmo era minha mãe e depois ela morreu e aí fica aí com a minha irmã. Minha irmã cuidou de mim. A mais velha.

Quando teve as primeiras crises você continuou trabalhando?

Eu não trabalhei mais. Porque essas coisas assim, eu fiquei muito ruim. Não dava para trabalhar com esse negócio. Trabalhar não tem jeito, essas coisas não tem jeito. Trabalhar com esses problemas da gente é ruim, por isso é ruim trabalhar. É que dá esse negócio de crise na gente, ataque essas coisas e trabalhar não tinha jeito. Por isso. Aí eu parei.

E aqui em Sorocaba, como foi sua vida?

Aqui em Sorocaba eu não fiz nada. Eu fiquei o tempo todo no hospital. Aí depois a única coisa que eu fiz foi na varrição e um tempo também na chácara. Trabalhei na chácara também. Depois da Chácara eu vim e comecei a trabalhar na varrição.

O senhor entrou no hospital com quantos anos?

Eu tinha 22 anos quando entrei no hospital.

Então desde os 22 anos no hospital, o senhor teve apenas duas experiências de trabalho, uma na chácara e outra na varrição?

Lá na chácara eu trabalhava de carpir. Na varrição nós trabalhávamos de varrer a rua até às onze (11) horas da manhã. Eu, L., D., nós íamos varrer até às onze (11) horas. Depois que terminava a varrição a gente ia para casa descansar e no outro dia trabalhava de novo.

E o senhor recebia alguma coisa por isso?

Quando eu trabalhava o mês inteiro, eu ganhava 85 (oitenta e cinco) por mês. Quando eu comecei eu ganhava 45 (quarenta e cinco). Aí depois foi aumentando para sessenta (60). Aí depois eu comecei a trabalhar de líder e começou a pagar oitenta e cinco (85) para mim.

O senhor lembra quantos anos tinha nessa época?

Eu tinha uns trinta (30) anos. Na chácara a gente trabalhava de carpir perto do predinho. Depois quando não tinha o que carpir, catava sujeirinha.

O senhor ficou no hospital mais de 20 anos?

Quando eu fui para o hospital tudo demorou 8 anos para minha irmã me encontrar. Ela foi, morou na Bahia um tempo, depois voltou para São Paulo de novo e aí vieram aqui e me encontraram. Minha irmã mais velha e minha irmã M. Me encontraram no hospital.

Como foi o dia em que o senhor entrou no hospital?

Eles me trouxeram de lá da Raposa Tavares em São Paulo. Me deixaram dois dias lá no hospital e depois me trouxeram para cá. Trouxe eu e mais três. Só eu fiquei e os outros já foram embora e F. já morreu.

Depois disso o senhor saiu?

Foi. Fui morar na residência.

Faz quanto tempo isso?

Já faz bastante.

Depois da varrição e da Chácara você teve alguma experiência de trabalho?

Não! Essas foram as minhas únicas experiências.

Antes da residência terapêutica o senhor vivia onde?

Eu vivia dentro do Hospital. Eu vivia lá no Hospital.

O senhor hoje procura trabalho?

Por enquanto eu não procuro não.

Por quê?

Eu estou fazendo tratamento.

Trabalhar para o senhor fazia bem? Como você se sentia?

Eu me sentia bem e tudo.

Depois que o senhor começou a frequentar o CAPS participou de alguma iniciativa de trabalho ou geração de renda?

Essas coisas não.

Como o senhor vive hoje? Tem alguma renda?

Eu só recebo aposentadoria estou aposentado, e o De Volta para Casa.

Então, o senhor se aposentou e tem outro benefício?

Aposentei pelo INSS. LOAS.

Onde você mora tem atividades voltadas ao trabalho.

Não.

Você tem colegas que estão procurando trabalho ou estão trabalhando?

Eu não conheço mais não.

Você tem planos para o futuro?

É que com esses problemas que eu tenho, eu tenho esse negócio de crise, essas coisas. Essa doença que eu tenho quando ataca tem que tomar o remédio. Quando dá essas crises na gente tem que tomar o remédio direitinho.

As crises o impedem de trabalhar?

Tem em casa de vez em quando, mas faz tempo que não deu mais nada. Estou tomando o remedinho certinho, no horário certo.

Como é seu dia?

Quando eu fico em casa eu ainda dou uma limpada na casa cedo, passo pano na casa. Limpar o terreiro lá fora tudo. Limpar a frente da casa. É o que a gente faz onde a

gente mora.

Frequenta o comércio da cidade? Compra alguma coisa?

Veze em quando eu só vou no mercado comprar alguma coisinha para gente comer, água de coco para tomar, essas coisinhas, tudo que é bom para o diabetes, tomar água de coco. Por isso eu sempre compro no mercado para tomar.

Às vezes também quando vou na casa da minha amiga, ela toma e eu levo para ela uma aguinha de coco para ela tomar lá.

Se hoje você tivesse uma oportunidade voltaria a trabalhar?

Eu nem sei se é muito bom esse negócio para mim.

Por quê?

Trabalhar do quê? Do que for? De servente de pedreiro? Servente de pedreiro trabalhei já, trabalhei bastante já.

E como é sua experiência com os medicamentos que precisa tomar?

Tomo remédio todos os dias, tomo duas vezes, tomo cedo e à noite. Ele me ajuda a viver no dia a dia tranquilo. Faz bem para mim. Que se a gente fica sem tomar, faz mal para gente, a gente passa mal. Tem que tomar o remédio sempre.

Depois que o senhor veio para cá, você teve contato com sua família?

Demorou oito anos para minha irmã me encontrar, até minha irmã me encontrarem eu fiquei sumido oito (08) anos. Eu ficava pensando em tudo. Eu falava: deixa eu avisar minha irmã que eu tô no hospital e eles não deixavam. No dia que eu fui pego na Raposo Tavares, pedi para ele me levar lá em casa, no jardim Tereza. Leva eu em casa. Eu não posso sair sozinho.

Levaram nada, me trouxeram aqui para o hospital para Sorocaba e demorou oito anos para minha irmã me encontrar. Chegaram até chorar no dia que me encontraram. Aí

passou um tempo, ela foi embora, e da outra vez veio meu cunhado com a minha irmã. Todo ano ele vinha me buscar para eu ir lá passear em São Paulo. Agora já tem um ano e pouco que ele morreu, meu cunhado.

Só minha irmã agora que está solteira e a outra que é viúva. Minha família, eu estou passeando na casa da minha irmã lá em São Paulo. Eu encontro com a minha irmã. De vez em quando eu vou lá passear.

Tenho sempre contato vou passear lá. Agora o meu sobrinho vem buscar. É capaz que agora domingo ele venha me buscar para me levar de carro. Porque um ano eu fui achado na Raposo, não posso mais sair.

Eu ia sozinho, só que agora os ônibus não estão passando mais, mudou tudo, não passa mais. Eu ia sozinho. Sempre comprava passagem na rodoviária até o Shopping Raposo, pegava o ônibus e descia lá certinho em São Paulo, isso tudo com meu dinheiro mesmo.

Agora não sei mais por onde passa, por onde vai, se eu chegar a ir nesses ônibus é capaz de eu até me perder.

Já enfrentou algum tipo de preconceito?

Não! Nunca. Isso não! Sempre respeitado. Até quando estava no hospital as meninas eram todas boazinhas. Até quando era no outro CAPS perto do shopping. A mulher falou assim: esse é bonzinho. A mulher falou. A outra monitora que trabalhava com a gente falou: esse é legal. Agora ela não trabalha mais. O marido dela que falou isso lá no shopping. Falou bem e tudo.

O senhor já participou de alguma entrevista em que pôde contar um pouco dessa sua história?

Isso não. Nunca participei. Primeira vez.

Agradei aos dois e encerramos ali aquela conversa, pois, percebi que ambos já se mostravam impacientes com tantas perguntas e de posse de um leque de informações sobre o tema decidi que era hora de retomar a escrita dessa tese e partir para o trabalho reflexivo final, entrecruzando autores, dados, números, narrativas e essas entrevistas

temáticas que devem contribuir para enumerar as regularidades presentes no interior dessa realidade e no decurso dessa história, bem como, para listar as contradições entre a legislação e as práticas sociais, desvelando uma memória social que nos coloca à refletir sobre possíveis horizontes de futuro.

Gravador desligado.

Considerações Finais: *Horizontes de futuro*

“A prática é uma coisa bem diferente. Só no papel é muito bonito.” (Jussara, 55 anos, trabalhadora da saúde mental há mais de trinta anos em Sorocaba - SP, julho de 2022).

Ecos do passado insistem em ressoar e ao ouvirmos com clareza as testemunhas oculares dessa história oral, viva, vista de baixo, do tempo presente, imediata e regional em torno do binômio trabalho e renda, podemos enumerar as regularidades encontradas em seu decurso e no interior dessa realidade, além de listar as duras contradições entre a legislação e a práxis social, entre o papel e a prática, como distingue Jussara.

Essa história-tese não pretende o conhecimento da totalidade ou da realidade local, mas apresenta um conjunto de entrevistas temáticas sobre o tema trabalho e renda a partir da perspectiva de quem trabalha e de quem utiliza os CAPS, cujas narrativas com suas próprias palavras compõem uma memória social.

O estudo dessa memória nos permite refletir sobre as diferentes experiências de quem enfrenta um intenso sofrimento psíquico, necessita de cuidados e atenção em um Centro de Atenção Psicossocial, as brechas que encontram para obter renda e sobreviver e seus projetos de vida, forma de captar os elementos sensíveis ao tempo presente sobre os resultados da Política Nacional de Saúde Mental, em vigor no país há pouco mais de vinte anos.

Afinal essa investigação se desenvolve em um momento de retrocessos e contrarreformas, de transição, de mudanças, de conflitos e de urgências, levantando a discussão sobre a temática trabalho e renda nos CAPS, incorporando os estudos regionais sobre esse novo modelo de atenção e cuidados que ainda carece de avaliações sobre seu funcionamento e resultados para que possa ser cada vez mais aprimorado.

Ademais, um olhar atento para essas regularidades e contradições pode auxiliar governos, gestores e trabalhadores da saúde mental na construção de ações afirmativas voltadas ao trabalho e à geração de renda nos CAPS, junto à própria comunidade e à outros setores governamentais, vislumbrando horizontes de futuro libertadores que garantam o respeito aos direitos adquiridos em lei à quem necessitar desse serviço público.

Diante do assustador crescimento do desemprego, da pobreza e do adoecimento mental no mundo e no Brasil é que se destacam persistentes regularidades como a 1.

carência de serviços públicos de qualidade e de assistência social, 2. as difíceis relações familiares, 3. a falta de acesso aos serviços de saúde mental especializados, 4. o número crescente de novos usuários, 5. a exclusão dos sistemas de proteção e das redes de sociabilidade, 6. a exposição ao desemprego, à ausência de renda, à violência e à pobreza, 7. o trabalho formal como fonte de dor e sofrimento.

Há também 8. as poucas oportunidades educacionais e profissionais, 9. a permanência em zonas de vulnerabilidade e desfiliação, 10. o isolamento em bairros periféricos, 11. o peso dos estigmas e dos preconceitos, 12. o trabalho como projeto de vida e de futuro, 13. as importantes mudanças e avanços no sistema, 14. o rompimento de vínculos afetivos e 15. o tema das drogas tornam-se mais evidentes, como demonstram autores, pesquisas e estatísticas e comprovam as narrativas daqueles que vivem e convivem com essa realidade.

Ao passo que, somadas à violação dos direitos humanos e constitucionais, das normas previstas pelo SUS e pela própria legislação da área, excludentes contradições entre os documentos oficiais e as práticas sociais são aqui escancaradas, tais como a) os cruéis atos normativos e retrocessos que contrariam essas mesmas leis, b) a urgência de investimentos e de recursos humanos, c) a deficiência dos serviços que compõem a frágil RAPS, d) a superlotação dos Centros, e) a falta de parcerias com os recursos da comunidade e f) a escassez de ações intersetoriais.

Acrescenta-se à isso a g) inexistência de atividades voltadas ao trabalho e à geração de renda nos CAPS, h) o descompromisso do poder público em promover e apoiar novas alternativas ao emprego formal, i) a ausência de ações afirmativas nesse campo, j) a carência de Centros de Convivência e Cooperativa – CECCOs, k) a impossibilidade de obtenção de benefícios sociais, l) a insuficiência de dados e estudos sobre os resultados alcançados até agora, m) o tratamento baseado em altas doses de medicamentos, n) a falta de medicação e o) o desmonte de editais e projetos voltados ao trabalho e à geração de renda.

Retomo que para transformar significativamente essa realidade, reduzir o sofrimento e preservar a dignidade das comunidades é preciso investir em ações que protejam, previnam e valorizem a saúde mental, por meio de serviços acessíveis e de qualidade, garantindo a todos o pleno exercício dos direitos humanos, livres do estigma e da discriminação.

Para tanto, se faz necessário “um esforço renovado em todos os países, sejam eles ricos ou pobres, estáveis ou frágeis, afetados por emergências ou não”, assevera o doutor

Tedros Adhanom Ghebreyesus, Diretor Geral da OMS, logo na abertura de um amplo Relatório publicado recentemente pela instituição e que apresenta um quadro atualizado dos últimos anos. O relatório inclui narrativas e estudos que calculam os impactos da pandemia sobre a saúde mental em escala global, como depõe Ezenam Abra Drah, uma jovem que vive em Gana, na África (WHO, 2022, p. 6 - 29):

Eu vivo com transtorno bipolar em Gana, onde a pandemia de COVID-19 tem sido um estressor sem precedentes para a saúde mental de muitos indivíduos. Tenho muitos amigos que tiveram recaídas em sua saúde mental por causa do aumento dos níveis de medo e pânico. Era quase como se o medo fosse contagioso. Em Gana, muitas pessoas – incluindo profissionais de saúde, pessoas com COVID-19, crianças, mulheres, jovens e idosos – estão passando por sofrimento psicológico e sintomas de saúde mental como resultado da pandemia.

Nesse sentido, segundo a OMS (2022, p. 29 - 31), “décadas de negligência crônica e subinvestimento significavam que havia acesso limitado a cuidados de saúde mental de qualidade e acessíveis em muitos países” o que se agravou com a pandemia do COVID-19 que tornou-se uma das maiores crises globais das últimas gerações e suas repercussões são graves e de longo alcance para os sistemas de saúde e sociedades.

Período em que milhares morreram ou perderam seus meios de subsistência, crianças e jovens deixaram de ir à escola e de socializar, empresas faliram, milhões caíram para baixo da linha da pobreza, os serviços de saúde mental foram bruscamente interrompidos e as medidas sociais impediram ainda mais as pessoas de acessá-los.

Tudo isso gerou inúmeros estressores como o medo da infecção e da morte, o luto angustiante pelos ritos funerários suspensos, regras de distanciamento e isolamento social, relacionamentos familiares afetados e agressões contra a mulher e contra as crianças.

Houve também uma “infodemia” que espalhou informações falsas com o potencial de prejudicar a saúde mental de um grande número de pessoas, garante o documento e constataria Silvana, em fins de 2021:

[...] de um ano para cá voltou com tudo, muito mais por conta das pessoas terem perdido o trabalho, ficado muito tempo dentro de casa, algumas pessoas que as vezes faziam tratamento no posto de saúde pararam de fazer por conta que não está saindo e não foi atrás de medicação, aí parou o tratamento, daí os sintomas voltaram com mais força.

Ademais, os transtornos psiquiátricos estão entre as principais causas de afastamento do trabalho, figurando como grandes fatores de morbidez e morte prematura, tanto em países desenvolvidos, quanto em desenvolvimento, geralmente desequipados e despreparados para prestar a atenção e os cuidados necessários à população, como denota Ballarin, et al. (2011, p. 65):

Ao analisar a trajetória de vida de alguns usuários de serviços de saúde mental após terem vivenciado as primeiras crises psiquiátricas, constatou-se a ocorrência de transformações no que se refere às condições profissionais: elas consistiram fundamentalmente na saída do mercado de trabalho e na impossibilidade de retorno a ele.

Todavia reafirmo que essa pesquisa quer apenas contribuir para a valorização da saúde mental e nela não atravesso as fronteiras entre a ciência histórica e a Psiquiatria ou a Psicologia, visando oferecer somente reflexões acerca dos efeitos da política pública e expor as as regularidades no decurso dessa história e as práticas sociais que contrariam essa legislação. Tão pouco opino sobre qualquer forma de terapêutica ou qualquer tipo de patologia, o que seria impróprio e irresponsável para um trabalho como esse.

Por sua vez, a OMS estima que uma em cada quatro pessoas precisará ao longo da vida de algum serviço no setor, que uma em cada oito viva atualmente sob alguma condição de saúde mental, que 71% delas não receba nenhum tipo de tratamento e que os transtornos mentais são hoje a principal causa de incapacidade entre aqueles indivíduos em condições mais graves.

Esses ainda viveriam entre dez e vinte anos a menos que os demais, geralmente devido a doenças físicas que poderiam ser evitadas, como percebe Darcy quanto à 1. carência de serviços públicos de qualidade e de assistência social: *“Dor no peito não é psiquiatria não. O paciente estava infartando. Paciente de psiquiatria, de CAPS, tem outras enfermidades. As pessoas, às vezes, precisam entender isso, é muito cultural isso também”*, o que também é evidente para o CREMESP (2010, p. 17) que critica:

Curiosamente, sempre se questionou os serviços ambulatoriais, mas nunca se produziu uma reflexão substantiva sobre o que foi efetivamente investido na qualificação das equipes com vistas à mudança de cultura ou mentalidade. Muito menos foram criados mecanismos de avaliação contínua do extra-hospitalar. Parece que a implantação de serviços, concebidos como mais éticos, mais justos e mais integrais, asseguraria, por si só, a saúde do sistema.

Cultura e práticas que mantêm essas pessoas em condição de vulnerabilidade, marginalizadas e à beira da morte como ela ainda nos revela: *“a gente aciona o CRI, aciona o Ministério Público mas eu vejo que eles muitas vezes não tem aquela postura. Não muda muita coisa...”* e frisa: *“a família se isenta, o MP se isenta, o CRI se isenta, aí eu vejo com o município”*.

Já o grave depoimento de Mário, que afirma ter sido separado de sua família por mera falta de contato, destapa mais uma forma de descaso em sua assistência: *“Quando eu fui para o hospital tudo demorou oito anos para minha irmã me encontrar”*.

Com isso, Darcy acaba por aventar outra triste regularidade dessa história, as difíceis 2. relações familiares, cujas famílias são, em sua maioria, *“desestruturadas”*, como diz Jussara quando se trata de pessoas que passaram por longas internações e hoje vivem em Residências Terapêuticas, uma vez que, seus parentes nunca os procuram ou não tem condições de lhes abrigar e oferecer cuidados, como a trabalhadora constata: *“Nós temos aqui muitos moradores e a minoria, menos de 5%, tem família. Os demais podem até ter, mas nunca procuraram”*.

Tema que também é abordado por Silvana que nos diz: *“Em relação aos moradores de residências muitos deles não tinham contato há muitos anos, eles tinham perdido o contato familiar, por conta de ter virado morador e aí a família não procurava saber”*.

A esse testemunho a trabalhadora acrescenta que, ao longo das duas últimas décadas, trabalhou para a reconstrução desses vínculos, frente ao sonho de muitos desses moradores de voltarem *“para a casa da família e a gente conseguiu que vários deles fizessem esse retorno”*, bem como, daqueles desejosos de contatarem seus parentes, mas permanecerem em suas atuais moradias: *“quero ter contato com minha família, mas eu quero voltar a morar na minha casa, que era a residência terapêutica”*, parafraseou Silvana.

Para remediar a falta de condições financeiras de muitas dessas famílias é que auxílios como o “LOAS” e o “De volta para casa” se tornaram essenciais para o processo de desinstitucionalização psiquiátrica no país, pois, segundo Silvana, eles foram implantados para: *“ser um jeito de ajudar as famílias a levarem os moradores para casa na época em que começou a desospitalização, o familiar levaria o filho ou o parente que estivesse dentro do hospital para morar com ele com o benefício do LOAS e mais esse outro benefício”*, que hoje somariam aproximadamente hum mil e seiscientos reais (R\$ 1.600,00), ela salienta.

Porém, alguns egressos nem sempre se adaptam à nova vida, como diz Darcy: *“eu tenho um que está super bem com a família, um não, tenho três”*, já um quarto usuário não teria a mesma recepção: *“ele e a família não estão se dando bem não”*.

Entretanto ela nos revela que: *“No CAPS a maioria deles tem um vínculo com a família, alguns um pouco precário, outros nem tanto e a gente vê que quando a família está envolvida o trabalho é muito mais eficaz”*, referindo-se aos frequentadores desse novo modelo, como afere Darcy: *“Ele mora com o pai e a mãe e é um menino super novo, ele deve ter uns vinte e poucos anos”*.

Ao mesmo tempo Silvana relata uma grande quantidade de queixas de violência doméstica e sexual, afligindo muitas crianças, inclusive com intervenção do Conselho Tutelar, como ela revelou: *“situação de familiares retirar crianças das famílias por conta de violência e aí a família tem que ser atendida no CAPS”*. Darcy acresce que: *“Infelizmente as famílias tem dificuldades em cuidar de seus pacientes mentais, o pedido para residência terapêutica é muito grande”*.

Segundo a mulher há quem não queira se responsabilizar e outros que realmente não tem condições de fazê-lo, como ela mesma relembra: *“É um caso da mãe e a filha que eram minhas pacientes e o irmão que cuidava precisava estar o tempo inteiro. A mãe era idosa e a irmã doente mental, as duas numa casa. A mãe ainda caiu, ficou com sequelas e para acabar de completar sofreu um AVC”*.

Ainda, o abuso sexual infantil e por intimidação, as desigualdades sociais e econômicas, as emergências de saúde pública, as guerras e as catástrofes climáticas são consideradas pela ONU como fortes ameaças à saúde mental e em todos os países averiguados os mais pobres correm maior risco de adoecimento e também são os menos propensos a receberem os cuidados adequados.

Isso é o que, em 2017, me dissera Cláudia sobre essa 3. falta de acesso à serviços de saúde mental especializados: *“a população mais carente têm menos recursos para o acesso: não fizeram tratamento, logo, tiveram mais crise, logo, foram internados mais vezes, logo, sofrem rejeição, apanham em casa, enfim, e acabam se tornando mais tarde usuários mais graves”* (OLIVEIRA, 2017, p. 275).

Nessa mesma esteira, Darcy, já em 2021 corrobora ao afirmar que: *“Infelizmente nós não temos um Pronto-Socorro. O nosso sonho, que o ideal é o quê? Um pronto-socorro que do ladinho tem uma porta de pronto-socorro de psiquiatria”* e que: *“outra coisa, tem que ter um psiquiatra no pronto-socorro de psiquiatria e nós não temos”*.

Seu testemunho aponta para a necessidade de abertura de vagas em residências terapêuticas, fora a precariedade dos serviços de saúde no município ao afirmar que: *“as pessoas confundem muito psiquiatria com neurologia. A UBS não consegue um neurologista para cuidar e encaminha para nós”*, além da falta de acesso a eles, conforme afiança Silvana: *“as pessoas não estão conseguindo atendimento psiquiátrico em outros serviços e acabam chegando aqui pra gente”*.

“Hoje a gente não tem um consultório de rua e precisaria ter. Nós não temos Centro de Convivência ainda. Precisa abrir residência inclusiva em Sorocaba, precisa abrir mais vagas em residência terapêutica” reclama Darcy, o que reflete a omissão do Estado e a falta de investimentos na atenção especializada à saúde mental.

Essa carência se opõe ao crescimento da demanda e Darcy considera ainda que *“por ser uma política que ainda está sendo implantada, o número de CAPS existentes nos vários municípios é insuficiente para dar a cobertura proposta”*, como também solicita Silvana:

Mais CAPS, mais saúde mental em outros espaços além CAPS, então no caso o próprio postinho de saúde, até um Centro de Convivência também poderia ter, o quanto abrisse de serviço para a saúde mental em Sorocaba teria gente para frequentar.

O levantamento da ONU calcula que em 2019 aproximadamente “970 milhões” (WHO, 2022, p. 39) já viviam com algum tipo de transtorno mental e que as crises econômica e sanitária que enfrentamos tenham aumentado consideravelmente esse número cobrando um “enorme preço” à saúde mental das pessoas pelo mundo todo.

Inclusive de crianças e adolescentes, pois, entre as altas taxas de adoecimento e de suicídios, sobretudo antes dos 50 anos, somadas a outras formas de sofrimento psíquico como o estresse pós-traumático, somente os casos de ansiedade e depressão cresceram 25% apenas no primeiro ano de pandemia.

É o que Silvana realmente constata ao acolher 4.um número crescente de novos usuários: *“Antes a gente tinha aquele quadro, esquizofrenia, bipolar e uma depressão mais grave, que chegava para gente, hoje não, a gente tem recebido pessoas com transtorno de ansiedade”*.

Esse adoecimento da população é apontado por Darcy quando ela diz que: *“CID de ansiedade é muito grande, você não está lidando mais com esquizofrenia, com borderline, você não está lidando muito com isso mais, que são os CIDs realmente para*

CAPS. Você está lidando muito com ansiedade, com depressão leve, depressão recorrente”.

Impressão que Silvana reafirma e ainda acresce novos elementos a um certo “boom na psiquiatria” que, segundo ela deve-se, além da situação econômica do país e da própria pandemia, ao acesso à informação sobre os serviços extra hospitalares como os CAPS:

“quando eu comecei na psiquiatria, quem fazia tratamento psiquiátrico, era quem era muito grave. Hoje em dia não, a pessoa tá com uma falta de ar, ela vai no médico que observa que aquilo é emocional e então já encaminha para gente”, bem como, ao fechamento dos antigos hospitais psiquiátricos: “porque antes a gente não via essas pessoas na rua e hoje eles estão aí na rua como todo mundo”.

Crescimento que Darcy exemplificou no momento em que realizávamos essa entrevista: *“a T.O que está no plantão recebeu agora mesmo uma mãe e um filho e era raro eu receber isso para um acolhimento, dois na mesma casa e isso tem acontecido com muita frequência”.*

Isso é fruto de um período de dificuldades para uma população até agora protegida da pobreza, vitimada “pela conjuntura econômica e pela crise do emprego” (ZIONI, 2006, p. 19), conforme Darcy notabiliza, pois, segundo ela, os números vêm crescendo a cada dia: *“Quando eu abri esse CAPS aqui há sete anos atrás, eu abri com hum mil e sessenta e cinco e em sete anos ele dobrou”*, o que demonstra também a sobrecarga do serviço.

Outro agravante dessa história é o fato de que há um duro amálgama entre um intenso sofrimento psíquico e o desemprego sob o peso de rígidas estruturas – social, política e econômica - e muitos daqueles que passam pela experiência da loucura acabam tutelados pelo Estado, permanecem altamente medicados e contraem os penosos estigmas da periculosidade, da irracionalidade e da incapacidade de gerir suas próprias vidas e de trabalhar.

Mesmo tratando-se de uma das atividades fundamentais à condição humana, meio de subsistência e de participação no mundo das trocas sociais, forma de geração de renda, valores e reconhecimento, exclui os marcados por uma “identidade deteriorada”, conforme nos conta Mário: *“eu fiquei muito ruim, não dava para trabalhar com esse negócio”.*

Da mesma maneira narraria Airton: *“eles me mandaram embora da fábrica. Mandaram eu ir embora do prédio. Eu não estava aguentando trabalhar mais”*, deslizando seus corpos para 5. fora das redes de sociabilidade e dos sistemas de proteção

que o trabalho poderia propiciar, como lastima Laura: *“nunca tive a oportunidade de trabalhar registrado”* (OLIVEIRA, 2017, p. 301).

Diferentemente dela, Airton e Mário já estiveram incluídos nessa rede e sistema: *“Aí eu recebi o fundo de garantia. Sim, trabalhei fichado na carteira”* garante Airton e *“A única vez que eu trabalhei registrado foi na fábrica de blocos”* ratificou Mário, porém, ambos atestam que hoje não estão à procura de um posto de trabalho, conforme alegou Airton: *“Não estou procurando mais”*.

Outras narrativas como essas são trazidas à tona por Marcelo Afonso Ribeiro, pesquisador e professor do Instituto de Psicologia da USP, que há mais de duas décadas busca capturar os “sentidos construídos sobre o trabalho” junto às pessoas em situação psicótica e as estratégias possíveis para a construção de uma trajetória nesse mundo, considerada “de difícil concretização” e sob o estigma da impossibilidade de estabelecer uma carreira profissional” (RIBEIRO, 2009, p.98).

O professor observa que parte dos usuários esteve constantemente inserida no mercado de trabalho, mas não continuamente, “intercalando vínculos formais e atividades informais” e segundo ele “grupos tradicionalmente excluídos encontram-se em situação semelhante à dos novos excluídos, e o motivo principal não seria a situação psicótica, por exemplo, mas a precarização global do trabalho” (RIBEIRO, 2009, p.111).

Além de que essa inclusão no mercado formal carece de uma luta contra o preconceito de que a pessoa louca não pode trabalhar e ser produtiva, como um usuário do sistema, Matheus, o interrogaria: *“É possível trabalhar mesmo com problemas? É possível trabalhar com essa doença que nós temos?”* (RIBEIRO, 2009, p.112). O que Laura contesta mediante a autoafirmação de suas capacidades: *“eu sou muito inteligente, eu não tenho dificuldade de aprender as coisas, eu sou uma pessoa capaz e bem inteligente, esperta”* (OLIVEIRA, 2017, p. 302).

Ribeiro (2009, 107) constata ainda que “a maioria dos participantes associaria o trabalho à saúde e à possibilidade de ser reconhecido socialmente, mas também a algo que não está destinado a quem sofreu uma crise psicótica” e seus colaboradores concordam que essa situação seria “um empecilho permanente para trabalhar”.

Muitos optam por assumir um “papel de assistido social” afirma Marcelo (2009, p.109), corrobora Antonio: *“Vivo este dilema: sair para rua e tentar alguma coisa, enfrentando o mundo, ou ficar em casa, parado, mas protegido”*.

O mesmo lhe enfatizou Alberto: *“Aqui está um xerox dizendo o que eu sou, esquizofrênico, eu mostro para as pessoas e peço dinheiro, pois essa é a única maneira*

de eu conseguir sobreviver” (RIBEIRO, 2004, p. 157) e me contou Mário recentemente: *“Eu nem sei se é muito bom esse negócio para mim”*.

Consequentemente, todos eles permanecem excluídos das redes de sociabilidade que, entre outras atividades, poderiam oferecer geração de renda e infundir novas práticas sociais e de trabalho, os livrando do isolamento, o que fica claro nos testemunhos de Airton quando lhe pergunto sobre sua rotina diária, ao que ele responde: *“Eu passo mais deitado”*.

Igualmente comenta Mário: *“Aqui em Sorocaba eu não fiz nada. Eu fiquei o tempo todo no hospital”*, hoje restrito ao trabalho doméstico, como ele mesmo relata: *“eu ainda dou uma limpada na casa cedo, passo pano na casa. Limpar o terreiro lá fora tudo. Limpar a frente da casa. É o que a gente faz onde a gente mora”*.

Outrossim, 6. a exposição ao desemprego, à ausência de renda, à violência e à pobreza é outra regularidade constante, como já disse Darcy: *“o desemprego mexeu com a saúde mental das pessoas”*, cujo desamparo apenas cronifica seu estado de saúde e de vulnerabilidade como comprova o desabafo de Laura: *Eu tentei me matar porque eu tinha muita raiva de ser pobre, de não conseguir nada, eu via todas as pessoas conseguindo tudo que queria e eu não”* (OLIVEIRA, 2017, p. 305).

Pobreza que se mantém persistente como manifestam trabalhadoras do serviço ao notarem que ela atinge diretamente os usuários do CAPS, conforme atestaria Marisa (OLIVEIRA, 2017, p. 246): *“É lógico que a maioria dos meus pacientes têm um perfil sócio-econômico mais baixo mesmo e um poder aquisitivo mais baixo”* e pontua Jussara: *Todas as pessoas que eu conheci, e olha que foram muitos anos de convivência com muita gente, todos são de baixa renda”*.

Muitos desses usuários deslizaram para áreas de maior vulnerabilidade e risco, para zonas desfiliação permanentes e são privados de suas liberdades individuais e do desenvolvimento social e econômico.

Alijados da saúde, da educação, do mundo do trabalho, com uma dieta carente e vivendo em péssimas condições de moradia, ficarão de fora de qualquer forma de proteção.

Confinados nas periferias permanecerão sem voz, excluídos do consumo de bens e serviços e das redes de sociabilidade, como ilustra Jussara em 2022, que conhece bem de perto as relações entre loucura e pobreza: *“se ele não for bem alimentado, não for bem cuidado, a tendência da doença é crescer muito mais”*.

O que só piora diante de um cenário de graves e sucessivas crises, contexto em que houve um aumento significativo do desemprego, da população em situação de moradia de rua nas grandes cidades ou vivendo abaixo da linha da miséria no interior do país, o crescimento da violência, a dificuldade de acesso à educação, à justiça e à própria saúde, entre outros problemas que engrossaram as filas de atendimento nos CAPS, como bem observaria Marisa ainda em 2017 ao relatar (OLIVEIRA, 2017, p. 250):

[...] a questão até econômica mesmo do país está influenciando muito, a questão do desemprego. Muitas vezes quando vou fazer primeiro acolhimento, uma das maiores queixas é o desemprego. Esses dias mesmo atendi um rapaz muito jovem e a queixa dele foi desemprego. A esposa disse que depois que ele perdeu o emprego ele ficou assim. E não é o primeiro.

Ao mesmo tempo a busca por emprego é em geral frustrada como dizia Laura anos atrás: *“fiz uma entrevista, mas, depois não me chamou, acho que encontraram alguém melhor”* (OLIVEIRA, 2017, p. 302), procura que é confirmada por Darcy em 2021: *“eles procuram sim”*, mas, antagonicamente lembra-se que: *“pacientes CAPS mesmo nem trabalham, eu ia te falar que os pacientes não trabalhavam, porque eles não dariam nem conta de trabalhar”*.

Frente à grave crise econômica e sanitária que assolou o país ela acresce o fato de que muitos deles atualmente vivem em situação de moradia de rua: *“Eu atendo muito morador de rua, porque eu tenho bastante morador de rua na minha região”*, dados que coincidem com as observações de Nise da Silveira nos anos 90, contra os quais protesta Jussara:

A população em geral vê o morador de rua como um vagabundo, perdão da palavra, uma pessoa que não quer nada, mas se você passar um dia e sentar com eles, você vai descobrir que nem todos são viciados que nem todos são alcoólatras. Você vai descobrir que ele tem problema mental, o problema dele não é droga, não é álcool, você vai ver que a história dele é saúde mental, ele tem problema mental. E o que deveria ser feito com essa pessoa?

Paradoxalmente, o 7. trabalho formal pode ser também fonte de dor e sofrimento, empurrando muitas dessas pessoas para fora das atividades produtivas e remuneradas, conforme Silvana comentou recentemente: *“a gente tem recebido pessoas com transtorno de ansiedade por conta de estar angustiado ou porque às vezes até está trabalhando, mas está angustiado porque tem medo de ficar desempregado ou então o serviço tá muito puxado”*.

Do mesmo modo, como em 2004 já contavam Élcio: *“o cheiro e o barulho me fizeram mal e comecei a ouvirvozes e fui internado, colocado na caixa e aposentado por invalidez três anos depois, isso há doze anos atrás”* e seu colega Nivaldo: *“Tive minha primeira crise há seis meses atrás, estou de licença médica e não sei se volto”* (RIBEIRO, 2004, p. 162)

Outra regularidade presente nos discursos de Mário: *“Eu não trabalhei mais. Porque essas coisas assim, eu fiquei muito ruim. Não dava para trabalhar com esse negócio. Trabalhar não tem jeito, essas coisas não tem jeito”* e de Airton: *“Quando eu senti mal já não dava para trabalhar mais. Fui parando”*.

As pesquisas de Ribeiro no campo da psicologia social detectam que apesar de se constatar a importância do trabalho na reabilitação psicossocial, muitas questões ainda persistiriam, pois, ele traria tanto significado quanto também seria gerador de angústia e sofrimento.

Além disso, o desemprego ou a opção por não trabalhar contribuem “para a cronicidade de uma situação de vulnerabilidade psicossocial”, como assente Carlos, um de seus colaboradores (RIBEIRO, 2004, p. 160):

Sou pintor de carros e me sinto muito feliz com isso. Sempre trabalhei nisto desde muito pequeno, tenho muitos amigos na área, mas nenhum quer me empregar, não entendo muito bem porquê, acho meu serviço muito bom, quero entender porque as pessoas não me querem e quem sabe se voltar a trabalhar, elas voltam a me querer, me sinto muito ocioso, pois faz muito tempo que estou parado.

Visto assim, o trabalho associa, ao mesmo tempo, sofrimento e produção. Paradoxo psíquico pode ser mediador da emancipação ou da alienação, como viveram na pele Nivaldo: *“eu tive a minha crise no trabalho”* (RIBEIRO, 2004, p. 171) e Mário: *“É que dá esse negócio de crise na gente, ataque essas coisas e trabalhar não tinha jeito. Por isso. Aí eu parei.”*

Tornando a perspectiva ainda mais dramática, a pandemia causada pelo COVID-19 aprofundou as desigualdades e acelerou os desdobramentos de uma grave crise econômica que o país e o mundo já atravessavam, provocando uma tragédia “nas condições da reprodução econômica organizada pelo capital”, cujos “efeitos deletérios” certamente recaíram “com peso desproporcional sobre as parcelas mais pobres da classe trabalhadora”, dizem Granemann e Miranda (SILVA, 2020, p. 19 - 32):

No Brasil, a Covid-19 alastrou-se entre homens e mulheres da classe trabalhadora já desprovidos dos direitos sociais minimamente construídos na Carta Constitucional de 1988. O contínuo e permanente ajuste de longa duração, há três décadas em curso no país, desmontou e reduziu os direitos sociais por meio de numerosas e cotidianas contrarreformas. Um significativo contingente da classe trabalhadora viu a pandemia se disseminar, desprotegida, sem direitos e sem empregos.

Essa pandemia fora terreno fértil para a emergência ou o agravamento de quadros de sofrimento psíquico, como relataria Darcy no auge da crise em julho de 2021: “*Por conta da pandemia aumentou bastante, aumentou muito e infelizmente ela mexeu muito com a saúde mental e a minha demanda aumentou muito*”, momento em que “a obtenção de cuidados em saúde mental pode se tornar ainda mais desafiadora”, registra Schmidt et al. (SCHIMIDT. Apud. MATTA, 2021, p. 90).

O que já estava ruim ficou ainda pior e números oficiais⁴⁸ indicam que o país possui hoje 11,9 milhões de desempregados e outras 4,6 milhões de pessoas desalentadas, com uma taxa de desemprego que chega a 11,1% da população e que outros 23,2% de todos os trabalhadores são subutilizados.

Outros dados⁴⁹ apontam que em 2021 “10,8% da população” brasileira estava abaixo da linha da pobreza, cerca de 23 milhões de pessoas, cuja renda per capita é menor que duzentos e dez reais (R\$ 210,00) mensais e “entre os anos de 2020 e 2021” somaram-se às estatísticas “7,2 milhões de novos pobres”, recordes de uma série histórica em atualização desde 2015.

Danos que Darcy presencia cotidianamente: “... *por conta da pandemia aumentou realmente o desemprego e mexeu com a saúde mental das pessoas*”, manifestação dos “efeitos negativos da pobreza”, visto a associação entre uma “baixa situação socioeconômica e um nível aumentado de sintomas psiquiátricos”, como atestam Stuart e Laraia (2001, p.157).

Essa pesquisa, mesmo com um breve recorte espaço-temporal, pode se relacionar à outras realidades na composição de uma trama sobre o sofrimento psíquico e a

⁴⁸ Dados referentes ao 1º trimestre de 2022 colhidos pelo IBGE. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/explica/desemprego.php>>. Acesso em: 16 Jun.2022.

⁴⁹ NERI, Marcelo C. e HECKSHER, Marcos D. “A Montanha-Russa da Pobreza”, Marcelo Neri e Marcos Hecksher – 13 págs., Rio de Janeiro, RJ – junho/2022 - FGV Social. Disponível em: <<https://cps.fgv.br/PobrezaMensal>>. Acesso em: 16 Jun.2022.

assistência pública à saúde mental no país, contribuindo com os estudos regionais sobre seu liame com o trabalho e a pobreza.

Ela expõe, através de uma pequena amostra, a lentidão das mudanças no campo meio a um processo de consolidação de uma ampla e profunda reforma no sistema psiquiátrico nacional, de movimentos contrarreforma e de um cenário de crises que afetam muitos de seus usuários e usuárias que devem encontrar brechas para obter renda e sobreviver.

Mesmo que eles tenham 8. poucas oportunidades educacionais e de trabalho, como deixou transparecer Laura: *“eu tenho que me virar vendendo minhas coisas, já vendi bastante, coisas da minha infância, estou vendendo alguns livros também, eu me viro”* (OLIVEIRA, 2017, p. 306).

Darcy acrescenta: *“eu ainda tenho bastante que trabalha no mercado informal, faz uns bicos”* e descreve casos como: *“Eu tenho um aqui que ele vende pano de prato”* e outro que *“trabalha no semáforo, ele é palhaço no semáforo”*.

Contraditoriamente, diante das poucas oportunidades educacionais e profissionais desses usuários, Ribeiro observa que o momento atual parece mais receptivo “ao diferente”, embora Valdir tenha lhe contado o seguinte: *“Trabalhei muito na vida e agora faz muito tempo que estou parado, não consigo arrumar um emprego por causa da doença”*.

O que Rodnei reforçou: *“Procuro emprego há anos, mas nunca consegui nada”* e Alberto selaria: *“É muito difícil arrumar um emprego, pois na hora do exame médico, quando descobrem que eu tenho problemas mentais, eu não consigo o trabalho”* (RIBEIRO, 2004, p. 201-3), assim como Laura anos depois reafirmaria ao dizer que estava desde *“março a distribuir currículo, mas, ninguém chamou, foi bem difícil”* (OLIVEIRA, 2017, p. 301).

Lembrando que a OMS demonstra que muitos dos programas de desenvolvimento e luta contra a pobreza não atingem essas pessoas e que a taxa de desemprego chega a 90% entre elas, fora a falta de acesso à educação.

O que acontece regularmente, como se recorda Laura: *“Fui para a escola até a quinta série”* (OLIVEIRA, 2017, p.299) e revelam Airton: *“Aprendi a escrever. Fui até o segundo ano”* e Mário: *“Eu estava estudando uma vez e minha mãe me tirou”*. Coeficiente que Silvana explica:

A escola, a questão cognitiva assim de dificuldades, a gente tem muitas pessoas com um nível intelectual bem baixo também, a dificuldade às vezes não é acessar a escola, mas é de dar continuidade mesmo. Vai por um tempo e não consegue continuar, por não conseguir acompanhar as atividades escolares e param. Então a gente tem muitas pessoas adultas aqui que não tem a formação nem do ensino médio.

No Brasil, assim como a OMS pôde computar, existem poucos estudos epidemiológicos regionalizados que traçam perfis socioeconômicos ou demográficos dos usuários dos Centros de Atenção Psicossocial e essas pesquisas quantitativas e qualitativas acabam por demonstrar que a grande maioria vive em desvantagem e está desempregada, frequentou a escola por poucos anos, vivem com suas famílias de origem ou em residências terapêuticas.

Visto que Sorocaba não apresenta nenhuma investigação desse tipo nos bancos de pesquisas ligados à saúde como a BVS – Biblioteca Virtual da Saúde, por exemplo, vejamos um exemplo vindo de Campinas, município vizinho. Os poucos dados encontrados devem estar obsoletos como é o caso desse levantamento (BALLARIN, et al., 2011, p.63) de 2010 que apresenta, dentre outros, os seguintes números:

Quanto ao estado civil, nível de escolaridade, com quem moram os usuários do CAPS e a condição profissional, constatou-se que 74,1% dos usuários eram solteiros ou separados/divorciados, com baixo nível de escolaridade; 33% tinham nível de escolaridade correspondente ao ensino fundamental incompleto e 76,6% estavam fora do mercado de trabalho, por estarem desempregados, aposentados ou afastados pelo INSS.

Esses usuários permaneceriam sob forte intervenção medicamentosa, têm ocupações consideradas como subemprego, por diferentes motivos não conseguem continuar suas atividades profissionais, não possuem nenhuma fonte de renda e o desemprego é predominante entre eles, inclusive essa condição é apontada em estudos similares (BALLARIN, et al., 2011, p.63-4):

Com relação à condição profissional, observou-se que a maioria dos usuários do CAPS estava fora do mercado de trabalho, sendo o desemprego a condição predominante, seguido da aposentadoria e/ou afastamento pelo INSS. O engajamento em atividades e/ou ocupações relacionava-se à execução de atividades simples, como do lar ou serviços gerais, dados similares aos do estudo de Osinaga.

Um pequeno percentual viveria de benefícios obtidos junto ao Estado, como é o caso de egressos dos hospitais psiquiátricos como Mário, hoje aos 52 anos, que reconhece:

“Eu só recebo aposentadoria, estou aposentado, e o De Volta para Casa”, direito adquirido após uma vida inteira no sistema asilar, como ele mesmo afere: “Eu tinha 22 anos quando entrei no hospital”.

Se assombroso é o panorama essas narrativas fazem ecoar as vozes dos silenciados dessa história marcada por dualidades e oposições, registrando e documentando uma memória que é individual e, ao mesmo tempo, coletiva, cujos testemunhos podem desvendar diferentes experiências sobre a temática do trabalho e da geração de renda no âmbito dos Centros de Atenção Psicossocial.

Essas vozes estimulam uma reflexão necessária sobre a política pública em questão e, quiçá, podem inspirar novas ações nesse serviço, como requisita a trabalhadora Darcy: *“tem muita coisa ainda para ser feito”*, visto que, muitas dessas pessoas encontram-se 9. permanentemente em zonas de vulnerabilidade e desfiliação como verificou Laura: *“hoje eu não tenho renda”*.

Percepção que complementam Silvana: *“têm situações até de família sem renda nenhuma”* e Jussara: *“os moradores dos hospitais psiquiátricos e das residências todos são de classe baixa, são de pessoas que não tem comida na casa, por exemplo. Às vezes a pessoa internou por isso”*.

Concomitantemente, *“eu entendi que o CAPS tem os casos mais graves, porque ele é referência para bairros com uma condição sócio-econômica, cultural inclusive, mais carente”* disse Claudia (OLIVEIRA, 2017, p. 191 - 246), o que acaba por aventar ainda o 10. isolamento dessas pessoas em bairros periféricos.

O que assevera Darcy ao expor: *“Num bairro mais humilde aqui perto tenho muitos pacientes”* ou: *A mãe tem a minha idade e a filha tem vinte e um anos e moram na periferia”*. Silvana complementa dizendo que: *“às vezes mesmo por conta da distância mesmo eles também não querem”* ou *“às vezes aquela pessoa acaba sem tratamento por ela não querer se deslocar da casa dela até aqui”*.

Outra regularidade insistente é relatada por muitos atores dessa história ao versarem sobre o 11. peso dos estigmas e preconceitos, como respalda Jussara: *“a população de um modo geral, achavam assim que só tinha pessoas que agrediam, pessoas que eram amarradas, que só levavam choques, que poderiam matar, a população via assim, eles viam o Hospital Psiquiátrico desse jeito, com muito preconceito”*.

Tema sobre o qual dissertaram Darcy: *“uma coisa que os pacientes sempre trazem para mim é o preconceito que muitas pessoas têm deles, eles falam isso muito, eles trazem muito isso”* e também Marisa: *“jamais conseguiremos erradicar o estigma e o*

preconceito que, muitas vezes, está dentro dos próprios lares, na vizinhança, dentro dos ônibus”, (OLIVEIRA, 2017, p. 180).

Igualmente, Jussara reconhece que os estigmas da doença e da periculosidade permanecem fontes de preconceitos e fobias: *“As pessoas tem medo, as pessoas não conhecem, as pessoas acham que vão ser agredidas, acham que eles são diferentes só porque elas são doentes”.*

O que Laura vivencia e traduz para a vida real: *“tem pessoas no CAPS que reclamam de preconceito” (OLIVEIRA, 2017, p 305), como também declarou Silvana: “a gente sofreu muito preconceito na época dos vizinhos, que não queriam que a gente montasse uma residência ao lado da casa onde eles moravam, então ligavam no hospital reclamando, ligavam para alguma outra pessoa importante em Sorocaba para reclamar”.*

Entretanto segundo Ribeiro, circula na área que antigos estigmas vêm sendo desconstruídos a favor de uma lógica econômica de produtividade e competitividade, que cada vez mais abarcaria “pessoas em situação psicótica” desde que elas produzam “mesmo que de uma forma diferente”, cujo modelo atual de organização mais flexível tornaria o trabalho “emancipador”, tendência que não corresponde à realidade local, pois, para o pesquisador ainda haveria “mais exclusão do que inclusão” (2009, p.112).

Isso é o que comprova Laura a partir de sua própria vivência: *“eles levam preconceito por fazer CAPS, chamam: ai, essa pessoa aí é de CAPS, é psicopata, é louca, eu não vou me misturar com esse tipo de gente...”* ou se defende Ronaldo: *“... em certos lugares as pessoas se incomodam com a minha presença, às vezes acham que eu estou fazendo papel de louco, que tudo que eu faço parece que eu sou louco” (OLIVEIRA, 2017, p. 197 - 303).*

É a partir das lutas pela dignidade desses usuários é que o trabalho ganharia contornos renovados e buscaria garantir aos usuários e usuárias da assistência pública à saúde mental sua liberdade, autonomia e emancipação, o convívio familiar e com a comunidade, o acesso à novas alternativas de organização para trabalhar e gerar renda, como arremata Ballarin, et al. (2011, p.64-5):

Os usuários de serviço de saúde mental, por apresentarem baixo grau de escolaridade, formação profissional precária, condição socioeconômica que os coloca em situação de dependência, muitas vezes experimentam condições desfavoráveis na competição por um lugar no mercado de trabalho. Essa condição de não vinculação ao trabalho exerce considerável impacto sobre os indivíduos, suas famílias e a comunidade. Muitas vezes, a relação familiar

passa a ser estabelecida a partir de uma atitude crítica e de desvalorização do paciente em relação à sua capacidade produtiva e laboral, além de lhe causar sofrimento por estar incapacitado de participar de atividades de trabalho e lazer.

Além disso, trabalho e renda podem criar 12. novos projetos de vida e de futuro como almejava Leandro em 2004, usuário do sistema que testifica essa necessidade: *“Quero descobrir alguma atividade que me faça sentir com vida, podendo ser um emprego remunerado ou alguma atividade qualquer”* (RIBEIRO, 2004, p. 165).

O mesmo reafirmam Ronaldo: *“eu quero trabalhar, ter uma profissão, ter um lugar, ter um espaço para mim”* e Laura: *“Eu gostaria de ter uma oportunidade de trabalho, eu começaria como garçõete se fosse numa lanchonete”* (OLIVEIRA, 2017, p. 197-207).

Nesse contexto, associam-se crescimento econômico e crescimento do Estado Social, sendo o acesso aos bens e serviços tema onipresente numa “sociedade salarial e de consumo” na qual a identidade do trabalhador e seu lugar no conjunto social se manifesta pela posição que ele ocupa e pelo que ele consome, existindo “a partir desse lugar”, conforme assinala Castel (1998, p. 478-489).

O mesmo constatam usuários do serviço que se consideram aptos e gostariam de uma oportunidade de trabalho, como afirmou Laura: *“eu consigo trabalhar, fazer meu dinheiro”* (OLIVEIRA, 2017, p. 302), regularidade que atravessa a narrativa de Antonio, colaborador de Ribeiro (2009, p.108): *“sem trabalho a vida fica parada, quem sabe uma atividade, um bico, não traga ânimo para batalhar pela vida de novo”*.

Entretanto Ballarin, et al. (2011, p.65) ao analisar a trajetória de vida desses usuários a partir da primeira crise ou “experiência psicótica” ressalta que: “constatou-se a ocorrência de transformações no que se refere às condições profissionais: elas consistiram fundamentalmente na saída do mercado de trabalho e na impossibilidade de retorno a ele”.

Todavia uma das hipóteses de Ribeiro é que “em um mundo em transição, com suas referências, teorias e significações em crise, brechas possam se abrir na sua estruturação, possibilitando novas articulações” entre trabalho e loucura. Elas se caracterizariam pela “construção de projetos de vida no trabalho” por pessoas em situação psicótica e suas “estratégias” para iniciar ou continuar nele, diz o professor (2009, p.99).

O que confirma outro de seus entrevistados, Jair: *“Preciso primeiro me curar para depois voltar a trabalhar”* (RIBEIRO, 2004, p. 168), planos que Laura compartilha: *“para o futuro eu penso em foco para minha carreira”* (OLIVEIRA, 2017, p. 305).

Para complementar Darcy também sinaliza o caso de duas jovens frequentadoras do CAPS para quem o trabalho foi “autocurativo”, sendo que uma delas casou-se e trabalha atualmente na PepsiCo em Sorocaba: *“Hoje graças a Deus ela está super bem, ela teve o neném e está trabalhando”*.

Outra delas, após sua passagem pelo serviço, agora atua na área: *“ela falou: eu vou ser terapeuta ocupacional porque eu gostei do trabalho da terapeuta ocupacional aqui do CAPS. Ela é terapeuta ocupacional”*. Igualmente, Sueli ratificaria anos atrás: *“o ser humano parece se sentir melhor com trabalho”* e que, para ela, *“depressão se cura com trabalho e com convivência familiar, amigos. Isso é a cura”* (OLIVEIRA, 2017, p. 201).

Todavia é apenas em 2001, com a publicação da Lei 10.216, que se tratará da proteção e dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico ou com transtornos mentais e, visando sua reinserção, seria vedada a internação em instituições com características asilares.

A lei imputaria ao Estado a responsabilidade no desenvolvimento dessa política pública, a assistência e a promoção de ações de saúde dignas e com a participação da sociedade e da família. 13. Mudanças e avanços que Marisa apontaria em 2017 (OLIVEIRA, 2017, p. 226): *“você está pegando Sorocaba em um momento histórico muito importante porque é o momento em que a gente está tentando corrigir essa dívida”*.

História que Jussara presenciou ao longo de mais de trinta anos no sistema: *“Existe uma diferença enorme. Existe uma diferença que não tem nem como descrever. Essa diferença hoje é total. Mudou totalmente, muito para melhor”*.

Consequentemente, com o fechamento desses hospitais *“veio a rede substitutiva”* evidencia Marisa (OLIVEIRA, 2017, p. 226) e, em 2002, foi publicada a Portaria nº 336, que regulamenta, amplia e fomenta a constituição dos CAPS, reconhecendo sua “complexidade” (BRASIL, 2004, p.12).

A eles caberia evitar as internações e favorecer o exercício da cidadania e da inclusão social, como demonstra Jussara: *hoje eles vão no supermercado, eles conhecem o dono do mercado, o pessoal que trabalha no supermercado, eles vão ao banco, eles vão à lotérica, eles vão nas lojas, eles vão na praça, conhecem o entregador, eles tem amizade com todo mundo”* e certamente o CAPS é basilar para esses avanços.

Conforme certifica Darcy, quando lhe pergunto se eles tem alcançado bons resultados na reabilitação de seus usuários: *“Com certeza. Porque essa é a proposta do CAPS, isso é função, a atribuição de um CAPS, o paciente não tem que ficar aqui”*.

Por outro lado, regular nessa história também é 14. o rompimento brusco dos vínculos afetivos entre trabalhadores e usuários desse sistema e, muito embora alguns considerem esse afastamento necessário, as relações de afeto são importantes para a promoção da saúde mental.

Isso é firmado por Jussara: *“O vínculo é muito importante. Eu vou dizer para você que a cura de uma pessoa está mais ligada ao afeto do que qualquer outra coisa, isso eu posso dizer para você”*. Inclusive no momento dessa entrevista a trabalhadora queixava-se pelo fato de que a organização em que ela atua teria perdido um processo de licitação e que os funcionários seriam dispensados e ela registra:

[...] nossos colaboradores tem trinta (30), quarenta (40) anos de serviço, esses que tem vínculo com eles, sofrem muito mesmo, porque já não tem a família, já não tem ninguém, aí quando eles encontram alguém que substitui todo aquele lado da família a pessoa sai.

Soma-se à isso a rotatividade de profissionais no campo da saúde mental, como assevera Darcy, acarretando prejuízos ao processo de reabilitação psicossocial dessas pessoas, como em suas palavras:

Meus funcionários são muito antigos e o paciente psiquiátrico se apega muito ao técnico, então eu tenho técnico aqui com mais de vinte (20) anos de casa e na UBS esse rodízio de RH atrapalha muito e o paciente psiquiátrico ele valoriza muito isso e o CAPS que menos troca de funcionário acho que somos nós.

Da mesma maneira Jussara reflete sobre a importância desses vínculos: *“o mais importante para ele é isso e quando se interrompe um vínculo agrava-se a situação. Eles perdem muito. Quando eles têm um vínculo muito forte, eles ficam muito tristes, uns não comem, eu conheço casos em que a pessoa morre”*.

Sob esse prisma, as relações afetivas são fundamentais para esse processo, o que é perceptível nos discursos de quem vive essa realidade, como relata Darcy: *“Hoje o vínculo dela conosco é de amizade então isso é legal e isso é CAPS”* e ela mesma indica que em outros serviços de saúde mental esses laços não se fortalecem: *“Você tem já uma relação completamente diferente é um laço de amizade, então é outro nível, e isso*

infelizmente eles não vão encontrar na UBS, porque não dá tempo de formar essa amizade com o paciente”.

Laços curativos como testemunham Ronaldo: *“O doutor Rodrigo foi um grande médico, que me ajudou muito, ele tocava bateria, ele toca violão muito bem, ele ensinava violão para mim, ele me incentivou a trabalhar com música e isso era algo que ia me favorecer muito”* e também Laura: *“No CAPS eu também bato papo, boto a conversa em dia, faço consulta com psiquiatra, a Doutora K., estou com ela desde 2014 e não mudou é a mesma pessoa e nossa relação é boa”* (OLIVEIRA, 2017, p. 279 - 304).

Ademais, dentre essas regularidades há ainda o 15. tema das drogas que passou a dominar as discussões atualmente e emerge nas narrativas dos envolvidos nessa pesquisa como Darcy que observa: *“Eu não trabalho com drogadição, o meu CAPS, a minha especialidade não é a drogadição, mas é uma coisa que a gente vê muito, a questão da drogadição”*, como Marisa há anos já havia pontuado: *“a outra coordenadora comenta muito que a questão do usuário de drogas está crescendo muito e ela fala também dessa questão econômica”* (OLIVEIRA, 2017, p. 251).

Inclusive, o assunto tem gerado calorosas disputas e provocado movimentos contrarreforma no âmbito político, cuja publicação de a) cruéis atos normativos, portarias e decretos ministeriais trouxeram de volta as comunidades terapêuticas que geridas por instituições religiosas são mote de debate público e de denúncias de violação dos direitos humanos por operarem sob uma lógica manicomial,

Esses atos demonstram nitidamente a rigidez da estrutura política que por aqui move-se lentamente e agora retrocede, apresentando contradições com a própria legislação na área, como evidenciou Darcy: *“Sorocaba tinha três mil leitos de psiquiatria e hoje acabou não tem mais, todos os hospitais foram fechados. Sorocaba agora vai ter comunidades terapêuticas, foi assinado segunda-feira agora isso aí. Essa verba está vindo”*.

Essas comunidades são ratificadas pela Nota Técnica nº 11/2019 que, segundo o Conselho Federal de Psicologia (2022, p.17):

[...] desvirtua os propósitos dos Serviços Residenciais Terapêuticos e cria uma nova modalidade de serviço para atendimento dos(as)usuários(as) de álcool e outras drogas, os CAPS AD IV, reforçando a estigmatização de territórios e populações que neles vivem.

Como a trabalhadora bem observa a reforma psiquiátrica no país reduziu drasticamente os leitos financiados pelo SUS quando surgiram serviços substitutivos como os CAPS que, de acordo com Ribeiro e Minayo (2015, p. 516), “não têm logrado dar respostas efetivas à população” enquanto assistimos a um crescimento de movimentos contrarreforma psiquiátrica, uma vez que a questão das drogas passou a dominar “a pauta política, institucional, cultural e midiática”.

É o que ela constata em sua prática diária: *“O uso de drogas aumentou e muitas vezes essas pessoas usam a droga como uma válvula de escape”* e testemunhou Jussara, que conhece bem as agruras dessa realidade: *“difícil de você sair vivo se você não tiver um apoio, uma ajuda de profissionais, uma força-tarefa”*.

Entretanto tais comunidades contrariam as políticas públicas de atenção e cuidados à saúde mental mais contemporâneas à medida que se aproximam das velhas entidades asilares, visto as incontáveis denúncias de maus-tratos e violações de direitos.

Outrossim, há uma reintrodução do “isolamento das instituições totais, propondo a internação e permanência involuntárias”, bem como, elas centrariam “suas ações na temática religiosa, frequentemente desrespeitando tanto a liberdade de crença quanto o direito de ir e vir dos cidadãos”, caracterizam os autores (RIBEIRO, MINAYO, 2015, p. 516 - 520) e concorda Darcy: *“quem toma conta geralmente são igrejas, independente da religião, seja católica, evangélica”*.

Além das numerosas reportagens jornalísticas, dos inúmeros artigos científicos e de variadas publicações, para exemplificar o que esse retrocesso significa, recorro as graves denúncias de violações dos direitos humanos e de tratamentos cruéis aplicados por algumas dessas comunidades espalhadas por todo o território brasileiro.

Elas são apresentadas pelo Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas, redigido em 2017, pelo Conselho Federal de Psicologia, pelo Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura e pela Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão do Ministério Público.

Essa comissão vistoriou vinte e oito delas em onze estados, incluindo São Paulo, cujo funcionamento teria como “imperativos a segregação e a anulação de sujeitos”, dizem os responsáveis pelo documento (CFP et al., 2018, p. 9).

Ao longo das mais de cento e setenta páginas que o compõem são expostas essas terríveis violações e, dentre elas, destaco a natureza asilar dessas comunidades, o isolamento a que são submetidos os internos, a restrição ao convívio social, práticas como

retenção de dinheiro e de documentos, o controle das correspondências e a incomunicabilidade com as famílias.

Há também as instalações de difícil acesso com muros, portões, trancas, arame farpado e guaritas, as internações involuntárias e compulsórias, a falta dos projetos terapêuticos singulares, a violação da liberdade religiosa, o desrespeito à diversidade sexual, o uso de força e indícios de tortura, a ausência de médicos, a presença de crianças, adolescentes e idosos com transtornos mentais diversos entre adultos usuários de drogas.

Tudo isso somado à falta de relações com a Rede de Atenção Psicossocial prevendo sua reinserção no ambiente familiar e comunitário, dados reais que contrariam as expectativas da trabalhadora Darcy que assim as idealiza: *“são como se fossem fazendas onde esses pacientes AD, só AD mesmo, vão para poder fazer as internações de desintoxicação, geralmente depois desse processo de desintoxicação, eles voltam para a família e seguem em tratamento no CAPS AD”*.

Nesses lugares que mais se parecem com prisões há também situações de insegurança alimentar, administração de medicação à força, abusos psicológicos praticados por funcionários, castigos por descumprimento de suas rijas regras, incidência de homicídios, registros de assédio e abusos sexuais, evidências de cárcere privado seguido de extorsão.

Ademais, há relatos de fugas e espancamentos, como diz um trecho do relatório de inspeção feito na Comunidade Recanto da Paz, em Limeira – SP, à cento e trinta e cinco quilômetros de Sorocaba: *“outra forma de punição relatada como corriqueira foi a violência física, comum em casos de tentativas de fugas, sendo frequentes socos nos olhos, desmaio e “mata-leão” (CFP et al., 2017, p. 116).*

Contrariando a própria legislação na área, figura entre essas violações a exploração da laborterapia *“como uma das principais formas de tratamento”*, visto seu *“papel de estruturar o cotidiano das pessoas privadas de liberdade”*, atestam seus dirigentes, ressuscitando o sentido alienista do trabalho, tornando-o moralizante, disciplinador e, muitas vezes, punitivo, *“longe de permitir expressão individual ou facilitar projetos singulares de reinserção”*, como preconiza a legislação.

Lugares em que o trabalho corresponderia simplesmente à *“serviços de limpeza, manutenção e de construção predial sem remuneração”*, além da segurança do lugar e da atuação fora das dependências da instituição, encobrendo práticas de trabalho forçado e em condições degradantes, conforme indica outro fragmento desse relatório sobre o mesmo *“Recanto” (CFP et al., 2017, p. 81 – 83):*

[...] um interno trabalhava na horta da clínica e outros dois na construção de uma quarta casa no local. Essas pessoas também não eram remuneradas, e sequer recebiam qualquer retorno pelo trabalho, a não ser um maço de cigarros pela semana trabalhada. Os funcionários da clínica informaram que o trabalho era voluntário, realizado por quem quisesse, e que tinham sido escolhidos para a construção da nova casa dois usuários com experiência como pedreiros.

Segundo o CFP a “Política de Saúde Mental” passa por um “desmonte” que a fragiliza e abre caminho para se “(re) inventarem modelos que vão contra a Lei 10.216 de 2001” financiando “instituições que violam direitos humanos” com dinheiro público, como a Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, que redireciona “a política pública para a lógica manicomial” e reforça “a internação como prática principal do cuidado em saúde mental” e para o Conselho é preciso atuar para que (2022, p. 9):

[...] a política de saúde mental seja implementada em sua totalidade, com orçamento, implantação dos demais equipamentos, com garantia de vínculos de trabalho estáveis, e com recursos materiais para que tanto o CAPS quanto a RAPS funcionem plenamente.

No âmbito das comunidades também há quem também queira a volta dos hospitais psiquiátricos, contradizendo uma ampla legislação construída por décadas de lutas políticas a favor da vida e da dignidade, conforme nos conta Darcy: *“Eu tenho muito paciente que quer de volta, principalmente familiares. Tem muitos. Não da forma que era eles falam. Eles falam assim: Ah, Darcy tem hora que a gente precisa de um lugar para internar e não dá”*.

Afinal, essas leis devem atuar a favor da liberdade, da autonomia e da emancipação pelo acesso ao trabalho e à geração de renda, pela alfabetização e educação profissional, pela articulação intersetorial, pelo diálogo com a sociedade, pela inserção nas redes de sociabilidade e nos sistemas de proteção, pelas novas formas de cuidar que requerem novas formas de trabalhar.

Elas preconizam que o trabalho seja recurso terapêutico e, ao mesmo tempo, meio para combater a situação de isolamento e vulnerabilidade que aflige esse numeroso grupo que tem grandes dificuldades para ganhar o pão de cada dia, como assevera Silvana que convive com essa realidade há mais de vinte anos: *“São pessoas com bastante dificuldade financeira...”*.

Assim, a legislação também define quem são os usuários do serviço e em seus próprios termos, são aqueles que “apresentam intenso sofrimento psíquico com transtornos mentais graves ou severos, incluindo os transtornos relacionados às substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) e também crianças e adolescentes com transtornos mentais” (BRASIL, 2004, p.15), dentre eles estão muitos egressos dos antigos hospitais psiquiátricos, como Mário e Airton, conta Darcy: “*inclusive eu estou com alguns pacientes*”, “*eu estou com alguns aqui*”.

Contudo a mulher também nos apresenta nova contradição entre os documentos oficiais e a práxis social: “*o CAPS hoje não atende só os graves e persistentes, hoje eu tenho todo o público, eu tenho leve, eu tenho moderado*”, visto que, os Centros têm absorvido uma grande demanda que deveria ser atendida em outros serviços ligados à RAPS, que por um longo período também estiveram sobrecarregados por conta da pandemia.

Como nos contou Silvana: “*não é só o CAPS, os outros também estão, é muita gente, é muito serviço para poucas pessoas, poucas unidades de trabalho*”, declarando uma b) a urgência de investimentos e de recursos humanos, como ressalta Darcy: “*não tenho condições mais de contratar ninguém, com a verba que eu tenho eu estou trabalhando no vermelho*”, e ela mesma sustenta:

Então só um (01) psiquiatra para toda minha região na rede básica ficou muito pouco, então esse psiquiatra sozinho não dá conta. A gente tem conversado isso com a Prefeitura e há a possibilidade de abrir um novo concurso, mas esse concurso ainda não foi aberto. Eu tive uma reunião de gerente de CAPS recentemente, eles falaram que talvez vai abrir um contrato emergencial, mas até agora nada.

“*O que falta é financiamento*”, resume a trabalhadora, que vive essas dificuldades diariamente na unidade em que atua, corroborando as afirmações do ATLAS da Saúde Mental⁵⁰ publicado pela ONU em 2020 e que afirma que os governos não investem mais que 2,1% de seus orçamentos em serviços de saúde mental, sendo as verbas particularmente escassas em países com baixa e média renda como o nosso.

A publicação salienta ainda que nenhuma das nações envolvidas, entre elas o Brasil, alcançou as metas para aquele ano que previam melhorias em pontos precários

⁵⁰ Mental health atlas 2020. Geneva: World Health Organization; 2021.

como: sistemas de informação e pesquisa, governança, recursos financeiros e humanos, disponibilidade e aceitação dos serviços e prevenção e promoção da saúde mental.

É frente a esses retrocessos e contradições, ao contexto de uma recente experiência política, econômica e social; à um moroso processo de desinstitucionalização psiquiátrica; à consolidação de uma ampla reforma ainda em curso nesse sistema é que saber mais sobre as histórias de trabalho e renda nos Centros de Atenção Psicossocial se torna crucial.

Ainda mais em uma cidade como Sorocaba, que possui relação secular com a loucura, fora campo de violação dos direitos humanos e ainda é palco de debates sobre os serviços prestados pelo município, conforme coaduna Silvana: *“a gente tá muito longe do ideal, Sorocaba tá muito longe ainda do ideal, mas eu acredito que isso vai acontecer porque é um processo longo e o histórico de Sorocaba é muito diferente dos outros municípios”*.

Afirmção que nos leva c) à deficiência dos serviços que compõem a frágil Rede de Atenção Psicossocial – RAPS em contraste ao assustador crescimento da procura por atendimento, como avalia Darcy: *“eu tenho equipe grande, mas o problema é que a minha demanda ainda consegue ser muito maior e a verba que eu recebo hoje eu não consigo expandir”*, confirmando os números do levantados pelo CREMESP (2010, p.24) que afere que 37,6% dos CAPS inspecionados apontaram a relação com outros serviços da área como sua maior dificuldade.

Por sua vez, instituída por meio da lei 3.088, de 23 de dezembro de 2011, a RAPS tem como finalidade a criação, a ampliação e a articulação de pontos de atenção à saúde, descentralizando as ações e fortalecendo os serviços prestados às famílias e comunidades em outras unidades de atendimento e com esse “arsenal normativo”, estaria “definida a transição do modelo de hospital psiquiátrico para um modelo de atenção comunitária” diz o CREMESP (2010, p.26).

Não obstante o Conselho Federal de Psicologia avalia que o “CAPS tem uma posição central na execução da política de saúde mental” mas que, No entanto “pouca atenção tem sido destinada ao seu fortalecimento e à implantação dos demais serviços que compõem a RAPS, o que acaba por fragilizar e sobrecarregar suas atividades” (CFP, 2022, p.9).

O que já era evidente para Marisa em 2017: *“ainda está faltando mais um CAPS AD, está faltando mais um CAPS mental, porque a rede foi a proposta, mas, ela não está pronta, ela não está concluída”* (OLIVEIRA, 2017, p. 241).

Contradição notória como ainda observam, anos depois, Silvana: *“A gente tem uma demanda grande que deveria ser acolhida por outros serviços”* e Darcy: *“a gente não tem RH o suficiente na RAPS para abarcar.”*

Relembrando que, no Brasil, estimativas do Ministério da Saúde apontam que cerca de 21% da população possua algum tipo de transtorno mental, nos remetendo à uma substancial quantidade de pessoas que necessitam ou podem necessitar de atenção em algum tipo de serviço na área e que deverão buscar os cuidados oferecidos pela RAPS, sendo que, desse total, pelo menos 9% da população brasileira deva receber o atendimento prestado pelo CAPS.

Serviço que integra essa rede ainda fragilizada, conforme indicam Darcy: *“É como eu te disse a RAPS em Sorocaba ela está sendo construída, ela está sendo fortalecida, ela está sendo implantada”* e Silvana: *“Olha a RAPS está sendo construída e ainda falta muita coisa para ficar bonitinha, redondinha.”*

É diante da atual d) superlotação dos Centros de Atenção Psicossocial que se desviam suas atribuições, os impossibilitando de cumprir sua missão e alcançar seus objetivos, conforme reza a legislação, surgindo outra contrariedade, uma vez que, já sobrecarregados por conta da fragilidade da RAPS eles foram afetados também pela pandemia.

Isso contribuiu para grandes saltos no número de atendimentos mensais feitos pelo serviço, como sublinhava Darcy em junho de 2021: *“a demanda nossa hoje é muito grande”*, inclusive como é de conhecimento das instâncias administrativas superiores, segundo ela mesma informa:

No último mês agora eu fechei o CAPS, que a gente faz os indicadores mensalmente, eu fechei o CAPS, e isso é inadmissível, a DRS no dia que descobriu isso ficou horrorizada, que é a Diretoria Regional de Saúde de Sorocaba, que é a DRS16, que a gente corresponde, eu fechei o mês do CAPS com dois mil cento e sessenta e dois (2162) pacientes.

Ainda mais contundente é o relato da trabalhadora Silvana que, há mais de duas décadas no serviço, narra sua experiência em outras unidades do CAPS, como as da capital paulista que ela visitou em 2019 e compara seu funcionamento com os Centros sorocabanos e afirma:

[...] era muito diferente daqui, da nossa realidade de Sorocaba, não é nem pelo nosso CAPS, mas é Sorocaba toda, eles tinham trezentos (300) pacientes no

CAPS e eles faziam esse serviço que eu comentei antes de ir na casa, de fazer, de acompanhar mesmo o dia a dia de cada usuário que eles tinham lá no CAPS e a gente aqui tem quase três mil (3.000) e a equipe talvez seja a mesma ou até menor do que a equipe de São Paulo, então essa diferença faz também muito sentido no trabalho que a gente ainda não consegue realizar.

Ao passo que, definidos como pontos de atenção psicossocial especializada, os CAPS devem ser um articulador junto à Rede de Atenção Psicossocial, prestando cuidados que devem contar com os familiares, com outros setores do governo e com as instituições do território em que está inserido, o que não condiz com a realidade.

É o que Silvana relata quando lhe pergunto se há e) articulação entre o CAPS e a comunidade: *“Não há. E seria muito necessário porque realmente a gente não tem como encaminhar ninguém”*.

A própria trabalhadora reconhece a importância dessas parcerias para os processos de reabilitação e reinserção social, permitindo sua circulação em outros espaços públicos da cidade que não apenas os de saúde: *“seria super importante eles terem esse contato com a cultura também, frequentar outros espaços que não seja o CAPS. Hoje a gente tem em Sorocaba o Sesc, os Parques, mas não conseguimos fazer esse serviço por conta da demanda que a gente tem atualmente”*.

De responsabilidade dos municípios e classificados como pontos estratégicos da política pública de saúde mental no Brasil, eles devem oferecer oficinas terapêuticas de geração de renda, consideradas dispositivos disparadores dos processos de reabilitação e de reinserção social, cujas ações devem ser articuladas com a comunidade nos campos do trabalho e da economia solidária.

O que está longe de corresponder à realidade aferida pelo CREMESP (2010, p. 24) que concluiu que 27,4% dos CAPS paulistas não mantinham essa articulação para a reintegração profissional, o que é reforçado por Silvana:

[...] já tivemos uma vez no CAPS uma empresa que veio para conversar com a gente, porque ela precisava preencher suas vagas de PCD e na época nós selecionamos alguns pacientes que a gente achava que teria condições e ela fez essa entrevista e acabou contratando um ou dois.

No mesmo sentido, o CREMESP salienta que, embora os CAPS sem dúvida representem um importante avanço para a humanização da assistência pública à saúde mental no país, *“trata-se de um modelo inacabado, que tem falhas estruturais, capacidade*

técnica limitada, vive impasses de gestão e tem dificuldades de articulação com toda a rede de serviços de saúde mental” (2009, p.4).

O que reflete a f) escassez de ações intersetoriais com a educação, o trabalho e a justiça, por exemplo, como reconhece Silvana: *“Por conta da demanda mesmo, a gente tem uma demanda muito grande hoje que a gente não consegue nem pensar nessa possibilidade de fazer essas parcerias”*, como averiguou o CREMESP (2010, p.24) que indica que 29,8% dos CAPS não mostraram integração com outros serviços.

Ao mesmo tempo, nos CAPS os cuidados devem ser orientados por meio da construção de um Projeto Terapêutico Singular - PTS, instrumento que envolve a equipe, o usuário e sua família e que deve acompanhá-lo em “sua história, cultura, projetos e vida cotidiana” (BRASIL, 2015, p. 10).

Dentre suas estratégias de composição, devem incluir variadas atividades terapêuticas e aliar-se aos recursos e saberes da própria comunidade em que se encontra, ultrapassando os portões dos serviços de saúde, o que contradiz Silvana:

[...] o paciente psiquiátrico ele não tinha outra coisa, era só psiquiatria e hoje não, hoje a gente vê que ele é acompanhado por outros serviços, não só a psiquiatria, mas ainda está engatinhando, daqui um tempo vai ficar melhor, hoje em dia ainda é bem difícil de ter essa parceria.

No entanto uma análise de 425 prontuários de 85 unidades dos CAPS em diferentes municípios paulistas feita pelo Conselho constatou diversas “não conformidades” nessa documentação e, dentre elas, um terço do material analisado não continha sequer o “projeto terapêutico” dos usuários (CREMESP, 2010, p.65).

Além disso, outros pesquisadores apontam que, mesmo diante de um percentual significativo de pessoas no mundo sob intenso sofrimento psíquico “em fases da vida em que são economicamente ativas, na faixa etária entre 20 e 50 anos”, observou-se a ausência de informações sobre trabalho e renda nesses prontuários, cuja falta de “atendimento às necessidades sociais foi um dos mais relevantes preditores de uma baixa qualidade de vida entre pessoas com transtornos mentais graves”, salienta Ballarin, et al. (2011, p. 64)

Mesmo assim, as atividades que devem integrar esse PTS podem ser expressivas, voltadas às artes plásticas e visuais, às artes cênicas, à leitura e à literatura ou à música; ou ainda, oficinas de alfabetização para que aqueles que por ventura “não puderam permanecer na escola possam exercitar a escrita e a leitura, como um recurso importante

na (re) construção da cidadania” e também as chamadas oficinas geradoras de renda, como evidencia o Ministério da Saúde (2004, p. 20).

Mais um contradito se apresenta quando se trata da g) inexistência de atividades voltadas ao trabalho e à geração de renda nos CAPS, pois, o Centro em que realizei esse estudo não as desenvolve como reconhecem Darcy: *“o trabalho de oficina de geração de emprego e renda eu não consegui efetivar da forma que realmente necessita ser feito”*, ela ainda acrescenta: *“acho que nenhum dos CAPS em Sorocaba consegue”* e, por fim, Silvana que justifica essa realidade e desmente os documentos oficiais:

[...] se a gente tivesse só os pacientes mesmo graves de CAPS a gente até conseguiria fazer um trabalho em relação a voltar os usuários para o mercado de trabalho ou então para o estudo de um curso, coisas assim, que eu acho que a gente conseguiria fazer se a gente tivesse uma quantidade menor de pessoas atendidas aqui.

Eles visam uma “maior integração social e familiar, a manifestação de sentimentos e problemas, o desenvolvimento de habilidades corporais, a realização de atividades produtivas, o exercício coletivo da cidadania”, reitera o Ministério da Saúde (2004, p. 20).

O que fica claro não acontecer segundo os testemunhos de Silvana: *“eu acredito que ainda possa existir essa possibilidade de implantar esse projeto de geração de renda”*, e de Airton: *“Depois que eu entrei no hospital, parei de trabalhar. Trabalhei um dia lá cortando fraldas. Mas trabalhei um dia e pouco só”*.

Contudo atestava o usuário Ronaldo em 2017: *“No CAPS já havia oficinas e eu participava de algumas, participei da oficina de dança. Eu entrei na oficina de música onde havia um espaço aberto para todo mundo cantar o tipo de música que quisesse”* (OLIVEIRA, 2017, p. 276).

O mesmo confirmaria a trabalhadora Silvana em 2021, sobretudo, quando se trata de oficinas artísticas: *“Hoje no CAPS eu faço atendimento individual e em grupo. Quando o atendimento é em grupo são atividades diversas na área de terapia ocupacional, desde atividades manuais e lúdicas, até teatrais”*, um avanço simbólico nessa área, cujos desdobramentos podem trazer vida a esses lugares e fundar novas práticas de trabalho e de sociabilidade por meio da arte.

Por outro lado, essa história é assinada por quem de fato vive a experiência das mudanças ocasionadas pela reforma do sistema psiquiátrico no país, que caminha entre

luzes e sombras, avanços e retrocessos, como descortinou Airton quando lhe perguntei se ao longo dos últimos cinquenta anos ele teve a oportunidade de trabalhar fora das instituições de saúde mental, ao que ele respondeu secamente: “*Nunca tive*”.

Isso denota h) o descompromisso do poder público em promover e apoiar alternativas ao emprego formal e à geração de renda como destaca Darcy:

[...] fechou a Oficina Terapêutica, a gente aguardou para ver se a Prefeitura ia ter condições de manter aberta, mas a gente teve que entregar, porque a casa era alugada, a gente emprestava os técnicos, mas chegou uma hora que não tinha mais como, teve que fechar o projeto.

Da mesma forma se recorda Jussara, o que parece esconder loucura, trabalho e pobreza atrás dos mesmos muros:

Nós tínhamos também uma oficina terapêutica, onde eram feitos trabalhos manuais como fraldas, reciclagem de tampinhas para indústria, nós tínhamos um trabalho assim. Só que essa oficina terapêutica não tinha convênio com a Prefeitura, não tinha verba e era a instituição que mantinha todo esse trabalho. Os moradores iam trabalhar lá e depois como não tinha verba acabou fechando

Nessa mesma direção, Silvana lembra-se que em certa instituição em que prestava serviços havia um Centro de Convivência destinado aos seus usuários e familiares, projeto cujos resultados eram positivos e operava para inserir essas pessoas junto à comunidade local, mas que, por falta de investimentos também foi encerrado, como em suas próprias palavras:

A instituição chegou a ter um centro de convivência chamado Casa Azul, mas que não era financiado pela Prefeitura nada disso. Era como se fosse uma unidade a mais da Instituição que operava com o dinheiro que ela recebia e fizeram por iniciativa própria esse projeto que durou um tempo até, dois ou três anos, e inclusive os familiares participaram também dessa Casa e foi nessa época que a gente teve a barraquinha lá no centro vendendo os produtos, porque os familiares conseguiam ajudar também.

Diante disso, a pobreza que se alastra pode ser definida como a privação das capacidades básicas do indivíduo, numa relação dialética entre o desenvolvimento social e as liberdades individuais, diretamente relacionadas à pobreza econômica “que rouba das pessoas a liberdade de saciar a fome, de obter nutrição satisfatória ou remédios para doenças tratáveis, oportunidade de vestir-se ou morar de modo apropriado, de ter acesso à água tratada ou saneamento básico” (SEN, 2000, p. 18).

Há ainda outros casos em que essa privação de liberdade está estreitamente vinculada “à carência de serviços públicos e assistência social” ou com a “negação de liberdades políticas e civis”, bem como, a restrições à participação “da vida social, política e econômica da comunidade” como Sen nos ensina (1999, p. 18).

Neles se enquadram a maioria dos usuários do sistema psiquiátrico, direitos que Ronaldo reconhece e exige: “*as pessoas do CAPS tem o direito de ter uma vida digna, de ter boa alimentação, eles têm direito ao ônibus, direito ao acesso, direito ao trabalho, aos estudos, às oportunidades de emprego*” (OLIVEIRA, 2017, p. 282), cuja consciência da realidade que enfrenta coloca regularmente a problemática do trabalho e da geração de renda.

O jovem pontua que uma das dimensões da reabilitação psicossocial em que o CAPS não atua é justamente o trabalho, o que contraria a legislação e sua própria finalidade, como ele mesmo disse: “*acho que o CAPS deveria ter formas de ajudar no seu primeiro emprego, no primeiro trabalho*” (OLIVEIRA, 2017, p. 198 - 289).

Isso lhe proporcionaria obter renda e sustentar-se por si mesmo, o que denota uma i) ausência de ações afirmativas no serviço, como corrobora Darcy:

[...] foi o pessoal das UBSs, outras T.Os, outros oficinairos de UBS também, da rede em si, foram até Campinas conhecer uma oficina de geração de emprego e renda, como funciona e tudo mais. E aí elas conheceram e ficaram encantadas realmente com o projeto e tudo mais, mas como neste momento se encontra a RAPS em Sorocaba não foi possível implantar aqui, foi essa resposta que a coordenação nos deu naquele momento.

Essas duras contradições existentes entre a legislação e a práxis social e as insistentes regularidades apontadas demonstram o quão lentas são as mudanças estruturais de natureza política, econômica e social ligadas à experiência da loucura na cidade de Sorocaba, se comparada à municípios vizinhos como Campinas e São Paulo, traduzindo parte do difícil cotidiano dessas pessoas e sua luta diária pela sobrevivência, refletindo os resultados da Política Nacional de Saúde Mental em suas vidas e trazendo à tona uma memória individual e também coletiva.

Essa história ainda não é reconhecida, mas, pode confrontar as representações históricas pela oposição entre os documentos oficiais e os testemunhos de quem experimenta as mudanças e necessita dos serviços públicos na área, como disparou Jussara deflagrando essas oposições:

A prática é uma coisa bem diferente. Só no papel é muito bonito” ou confidenciou Darcy: “Eu não consigo efetivar um trabalho minucioso, para mim poder fazer um trabalho minucioso da forma que você colocou no seu papel aqui eu teria que ter o que o CAPS realmente se propõe a fazer.

Entretanto para enfrentar esse cenário de desemprego, pobreza e adoecimento mental há poucas e tímidas iniciativas voltadas ao trabalho no âmbito da saúde mental no país, sobretudo, cooperativo entre essas pessoas, o que desde Basaglia se idealizaria como uma alternativa ao emprego que durante a década de 1980 se expandiu e demonstrou sua viabilidade na criação de novos caminhos para o mundo do trabalho, atuando em parceria com outros setores do governo e com a comunidade local.

Infelizmente, quando Darcy afirma que: “*Nós não temos Centro de Convivência ainda*” e Silvana constata que: “*em Sorocaba nunca teve e na região também que eu saiba não*”, nova contradição se interpõe, uma vez que a legislação vigente visa a reinserção social, inclusive produtivo-econômica, desses usuários.

Ela partiria de oficinas terapêuticas e de geração de renda fora dos portões dos CAPS, estimulando a organização de cooperativas sociais, empreendimentos solidários ou ações de formação e qualificação para o trabalho como prevê a relação entre a saúde mental e a economia solidária.

Mediação que poderia ser feita não fosse j) a inexistência de um Centro de Convivência e Cooperativa – CECCO na cidade, como esclarece Darcy: “*A Prefeitura uma época chegou a fazer uma proposta, mas o valor era muito baixo, aí nenhuma instituição se candidatou a ficar, se não me engano, ela ofertou sessenta e quatro mil reais (R\$ 64.000,00) e é muito pouco*”.

Todavia não há previsão para uma iniciativa como essa em toda a região de Sorocaba, conforme demonstra o Plano de Ação Regional da RAPS⁵¹, estudo elaborado ainda em 2015 pela própria Secretaria de Estado da Saúde que comprova a falta de ações afirmativas nesse campo.

É o que almejam os trabalhadores da área que veem na instalação de um CECCO um avanço para o município como diz Jussara: “*eu acho que é de extrema necessidade,*

⁵¹ Conforme demonstra esse estudo feito pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, pela Coordenadoria de Regiões de Saúde. DRS – XVI – Sorocaba. Disponível em: https://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/homepage/grupo-tecnico-de-aco-es-estrategicas-gtae/saude-mental-alcool-e-drogas/planos-de-acao-das-raps-aprovadas-em-cib/plano-de-acao-sorocaba/raps_sorocaba_2.pdf

de extrema importância, porque eles precisam mesmo. Sorocaba é uma cidade ótima, mas precisa muito do acolhimento dessas pessoas”.

Voltados à promoção da saúde e à produção de encontros com outras esferas sociais, há mais de quinze anos o governo federal reconheceria a necessidade desse serviço e publica a Portaria Nº 396 de 07 de Julho de 2005, aprovando “as diretrizes gerais para o Programa de Centros de Convivência e Cultura na rede de atenção em saúde mental do SUS”.

Tais Centros são dispositivos públicos que devem se constituir como “espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cidade” e devem facilitar a construção de laços sociais, a inclusão e o convívio da pessoa com transtornos mentais, com troca ou venda eventual dos produtos confeccionados nas oficinas ministradas por “artistas plásticos, músicos, atores e artesãos” (BRASIL, 2005).

Têm ainda o compromisso de fortalecer “as relações que ali se estabelecem, das interações que as pessoas exercem com seu bairro, com os espaços públicos, entre si e com suas vidas”, como narra um frequentador de um desses Centros de Convivência ouvido pela doutora Ferigato na cidade de Campinas – SP (2016, p. 95):

Eu deixei de tomar 15 comprimidos por dia! Imagine só? Era comprimido pra tudo, né? Pro humor, pra comer, vitamina... tudo chegava a 15. Isso antes de eu fazer terapia no CECO, daí no CECO vem a convivência, o tear, as festinhas, as oficinas. Chegava o nosso aniversário e a gente comemorava na casa de um ou de outro “Seu aniversário vai ser na casa do fulano, e ia todo mundo lá fazer as coisas”, isso é conviver, e isso é viver e logo, logo os remédios foram sumindo. Será que esse dinheiro não podia voltar pro CECO? Pelo menos 20% do que era gasto com meus remédios devia voltar para o CECO.

Alternativas à geração de renda e à sociabilidade que não são acessíveis à milhares de usuários da saúde mental de todo o país, visto que Ferigato (2016, p. 85-86) aponta para “uma massiva concentração de investimentos e de criação desses serviços na região sudeste”, uma vez que, de somente cinquenta e um desses centros em todo o país, quarenta e sete deles estão ali situados.

Ao passo que, segundo o Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (2015, p. 7) contamos hoje trinta e quatro deles concentrados em apenas quatro municípios paulistas. Além dos vinte e um na capital outras cidades próximas à Sorocaba possuem os CECCO’S - Embu das Artes um deles, outro em Mogi das Cruzes e mais onze em franco funcionamento na cidade de Campinas.

Serviço que Jussara julga elementar: *“Importantíssimo! Importantíssimo! E uma outra coisa que eu vou dizer para você, tão importante para os pacientes ou moradores, como queira, das residências terapêuticas e como deveria ter um lugar aqui para inserir as pessoas”*.

Devido ao sucateamento da área e à falta de investimentos o serviço ainda não fora implantado no município como clarificam as narrativas de Darcy: *“A Prefeitura uma época chegou a fazer uma proposta, mas o valor era muito baixo, aí nenhuma instituição se candidatou a ficar”* e de Silvana *“as duas coisas que faltam hoje no município seria a questão do trabalho e o Centro de Convivência”*, configurando mais essa discrepância.

Um bom exemplo dessa política vem do relato de uma assistente social que atua no Centro de Convivência e Cooperativa de Santo Amaro e participou do 1º Encontro Estadual da categoria, realizado no município de Campinas, e ela mesma descreve o apoio recebido de uma incubadora de cooperativas populares, vinculada à Fundação Getúlio Vargas.

Trata-se do projeto Banco de Troca Solidária em que “cada participante da feira tem uma conta corrente, eles já têm até o cartãozinho para fazer esse exercício de depositar os talentos, podendo utilizar na feira ou no bazar terapêutico Amoreira, que funciona no CECCO” (CRP SP, 2015, p. 24).



Figura 6 – Oficina no CECCO São Domingos⁵²

⁵² Imagem extraída da página oficial do CECCO São Domingos. Disponível em: <<https://www.facebook.com/photo.php?fbid=514217710497216&set=pb.100057269747270.-2207520000.&type=3>> Acesso: 15 set. 2022.

Além disso, suas ações promovem o encontro e a troca entre diferentes grupos de pessoas, meio de reinserção e convívio social e de aprendizado de diferentes técnicas como podemos ver na figura 6, logo acima, que mostra uma oficina de tecelagem realizada em junho de 2022 no CECCO São Domingos, que fica na zona oeste da capital paulista.

Como podemos ver, eles têm como proposta “promover a convivência entre todas as pessoas, sobretudo as pessoas com transtornos mentais à população que habitualmente frequentam esses espaços públicos”, facilitando esse encontro.

Eles proporcionam uma circulação irrestrita apenas aos espaços de tratamento e convidando-as para “trânsitos mais espontâneos pela cidade”, agindo a favor de uma clínica antimanicomial, como explana outro usuário da saúde mental e frequentador de um CECCO ouvido por Ferigato (2016, p. 96):

[...] minha vida era do C.S pra casa e de casa pro C.S, não tinha vontade de sair, me fechava dentro de casa, não sabia que tinha e-mail, nada. Então, até que um dia eu tive coragem de ir conhecer o CECCO, a coordenadora do C.S que me levou um dia lá pra conhecer e eu resolvi começar a participar. No começo eu achava que eu não ia conseguir aprender nada ali, naquele local; eu não tinha memória. Até hoje eu falo pra eles: nunca imaginei que algum dia eu ia conseguir fazer um pastel do começo ao fim, vender. E isso me ajudou tanto, que até a medicação diminuiu, a psiquiatra foi abaixando e hoje em dia eu tomo muito menos medicamento do que eu tomava antes.

As variadas oficinas desenvolvidas ali são as principais ferramentas e modos de expressão nesses Centros, visando propiciar à todos a “construção de novas relações, de convivência entre sujeitos comumente marcados por histórias de exclusão e marginalização e destes com o restante da população”, estimulando atividades que “possam vir a se transformar em geração de renda e a inserção em redes de economia solidária”, salienta a Prefeitura da Capital⁵³ (2020) e recupera a assistente social (CRP SP, 2015, p.25) que lista as ações do Centro em que ela trabalha:

O projeto “Criando Possibilidades” de economia solidária inclui a incubação de dois empreendimentos (Rede Prosol e o Retalho Vivo), grupos de geração de renda, Oficina de Sonhos, decupagem, marcenaria, culinária, tecer, o Tramas e Fios, a Feira, o Banco de Trocas, o Armazém Solidário e o Bazar Amoreira.

53

Disponível em:
<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/saude_mental_ad/index.php?
Acesso: 27 nov. 2022.

=303568>

Amargas contradições entre a práxis social e a legislação mesmo em um município com o porte de Sorocaba e com uma grande quantidade de assistidos pelos serviços públicos de saúde mental, com um longo e doloroso histórico na área e que ainda não possui um desses CECCO'S.

Tão pouco os CAPS estão articulados aos recursos e saberes da própria comunidade e com outros setores do próprio governo para a inserção profissional e sequer são desenvolvidas neles atividades dirigidas ao trabalho e à geração de renda, como determinam os documentos oficiais.

Como esclarece Silvana: *“não é a nossa realidade hoje e depois com a pandemia, faz dois anos que a gente não faz nem bazar...”*, indicando uma descontinuidade dos serviços oferecidos, como em suas palavras: *“A gente tinha um grupo de geração de renda que era um bazar e as coisas que eram produzidas nas atividades de terapia ocupacional eram vendidas e os próprios pacientes do serviço é que faziam esse trabalho”*.

Mesmo sem acesso ao trabalho e às atividades de geração de renda, outra contradição é deflagrada quanto à k) impossibilidade de obtenção dos benefícios sociais destinados aos que vivem em desvantagem e se tornaram usuários graves dos CAPS após o fechamento dos hospitais e, ao mesmo tempo, nunca trabalharam e, mesmo sobrevivendo com muita dificuldade, permanecem duplamente desprotegidos.

Como lamenta Laura que nunca trabalhou formalmente, está desempregada, vive em sofrimento psíquico e sem fonte de renda: *“Eu tentei o benefício, mas, não consegui, aí eles falavam assim que benefício é para gente cadeirante, para deficiente e eles falavam para mim que eu não precisava, foi bem difícil”*.

Da mesma forma se queixa Ronaldo: *“eu estou precisando dos benefícios, o direito de receber a aposentadoria, o LOAS, o auxílio-doença, porque muitos perderam esse direito, eu perdi meu direito, porque o governo cortou tudo”* (OLIVEIRA, 2017, p.188 - 282).

Isso ocorre, segundo os trabalhadores/as dos CAPS, devido ao fato de que há rígidas regras para a obtenção desses benefícios, como a renda per capita familiar que não deve ultrapassar, em dias atuais, o valor de R\$ 303,00 (trezentos e três reais): *“é uma questão um pouco difícil porque a família tem que ter uma renda específica, não é simplesmente a pessoa não ter condições de trabalhar que ela tem o direito”* declara Silvana.

Darcy por sua vez explica: *“para poder receber o benefício de prestação continuada você tem que estar dentro dos critérios. Se a per capita for superior a um quarto (1/4) de salário mínimo, a pessoa não recebe e a gente sabe que um quarto de salário mínimo hoje em dia é muita miséria, a pessoa já está vivendo em extrema pobreza e já não dá”*, como ela mesma relata o caso de um de seus usuários: *“ele é um esquizo e não tem benefício, porque a família dele tem uma renda que não se enquadra”*.

Ele/a ainda sinala que muitos daqueles que hoje vivem em residências terapêuticas obtiveram acesso à essa segurança, como testificam Silvana: *“a gente tem aqui bastante paciente que tem o benefício”* e Darcy: *“Eu tenho paciente que tem uma situação de vida complicada, que depende de benefícios sociais”*.

Porém, em alguns casos a tutela dessas pessoas por agentes do Estado lhe furtaram esse direito, como ressalva Jussara: *“a L. não tem LOAS, por que uma outra pessoa ficou com o LOAS dela, por que antigamente, antes dela vir para cá, a pessoa ficou com a curatela, não trouxe dinheiro, não trouxe nada”*.

Já, *“um estudo assim para te dizer números exatos eu não tenho”*, como disse Darcy em 2021, revela uma 1) insuficiência de dados sobre os CAPS, sua atuação e seus resultados e vale reforçar que para elaborar políticas públicas eficientes no enfrentamento aos processos de exclusão que usuários e usuárias desse sistema enfrentam traçar os perfis socioeconômico ou epidemiológicos dessa população contribuiria muito para essa tarefa.

O que não coincide com a realidade, conforme testificam Marisa: *“a gente não tem isso tabulado. Eu vou te falar o que eu pude perceber. É lógico que a maioria dos meus pacientes têm um perfil socioeconômico mais baixo mesmo e um poder aquisitivo mais baixo”* e Claudia: *“não existe uma pesquisa epidemiológica”* (OLIVEIRA, 2017, p. 191 - 246).

Estudos da ONU compartilham desse quadro e indicam que ainda é um desafio obter “dados específicos de saúde mental” e desde 2014 apenas 13% dos países respondentes compila esses dados, além disso, apenas 5% das investigações científicas na área da saúde dedicam-se a esse campo de estudos.

Outrossim, faltam monitoramento e avaliação dos serviços prestados, transparência no uso de recursos públicos e incentivo à pesquisa, conforme reivindica Luciana Barrancos do Instituto Cactus⁵⁴ à Câmara dos Deputados em Brasília em julho de 2022:

⁵⁴ Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/noticias/895583-pesquisadores-criticam-apagao-de-dados-sobre-saude-mental-no-pais/>> Acesso: 27 nov. 2022.

De 2002 a 2020 foram financiados 6.500 projetos de pesquisa em saúde, totalizando R\$ 1,4 bilhão, mas em saúde mental especificamente foram apenas 249 projetos, ao custo de cerca de R\$ 27 milhões — menos do que 2% do total da pesquisa em saúde.

Com as mesmas dificuldades não temos no país uma compilação de dados à disposição que nos mostre com clareza quem são essas pessoas e que ações devem ser promovidas a favor delas, mesmo dados básicos como: idade, sexo, ocupação, tipo de moradia, renda per capita, escolaridade, cor, gênero, número de filhos e doenças prevalentes, por exemplo, além de instâncias como acesso ao saneamento básico, à energia elétrica ou à casa própria, entre outras.

Embora muito variáveis sabe-se que a grande maioria de seus usuários tiveram poucas oportunidades educacionais e profissionais ao longo da vida, vivem em bairros periféricos da cidade, em condição de moradia de rua, tem dificuldades no acesso à atenção especializada, vivem em situação de vulnerabilidade, moram com familiares ou em residências terapêuticas.

Muitos são solteiros, desempregados ou recebem algum benefício social, tratando-se de um “problema central da sociedade contemporânea: milhões de seres humanos destituídos de condições de vida ou de pleno acesso aos direitos universais”, como diz Zioni (2006, p.16) e presencia Jussara em seu cotidiano trabalho de desinstitucionalização psiquiátrica ao refletir:

[...] quando eu cheguei para levar a moradora na casa da família, eu tive dó de deixar a minha moradora lá, porque lá era muito pior, nem comparação com a vida que a moradora tem aqui. Porque aqui ela tem roupa, tem sapato, ela come o que ela gosta e tudo mais e lá não tinha nada, entendeu?

Diante de tamanhas contradições ouvir, registrar e documentar as vozes dos silenciados pela própria história e suas histórias no mundo do trabalho torna-se fulcral, como valida Jussara quando lhe pergunto se ela já havia participado de uma averiguação como essa em seus mais de trinta anos de serviço: “*Nunca participei, nunca fui convidada. Nunca tive a oportunidade de falar o que estou falando para você hoje e isso é muito importante. Eu achei de uma importância fundamental*”.

Mário, que vive no sistema há mais de três décadas, quando lhe perguntei se já havia se declarado em alguma entrevista, revalidou: “*Isso não. Nunca participei. Primeira vez*”, depoimentos que podem contribuir para o levantamento de dados, para a

formulação de hipóteses e para a elaboração de ações afirmativas, para a educação, para a diminuição dos densos estigmas e dos preconceitos, bem como, para o processo de reforma e o pleno desenvolvimento da política pública na área.

Essas pessoas enfrentam ainda o preconceito contra quem vive sob um m) forte tratamento medicamentoso e carece de trabalho, como relata Sueli: *“Ele fala: mãe eu quero trabalhar. Porque eles falam: ai, ele toma remédio”*, içando outra contradição dessa história quase sempre marcada pelas altas doses de medicamentos.

Doses que excluem mesmo fora dos muros manicomiais, como constata a mãe de Ronaldo: *“deveria ter uma mudança aí, os psiquiatras deveriam rever isso, é muito remédio!”*, impedindo-as de desenvolverem simples atividades cotidianas e de laborar, como ela mesma descreve: *“Vão medicando, medicando, daqui a pouco você chega lá e estão todos dormindo, babando”*.

A mulher ainda questiona: *“A hora que eu via que o medicamento era muito forte eu falava: doutor, não dá para diminuir?”* e como mãe e terapeuta opina: *“Isso é errado. Eles são seres humanos. O tratamento medicamentoso não é a saída”* (OLIVEIRA, 2017, p. 202 – 296).

Ademais, o professor Marcelo aduz que para outros “a situação psicótica seria um fator impeditivo determinante”, além das múltiplas causas que contribuem para a impossibilidade de trabalhar como a “condição social, psíquica e orgânica; os sintomas psicóticos; as características de cada um; a falta de formação profissional; as condições socioeconômicas e a família” (RIBEIRO, 2009, p.110).

Além dos efeitos colaterais dos remédios, elencou Ribeiro (2009, p.110) e lhe relatou José, *“não dá para trabalhar por causa da moleza causada pelos remédios”*, assim como vivenciaram Laura: *“Em 2014 eu fiquei no leito, porque eu tomei Haldol e era muito forte para meu corpo suportar, então eu não me mexia, eu começava a andar igual um robô, ficava na cama...”* (OLIVEIRA, 2017, p.302) e Mário: *“Essa doença que eu tenho quando ataca tem que tomar o remédio”*.

Ainda, se registravam incontáveis casos de pessoas que os ingeriam com bebidas alcóolicas, que eles eram a principal forma de tratamento oferecido pelos ambulatórios federais, que a propriedade privada da maior parte dos estabelecimentos de saúde mental comprovavam que a loucura é um negócio lucrativo.

Nise (SILVEIRA, 1992, p.13) denuncia ainda que nos bastidores políticos atuaria uma forte indústria farmacêutica e que seus terríveis efeitos colaterais “os deixariam

entorpecidos das funções psíquicas, com dificuldades de tomar decisões e sonolência permanente”.

Tudo isso, contraria “o uso racional do medicamento em associação a outras abordagens como consultas, oficinas terapêuticas, atividades socioterápicas, grupos operativos, psicoterapia e atividades comunitárias” que devem ser enfatizadas pelos CAPS, como adverte Guimarães (2013, p.363).

Por outro lado, quem trabalha no serviço e conhece a causa, trata da necessidade dessa medicação e dos cuidados com ela, como frisam Jussara: “*A medicação é importantíssima. A medicação é um dos fatores importantíssimos para eles*” e Silvana:

[...] eu não vejo isso de medicamento atrapalhar alguma coisa no dia a dia, na verdade mais beneficiar, porque às vezes ele não está bem, ele está com problemas de depressão ou alguma coisa assim, ansiedade, transtorno de pânico e aí tá atrapalhando no serviço, ele vem faz uso da medicação fica bem e dá continuidade no trabalho, eu não vejo problema na medicação.

Ao tratar desse assunto, elas mesmas indicam para uma n) falta da medicação que deveria estar disponível nas farmácias desses Centros e que é garantida pela Portaria nº 1.554, de 30 de julho de 2013, que dispõe sobre o acesso aos medicamentos no âmbito do SUS, gerando inúmeros problemas como esclarece Darcy:

“O município deixou faltar medicação uma época para mim. Depois veio uma ouvidoria de um paciente e eu respondi: falta de medicação, essa é a resposta. Não tinha no Regional. E assim, a gente aqui tenta tratar o paciente com o que tem no SUS, os médicos prescrevem a cesta básica que tem no SUS, justamente para que o paciente não fique sem medicação.

Há ainda de se considerar o) o desmonte de editais e projetos no campo do trabalho e renda, como recorda Darcy: “*Teve um paciente aqui, na época a gente tinha uma oficina e ele tinha um posto de trabalho aqui no CAPS*” e ela mesma ainda relata que recursos destinados à área são devolvidos por falta de um plano de trabalho das instâncias superiores: “*Chegou a vir recentemente uma verba de Brasília, eu não sei te falar exato o valor, mas infelizmente essa verba voltou*”.

Por fim, se por um lado é modo de instituição de poder e forma histórica de se lidar com a loucura, por outro, é elementar à condição humana, aspecto básico das condições materiais de vida em qualquer sociedade e o trabalho, em suas múltiplas dimensões, tem sido visto hoje como um dos caminhos para a construção da liberdade,

da autonomia e da emancipação, reabilitação e reinserção, inclusive produtivo-econômica, dessas pessoas em suas comunidades.

Ponte imprescindível para a participação no mundo das trocas sociais e meio de subsistência para muitos, como declara Ronaldo: *“aquelas pessoas que estão se tratando e precisam de dinheiro, de geração de renda, o trabalho seria muito importante”* (OLIVEIRA, 2017, p. 198).

Marcado por antagonismos, no campo ou na cidade, requer cada vez mais especialização aos que nele atuam e ganhar o pão de cada dia é tarefa espinhosa, momento em que se produz constantemente novas “questões sociais”, se aprofundam as desigualdades e milhares são arrastados para a pobreza e para um futuro incerto, como relata Darcy: *“Ele até hoje não conseguiu, ele vem até hoje aqui e fala: ai Darcy tá difícil, tá difícil”*.

Nesse ínterim, trabalho e loucura permanecem associados, seja como ergoterapia, inatividade, trabalho assistido, atividade doméstica, trabalho formal remunerado, trabalho cooperado, intercalando momentos de trabalho concebido como tratamento ou como papel social valorizado.

Mesmo diante de seu potencial humanizador, terapêutico e emancipatório, inerente aos próprios cuidados prestados à população num enlace clínico, político, econômico e social que possa garantir que elas exerçam plenamente seus direitos e sua cidadania, o professor Marcelo Ribeiro nos avisa que:

[...] a consolidação de programas e políticas de garantia de direitos para pessoas vivendo com sofrimento mental ainda são um projeto a ser construído no Brasil se resumindo a poucas ações pontuais e poucos programas públicos – muitas vezes pouco efetivos pela falta de treinamento dos profissionais e a falta de investimentos.

Para cumprir as atuais disposições legais nos campos do trabalho e geração de renda seria preciso implementar diferentes ações afirmativas, leis de cotas, programas e núcleos de trabalho protegido, implantar centros de convivência, estimular a formação de associações e cooperativas, distribuir e manter bolsas de trabalho, criar novas formas de cuidar e de trabalhar e incentivar distintas maneiras de organização para o trabalho.

Seria preciso ainda dar acesso ao trabalho remunerado, à geração de renda e às redes de sociabilidade, cuja ausência do Estado é regularmente apontada por usuários e trabalhadores do serviço, como aditou Alberto em 2004: *“a prefeitura tem que fazer alguma coisa por nós, é sua obrigação”*.

É o que confirmou Dona Sueli em 2017: “a Prefeitura não faz um projeto que coloca um paciente do CAPS para trabalhar” (OLIVEIRA, 2017, p. 289) e constatou Darcy em 2021: “Eu tenho oficina? Tenho, mas as minhas oficinas não são de geração de emprego e renda”.

É preciso corrigir também outras falhas no funcionamento desses CAPS como as apontadas pela avaliação feita pelo CREMESP que visitou 40% deles em todo o estado e concluiu que “menos da metade” deles cumpre “o que diz a portaria no seu conjunto”, referindo-se à Portaria 336 de 2002.

Além disso, itens fundamentais como “a existência de um projeto terapêutico para a instituição e para cada paciente, não foram encontrados na maioria dos Centros”, assim como, muitos prontuários estavam incompletos e ilegíveis, o que pode revelar “possível descuido no tratamento”, salienta o Conselho (CREMESP, 2010, p. 24).

Mais quesitos avaliados demonstram sua precariedade como o fato de que 25,3% dos CAPS não tinham retaguarda para emergências médicas, 31,3% dos Centros em geral não tinham retaguarda para emergências psiquiátricas e 42,0% não contavam com retaguarda para internação psiquiátrica; 45,2% dos CAPS não realizavam capacitação das equipes de atenção básica e 64,3% não faziam supervisão técnica para os membros dessas equipes.

Outrossim, 16,7% deles não tinham responsável médico; 69,4% dos entrevistados disseram que a maior dificuldade das equipes era a insuficiência do quadro de pessoal, afere o Conselho que ainda salienta que “com falhas na assistência, sem retaguarda clínica e psiquiátrica, e com precária articulação com os recursos comunitários, os CAPS se revelam incapazes de assumir as funções para os quais foram criados (CREMESP, 2010, p. 23-24).

Nesse contexto há ainda de se destacar “a luta contra o racismo e a as discussões sobre a interseccionalidade”, seguindo a direção de uma “política de saúde mental pautada pelo cuidado em liberdade”, compreendendo a pessoa em integralidade, subjetividade e complexidade, “recorrendo aos recursos territoriais para a construção de um cuidado” efetivo e humanizado às pessoas em sofrimento psíquico, mesmo de frente ao avanço de “uma agenda conservadora” que tem promovido verdadeiros retrocessos nos serviços públicos de atenção e cuidados à saúde mental no país (CFP, 2022, p. 15).

Além de não serem muitos sua situação é precária, faltam profissionais, recursos e retaguarda e o modelo “ainda se debate entre precariedades”, como constataria Marisa há quase cinco anos: “eu preciso de um médico clínico, um carro de referência, eu preciso

de aparelhos” ou como criticava dona Sueli: *“o CAPS ainda não está preparado, não tem uma estrutura boa”* (OLIVEIRA, 2017, p. 202 - 250).

Carência que vivencia Darcy diariamente: *“Infelizmente hoje o CAPS que eu tenho em Sorocaba é um CAPS Ambulatório, ele não é um CAPS daquela forma bonitinha que tem nas Portarias”*, levantando “correntes favoráveis e contrárias” a ele. Nesse caso, é possível que elas “se sintam fortalecidas” e digam que “se as unidades não cumprem grande parte do estabelecido em lei, será melhor fechá-las”, conforme nos alerta o Conselho (CREMESP, 2010, p. 26).

Lembrando que essas “constatações” não retiram seu papel fundamental na mudança de um modelo hospitalocêntrico para um modelo aberto, livre, digno e comunitário, embora seja necessário reavaliar suas funções, isso não significa “uma negação de sua importância” (CREMESP, 2010, p 27).

Finalmente, foram muitas as transformações nesse sistema e de “loucos asilados, assustadores e recusados pelas famílias e pela sociedade”, essas pessoas “estão ganhando a possibilidade de uma integração e um reconhecimento como membro participativo e às vezes produtivo” em suas comunidades diz o CREMESP (2010, p 27).

É o que confirmam os estudos do próprio Conselho Regional de Medicina de São Paulo (2010, p. 27) e presencia Jussara diariamente quanto à diminuição do preconceito junto à comunidade: *“Hoje eles podem ir e vir a qualquer lugar. Hoje eles são vistos de outra forma”*.

Outrossim, ao longo do processo de desinstitucionalização psiquiátrica no país o número de CAPS pelo Brasil saltou de 148 em 1998 para mais de 2.800 em 2022 e estudos oficiais, como os da OMS, fazem referência à eles como alternativa humanizada na substituição dos antigos hospitais psiquiátricos, que ainda persistem em muitos lugares do mundo, e o modelo hoje representaria (WHO, 2022, p. 292):

[...] a pedra angular da atenção à saúde mental no Brasil, usada por mais da metade da população diagnosticada com uma condição de saúde mental. Estudos mostram que os CAPS são eficazes no apoio à autonomia e recuperação dos indivíduos, relatando altos níveis de satisfação por parte das pessoas com experiência vivida e seus familiares.

É ao esmiuçarmos tais regularidades e contradições que podemos considerar a permanência de densos muros invisíveis e de uma resistente camisa-de-força química que teimam em segregar essas pessoas do mundo do trabalho e da geração de renda, das redes

de sociabilidade e dos sistemas de proteção, alimentando uma espiral entre um intenso sofrimento psíquico, o desemprego e a pobreza.

Ela arrasta aqueles que se encontram mais vulneráveis, em desvantagem, efeito de uma longa história de marginalização, de diferentes processos de exclusão e de uma política pública cuja eficiência é questionada frente ao crescimento da demanda, ao sucateamento dos serviços, à movimentos contrarreforma, à morosidade na estruturação de uma Rede de Atenção Psicossocial e à gritante falta de recursos, apontando para um amanhã, no mínimo, nebuloso.

Essa análise pode contribuir para tomarmos novos rumos nessa história, visto que é preciso investir na área, na valorização, prevenção e promoção da saúde mental no Brasil, possibilitando que a Política Nacional de Saúde Mental e os CAPS, por conseguinte, se desenvolvam plenamente em sua complexidade e possam oferecer alternativas de trabalho e geração de renda a todos os usuários e usuárias desse sistema que assim o quiserem, como define a legislação.

Tais alternativas devem estar de acordo com seus gostos e habilidades, favorecer seus processos de reabilitação psicossocial, propiciando sua reinserção em suas famílias e comunidades, combatendo estigmas e preconceitos, promovendo o encontro com outras esferas sociais, operando pela construção de sua liberdade, emancipação e autonomia. Elas devem oportunizar a criação de novos projetos de vida e horizontes de futuro libertadores em respeito aos direitos garantidos em lei à todos que necessitam desse serviço público de atenção e cuidados à saúde mental em todo o país.

Referências Bibliográficas

ABRANCHES, Sérgio Henrique; SANTOS, Wanderley Guilherme dos e COIMBRA, Marcos António (orgs.). *Política Social e Combate à Pobreza*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. 1994.

AGAMBEN, Giorgio. *O poder soberano e a vida nua: homo sacer I*. Belo Horizonte: UFMG, 2010.

ALBORNOZ, S. *O que é trabalho*. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1994.

ANDRADE, Márcia Campos. COSTA-ROSA, Abílio. *O encontro da loucura com o trabalho: concepções e práticas no transcurso da história*. Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia, 7 (1), jan - jun, 2014, p. 27-41.

AMARANTE, Paulo. *Uma aventura no Manicômio: a trajetória de Franco Basaglia*. História, Ciências e Saúde – MANGUINHOS, I (1): 61-77, JUL-OCT, 1994. p. 62

AMARANTE, Paulo D. C. TORRE, Eduardo H. G. *A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Revista Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 26-34, maio/ago. 2001.

ARENDT, Hannah. *A condição humana*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001. 352 p.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA – ABP. *Diretrizes para um Modelo de Assistência Integral em Saúde Mental no Brasil*. Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP: 2006, 58 p.

BALLARIN, Maria Luisa Gazabim Simões, MIRANDA, Iara Monteiro Smeke de, CARVALHO, Carolina Magaldi de. *Centro de Atenção Psicossocial do município de Campinas: estudo sobre o perfil sociodemográfico e clínico de seus usuários*. Rev. Ciênc. Méd., Campinas, 20(3-4):59-67, maio/ago., 2011

BARROS, D. D. A. (1990). *Desinstitucionalização Italiana: a experiência de Trieste*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

BARROS, José D'Assunção. *Teoria da História – Volume V – A Escola dos Annales e a Nova História*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

BASAGLIA, Franco. *A Instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985, 323p.

BIROLI, Flávia. MIGUEL, Luís Felipe. *Gênero, raça, classe: opressões cruzadas e convergências na reprodução das desigualdades*. In: *Mediações*, Londrina, V. 20 N. 2, P. 27- 55, JUL./DEZ. 2015.

BRASIL. **Constituição** (1988). **Constituição** da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. *A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Mental e Economia Solidária: Inclusão Social pelo Trabalho*. Brasília: Ministério da Saúde. 2005

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Diretrizes Assistenciais para a Saúde Mental na Saúde Suplementar*. Rio de Janeiro: ANS, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde Mental em Dados – 12, Ano 10, nº 12, outubro de 2015*. Brasília, 2015. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 48p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. *Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. *Reforma do Estado para a Cidadania: a reforma gerencial brasileira na perspectiva internacional*. São Paulo: Ed. 34; Brasília: ENAP, 1998. 368 p.

BURKE, Peter. *A escrita da História*. São Paulo. UNESP, 1992.

CAÇAPAVA, Juliana Reale. COLVERO, Luciana de Almeida. PEREIRA, IMTB. *A Interface entre as Políticas Públicas de Saúde Mental e Promoção da Saúde*. Saúde Soc. São Paulo, v.18, n.3, p.446-455, 2009.

CAMPOS, Rosana Teresa Onocko. FURTADO, Juarez Pereira. *Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde*. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(5):1053-1062, mai, 2006.

CASTEL, Robert. *A dinâmica dos processos de marginalização: da vulnerabilidade à “desfiliação”*. Cadernos CRH, nº 26 e 27, pp. 19-40, 1997a. _____. As armadilhas da exclusão. In Desigualdade e a questão social. São Paulo: EDUC, 1997b, pp. 15-48.

_____. *As metamorfoses da questão social.: uma crônica do salário* / Robert Castel; tradução de Iraci D. Poleti. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998. 611 p.

CAYRES, Alina Zoqui de Freitas. Et al. *Caminhos para a desinstitucionalização no Estado de São Paulo: censo psicossocial 2014*. São Paulo: FUNDAP: Secretaria da Saúde, 2015. 147p.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas - 2017* / Conselho Federal de Psicologia; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão / Ministério Público Federal; – Brasília DF: CFP, 2018. 172 p. : il.

_____. *Referências técnicas para atuação de psicólogos (os) no CAPS — Centro de Atenção Psicossocial* / Conselho Federal de Psicologia, Conselhos Regionais de Psicologia, Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas – ed. rev. — Brasília : CFP , 2022.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA. *Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Estado de São Paulo*. Coordenação Institucional de Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2010.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO. *Os Centros de Convivência e Experiências de Economia Solidária*. São Paulo: CRP - SP, 2015. 96 p.

COORDENADORIA DE SAÚDE MENTAL/ SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO. *O Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz da Rocha Cerqueira*. São Paulo, 1987. Mimeo

COSTA, Alfredo Bruto da. *Exclusões Sociais*. Lisboa: Gradiva. 2007.

CRENSHAW, Kimberlé W. (2002). *Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao Gênero*. Estudos Feministas, v. 1, pp. 171-188.

CRESPO, Antônio Pedro Albernaz. GUROVITZ, Elaine. *A pobreza como um fenômeno multidimensional*. RAE-eletrônica, Volume 1, Número 2, jul-dez/2002.

DEJOURS, C. *Réhabiliter la normalité? Le Passant Ordinaire*, n. 45, p. 21-28, 2003.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. *Saúde mental e direitos humanos: 10 anos da Lei n. 10.216/2001*. Arquivos Brasileiros de Psicologia, Rio de Janeiro, v. 63, n. 2, p. 114-121, 2011. p. 114

EDINGER, Cláudio. *Madness*. New York: DBA, 1999.

EL-BAINY, Estenio Iriart. *Juliano Moreira. O Mestre. A Instituição*. Salvador – BA: Memorial Professor Juliano Moreira, 2007. 77p.

FERIGATO et al. *Os centros de convivência: dispositivos híbridos para a produção de redes que extrapolam as fronteiras sanitárias*. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.8, n.20, p.80-103, 2016.

FOUCAULT, Michel. *História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1978. 608p.

_____. *Microfísica do poder*. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

FRALETTI, Paulo. *Juqueri: Passado, Presente, Futuro*. Arquivo. Saúde Mental- Estado de São Paulo ,XLVI, (p. 156-177), 19Sü/87.

GARCIA, Marcos Roberto Vieira Garcia. *A Mortalidade nos Manicômios da Região de*

Sorocaba e a Possibilidade da Investigação de Violações de Direitos Humanos no Campo da Saúde Mental por Meio do Acesso aos Bancos de Dados Públicos. Revista Psicologia Política. VOL. 12. nº 23. p. 105-120. JAN. – ABR. 2012.

GOFFMAN, Erving. *Estigma: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada*. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

GONDIM, Denise Saleme Maciel. *Análise da implantação de um serviço de emergência psiquiátrica no município de Campos: inovação ou reprodução do modelo assistencial?*[Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001. 125 p.

GUIMARÃES, Andréa Noeremberg. Et al. *Tratamento em saúde mental no modelo manicomial (1960 a 2000): histórias narradas por profissionais de enfermagem*. Revista Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2013 Abr-Jun; 22(2): 361-9.

HENNING, Carlos Eduardo. *Interseccionalidade e pensamento feminista: As contribuições históricas e os debates contemporâneos acerca do entrelaçamento de marcadores sociais da diferença*. Mediações, Londrina, V. 20 N. 2, P. 97-128, jul./dez. 2015.

HOBBSHAWM, Eric. *Era dos Extremos : o breve século XX : 1914-1991*. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

JORGE, Maria Salete Bessa. *Reabilitação Psicossocial: visão da equipe de Saúde Mental*. Revista Brasileira de Enfermagem. 2006, nov-dez; 59(6): p. 734-9.

JORGE, Miguel R. FRANÇA, Josimar. Associação Brasileira de Psiquiatria. *A Associação Brasileira de Psiquiatria e a Reforma da Assistência Psiquiátrica no Brasil*. Revista Brasileira de Psiquiatria 2001;23(1):3-6

LE GOFF, Jacques. *História e Memória*. Campinas: Editora UNICAMP, 2003.

LE GUILLANT, L. Uma experiência de readaptação social. In: LIMA, E. A. (Org.). *Escritos de Louis Le Guillant: da ergoterapia à psicopatologia do trabalho*. Petrópolis: Vozes, 2006a. p. 154-172.

KREIN, José DARI. *O desmonte dos direitos, as novas configurações do trabalho e o esvaziamento da ação coletiva Consequências da reforma trabalhista*. Tempo Social, revista de sociologia da USP, v. 30, n. 1.

MATTA, G.C., REGO, S., SOUTO, E.P., and SEGATA, J., eds. *Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia* [online]. Rio de Janeiro: Observatório Covid 19; Editora FIOCRUZ, 2021, 221 p.

MARTINS, José de Souza. *Exclusão social e a nova desigualdade*. São Paulo: Paulus, 1997.

_____. *Reflexão crítica sobre o tema da “exclusão social*. In *A Sociedade vista do abismo: novos estudos sobre exclusão, pobreza e classes sociais*. Petrópolis: Vozes, 2002, pp. 25-47.

MARX, K. *Manuscritos econômico-filosóficos*, São Paulo, Boitempo, 2004.

a. _____. *A Ideologia Alemã*. São Paulo, Hucitec, 1984.

b. _____. *As lutas de classes em França*. Lisboa, Avante, 1984.

_____. *O Capital*. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1974.

_____. *A Questão Judaica*. São Paulo: Centauro. 2005.

MASIERO, A. L. *A lobotomia e a leucotomia nos manicômios brasileiros*. *História, Ciências, Saúde*. Manguinhos, vol. 10(2): 549-72, maio-ago. 2003.

MEIHY, José Carlos Sebe Bom. *Manual de História Oral*. São Paulo: Edições Loyola, 2002. 246p.

MIRANDA-SÁ, Salvador de. *Breve histórico da psiquiatria no Brasil: do período colonial à atualidade*. *Revista Psiquiatria RS*. 2007;29(2):156-158.

NERI, Marcelo C. e HECKSHER, Marcos D. “*A Montanha-Russa da Pobreza*”, Marcelo Neri e Marcos Hecksher – 13 págs., Rio de Janeiro, RJ – junho/2022 - FGV Social.

NICÁCIO, F. N.; MANGIA, E. F.; GHIRARDI, M. I. G. *Projects of inclusion in the work and people’s emancipation: a discussion of perspectives*. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 16, n. 2, p. 62-66, maio./ago., 2005.

NUNES, MÔNICA DE OLIVEIRA et. Al. *Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(12):4489-4498, 2019.

OLIVEIRA, Everton Roberto de. *re.construindo mundos: arte, direitos humanos e cidadania nos Centros de Atenção Psicossocial*. / Orientadora Sandra Regina Chaves Nunes. – São Paulo, 2017. 307 f.

OMS. Relatório Mundial da Saúde - *Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. 1ª edição, Lisboa, Abril de 2002.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Declaração Universal dos Direitos Humanos*, 1948. Disponível em: <<https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>>. Acesso em: 12 dez. 2020.

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

PEREIRA, Maria Odete. Et al. *Perfil dos usuários de serviços de Saúde Mental do município de Lorena – São Paulo*. Revista Acta Paul Enferm. 2012; 25(1):48-54.

PISCITELLI, A. *Interseccionalidades, categorias de articulação e experiências de migrantes brasileiras*. *Sociedade e Cultura*. Goiânia, v. 11, n. 2, 2008. DOI: 10.5216/sec.v11i2.5247. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fcs/article/view/5247>.

POLLIT, Christopher & BOUKAERT, Geert. *Public Management Reform: a comparative analysis*. Oxford: Oxford University, 2004. 345p.

RAMOS, Fernando A. da Cunha; GEREMIAS, Luiz. *Instituto Philippe Pinel: origens históricas*. Disponível em: http://www.sms.rio.rj.gov.br/hospitais/pinel/media/pinel_origens.pdf, com acesso em 17. dezembro. 2016.

RIBEIRO, FML, MINAYO, MCS. *As Comunidades Terapêuticas religiosas na recuperação de dependentes de drogas: o caso de Manguinhos, RJ, Brasil*. Interface (Botucatu). 2015; 19(54):515-26.

RIBEIRO. Marcelo Afonso. Trabalho e loucura: possibilidades de carreira para pessoas em situação psicótica. *Mental* v.7 n.12 Barbacena jun. 2009.

RIBEIRO, Marcelo Afonso. Orientação profissional para “pessoas psicóticas”: um espaço para a elaboração de estratégias identitárias de transição através da construção de projetos ocupacionais / Marcelo Afonso Ribeiro – São Paulo: s.n., 2004. – 177p.

SAFATLE, Vladimir. *O Circuito dos afetos: Corpos Políticos, Desamparo, Fim do Indivíduo*. São Paulo: Cosac Naify, 2015. 358 p.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Regiões de Saúde. DRS – XVI – Sorocaba. *Plano de Ação Regional – RAPS, CIR Sorocaba – SP*, 2015. 106 p.

SARLO, Beatriz. *Tempo Passado: cultura da memória e guinada subjetiva*. Trad. Rosa Freire de Aguiar. São Paulo: Companhia das Letras, Belo Horizonte, UFMG, 2007.

SELL, Carlos Eduardo. *Sociologia clássica: Marx, Durkheim e Weber*. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2013.

SEN, Amartya. *Desenvolvimento como liberdade*. Amartya Sen ; tradução Laura Teixeira Motta ; revisão técnica Ricardo Doninelli Mendes. — São Paulo : Companhia das Letras, 2000.

SECCHI, Leonardo. *Políticas Públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos*. São Paulo: Cengage Learning, 2012.

SILVA, Ellayne Karoline Bezerra da. ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. *Desinstitucionalização Psiquiátrica no Brasil: riscos de desresponsabilização do Estado?* Revista Katál, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 252-260, jul./dez. 2014.

SILVA, Letícia Batista *Crise e pandemia: quando a exceção é regra geral* / Organizado por Letícia Batista Silva e André Vianna Dantas. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2020. 245 p.

SILVA, Thaiga Danielle Momberg, Garcia, Marcos Roberto Vieira. *Mulheres e loucura: a (des)institucionalização e as (re)invenções do feminino na saúde mental*. Revista Psicol. Pesqui., Juiz de Fora, Janeiro-Abril de 2019, páginas, 42-52.

SILVEIRA, Nise da. *O mundo das Imagens*. Rio de Janeiro, 1992. 165p.

SCHWARTZMAN, Simon. *Pobreza, exclusão social e modernidade: Uma introdução ao mundo contemporâneo*. Augurium Editora, São Paulo, 2004. 185 p.

SCOTT, Joan Wallach. *Gênero: uma categoria útil de análise histórica*. Educação & Realidade. Porto Alegre, vol. 20, nº 2, jul./dez. 1995, pp. 71-99.

SCOTT, Joan W. *O enigma da igualdade*. Rev. Estud. Fem., Florianópolis, v. 13, n. 1, p. 11-30, Apr. 2005.

STUART, G. W.; LARAIA, M. T. *Enfermagem Psiquiátrica: princípios e prática*. Trad. de Dayse Batista. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *World mental health report: transforming mental health for all*. Geneva: 2022, 296 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Mental health atlas 2020*. Geneva: 2021. 136 p.

ZAPPITELLI, Marcelo C. GONÇALVES, Eliana C. e MOSCA, Ionira. *Panorama da Saúde Mental no Estado de São Paulo: leitos psiquiátricos e assistência extra-hospitalar*. Grupo de Saúde Mental da Coordenadoria de Planejamento de Saúde – SES/SP, 2005. p. 225

ZIONI, Fabiola. *Exclusão Social: noção ou conceito?* Revista Saúde e Sociedade v.15, n.3, p.15-29, set-dez 2006.

BRASIL. Lei 8080, 19 set. 1990.

BRASIL. Lei 8142, 28 dez. 1990.

BRASIL. Lei 8.742, 7 dez. 1993.

BRASIL. Lei 8987, 13 fev. 1995.

BRASIL. Lei 10.216, 4 jun. 2001.

BRASIL. Lei 13.429, 31 mar. 2017.

BRASIL. Lei 13.467, 13 jul. 2017.

BRASIL. Portaria nº 189 da Secretaria Nacional de Assistência Social, de 19 de novembro de 1991.

BRASIL. Portaria nº 2.203 do Ministério da Saúde, de 05 de novembro de 1996.

BRASIL. Norma Operacional Básica 01, Ministério da Saúde, de 06 de novembro de 1996.

BRASIL. Portaria nº 44, do Ministério da Saúde, de 10 de janeiro de 2001.

BRASIL. Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002.

BRASIL. Portaria nº 3088, do Ministério da Saúde, de 23 dez. 2011.

BRASIL. Portaria MS/SAS nº 854 de 22 de agosto de 2012.

BRASIL. Portaria nº 1.727 do Ministério da Saúde, de 24 de novembro de 2016.

BRASIL. Portaria nº 3.588 do Ministério da Saúde, de 21 de dezembro de 2017.

BRASIL. Nota Técnica nº 11 do Ministério da Saúde, de 04 de fevereiro de 2019.

SÃO PAULO. Portaria nº 147 da Secretaria Municipal de Saúde, de 27 de janeiro de 1990.

SÃO PAULO. Portaria nº 964 da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, de 27 de outubro de 2018.

www.apps.who.int

www.arch.coc.fiocruz.br

www.basilio.fundaj.gov.br

www.blog.saude.gov.br

www.bvsms.saude.gov.br

www.camara.leg.br

www.ccs.saude.gov.br

www.ccms.saude.gov.br

www.convid.fiocruz.br

www.cremesp.org.br

www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br

www.facebook.com

www.convid.fiocruz.br

www.gov.br

www.g1.globo.com

www.ibge.gov.br

www.ipea.gov.br

www.mapa.arquivonacional.gov.br

www.nacoesunidas.org

www.onu.org.br

www.pauloamarante.net

www.pfdc.pgr.mpf.mp.br

www.prefeitura.sp.gov.br

www.previdencia.gov.br

www.psiquiatriageral.com.br

www.saude.gov.br

www.saude.sp.gov.br