

UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO PROFESSOR JOSÉ DE SOUZA HERDY
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
Mestrado em Administração

**Estudos sobre a inserção das pessoas acometidas por transtornos mentais graves
no ambiente de trabalho**

Fábio da Silva Santos

Rio de Janeiro
2010

Fábio da Silva Santos

**Estudos sobre a inserção das pessoas acometidas por transtornos mentais graves
no ambiente de trabalho**

Dissertação apresentada junto ao mestrado em administração da Escola de Ciências Sociais Aplicadas, como requisito parcial para a obtenção do grau de mestre.

Orientador: Hélio Arthur Reis Irigaray

Rio de Janeiro
2010

CATALOGAÇÃO NA FONTE/BIBLIOTECA - UNIGRANRIO

S237e Fábio da Silva Santos.

Estudos sobre a inserção das pessoas acometidas por transtornos mentais graves no ambiente de trabalho / Fábio da Silva Santos. - 2010.
112 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado em Administração de Empresas) – Universidade do Grande Rio “Prof. José de Souza Herdy”, Escola de Ciências Sociais Aplicadas, 2010.

“Orientador: Prof. Hélio Arthur Reis Irigaray.”

Bibliografia: f. 105

1. Administração de empresas. 2. Empresas - Doentes mentais – Reabilitação. 3. Pessoa portadora de deficiência – Cidadania. 4. Inclusão Social. 5. Centros de Atenção Psicossocial. 6. Trabalho. I. Irigaray, Hélio Arthur. III. Universidade do Grande Rio “Prof. José de Souza Herdy”. IV. Título.

FÁBIO DA SILVA SANTOS

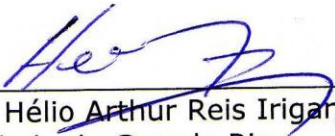
"Estudo sobre a Inserção dos Pacientes de Transtornos Mentais Graves no Ambiente de Trabalho".

Dissertação apresentada à
Universidade do Grande Rio
"Prof. José de Souza Herdy",
como parte dos requisitos
parciais para obtenção do grau
de Mestre em Administração.

Área de Concentração:
Gestão Organizacional.

Aprovado em 23 de junho de 2010.

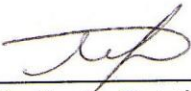
Banca Examinadora



Prof. Dr. Hélio Arthur Reis Irigaray
Universidade do Grande Rio



Prof. Dr. Luís César Gonçalves de Araújo
Fundação Getúlio Vargas



Prof. Drª. Maria Scarlet Fátima do Carmo
Universidade do Grande Rio

“O homem sem trabalho não tem honra”

Gonzaguinha.

Dedico a minha mãe, que em sua sabedoria sempre me fez perceber que é por meio do estudo e consequentemente por meio do trabalho que se constrói a dignidade do ser humano. E a Rodolfo meu companheiro, participante nestes altos e baixos níveis de humor proporcionados pelo mestrado. Conseguiu me aturar bravamente neste período.

AGRADECIMENTOS

Em especial ao meu orientador, o Prof.º Hélio Arthur por seus incontáveis puxões de orelha, *conversas* e ainda, as suas perguntas: “*Fabinho cadê a dissertação? Para de acumular tarefa e vai escrever!*” Mas penso que foi excelente casamento. Os anseios do Prof.º Arthur em dar voz aos excluídos e eu com meus “louquinhos”. Muito obrigado por tudo.

Ao corpo de professores do Curso de Mestrado em Administração da Unigranrio, que conseguiram, eu acho, fazer com que eu repensasse, ou melhor, reconstruísse tudo aquilo que eu havia construído nos bancos acadêmicos, e em especial a Prof. Scarlet que era um porto seguro e me dava colo depois das *conversas* do Prof.º Helio Arthur, até mesmo porque sua sala era ao lado.

Aos colegas de curso que com troca de informações nos estudos, trabalhos propostos e também na criação dos artigos, foram preciosos neste processo de reconstrução. A Adarlete, minha companheira de artigos e de funcionalismo público, às piadas e os contos de causo do Fernando eram divertidas e animavam a turma, “*tem alguém gravando isso ai?*”

A Professora Erotildes Leal com seu conhecimento em Saúde Mental, facilitou o acesso e o entendimento sobre esta área pouco conhecida na Administração

Aos meus superiores hierárquicos e colegas de trabalho que me apoiaram e investiram nesta minha empreitada para aplicar meus conhecimentos adquiridos no Mestrado em Administração, em nosso dia a dia de trabalho. E também aqueles colegas de trabalho que às vezes criticavam por eu “*estar fazendo um tal de mestrado*” não ia ao trabalho nos dias das aulas.

Agradeço também aos profissionais dos CAPS que me receberam e me acolheram durante meu período de entrevistas, e hoje com as parcerias se concretizando.

A todos, muitíssimo obrigado!

RESUMO

A questão da inclusão social é algo que tomou forma principalmente após a regulamentação de políticas públicas que beneficiam os menos privilegiados. Uma delas a Lei n.º 7853/89, que beneficia o portador de deficiência a ser incluído nas organizações, isto é, de acordo com o número de funcionários há um percentual de portadores de deficiência que devem ser empregados nesta. Não obstante, percebeu-se que o portador de transtorno mental ainda continuava excluído; sem poder participar dos processos seletivos, grupos escolares e grupos sociais. Este trabalho visa identificar quais iniciativas estão sendo elaboradas com o intuito de se modificar e melhorar as condições de vida destes cidadãos. Nesta dissertação você verá ainda como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), estão estruturados para atender os portadores de transtorno mental. Quais ações têm sido executadas para proporcionar cidadania e dignidade a seus usuários? Como seus profissionais reagem no que tange a possibilidade de inserção deste indivíduo?

Palavras chave: Portador de Transtorno Mental, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Estigma, Identidade, Ressocialização, Trabalho e Cidadania.

ABSTRACT

The issue of social inclusion is something that took shape especially after the regulation of public policies that benefit the less privileged. One of the Laws, No. 7853/89 which benefits the disabled person to be included in the organizations, says that according to the number of employees a percentage of disabled ones must be employed in this. Nevertheless, we noticed that the mentally ill was still excluded; unable to participate in the selection process, school groups and social groups. This paper aims to identify which initiatives are being developed in order to modify and improve the living conditions of citizens. In this dissertation you will see how even the Centers for Psychosocial Care (CAPS), are structured to serve the mentally ill. What actions have been implemented to provide citizenship and dignity to their users? How practitioners respond with respect to the possibility of involving the individual?

Keywords: mentally ill, Center for Psychosocial Care (CAPS), Stigma, Identity, resocialization, Work and Citizenship.

Lista de Quadros

Quadro 1: Identificação dos CAPS visitados e a categoria profissional do entrevistado.
Pág. 40

Quadro 2: Identificação dos CAPS por quantitativo de pacientes matriculados. Pág. 47

Quadro 3: Identificação dos CAPS por existência de programas de geração de renda.
Pág. 49

SUMÁRIO

1. O PROBLEMA	11
1.1 Introdução	11
1.2 Justificativa e Relevância	12
1.3 Limitação do estudo	14
1.4 Objetivos	14
1.5 Perguntas a serem respondidas	14
2. REVISITANDO A LITERATURA	16
2.1 Transtorno Mental: por uma definição	16
2.2 Políticas Públicas em Saúde Mental	18
2.2.1 Centros de Atenção Psicossocial	20
2.2.2 Programa de Volta para Casa	23
2.3 Alteridade, identidade e estigma	25
2.4 Diversidade no trabalho, uma forma de inclusão	28
2.5 Economia Solidária na inserção do indivíduo	30
3. PERCURSO METODOLÓGICO	34
3.1 Tipo de Pesquisa	34
3.2 Coleta de Dados	34
3.3 Tratamento dos Dados	42
3.4 Limitação do Método	43
4. REVELAÇÕES DO CAMPO	45
4.1 Estrutura da Pesquisa	45
4.2 Análise dos Resultados	46
5. COM QUE ROUPA EU VOU?	47
6. TRABALHO É COISA DE MALUCO?	54
6.1 Santa Parceria, Batman!	57
7. O MERCADO DE TRABALHO NÃO É O PAÍS DAS MARAVILHAS	66
7.1 Estrada Sem Tijolos Amarelos	69
7.2 Ainda Há no Fim do Túnel	76
7.2.1 Aceitação do indivíduo nas organizações	79
7.2.2 Em nome da Lei	83
8. EU TO VOLTANDO PRA CASA	88
9. O CAPS E A REINserÇÃO DO INDIVÍDUO	98
10. PARA CONCLUIR	102
11. REFERÊNCIAS	105
APENDICES	111

1. O PROBLEMA

1.1 Introdução

“Como pode o peixe vivo, viver fora da água fria?” Esta cantiga pode ser interpretada por diversas formas, mas no caso desta pesquisa, refere-se ao sentido do trabalho. Metaforicamente, o peixe é o portador de transtorno mental (PTM), usuário do serviço de saúde mental; a água fria, o ambiente institucional asilar, ao qual este indivíduo outrora pertenceu. Posteriormente, o compositor indaga: “como poderei viver, sem a tua companhia?” Ou seja, o PTM pode viver sem o trabalho, o qual pode ajudá-lo na reabilitação e convívio social. A rigor estes ambientes asilares são garantidos na Constituição vigente.

De fato, a Constituição Federal da República Federativa do Brasil, promulgada em 1988, se embasa nos fundamentos republicanos, da dignidade, cidadania e na promoção do bem de todos sem distinção de origem, raça, sexo, cor, idade ou quaisquer outras maneiras de discriminação (Brasil, 1988). Teoricamente há o reconhecimento das múltiplas identidades sociais que existem na sociedade, as quais também se fazem presentes no mundo corporativo.

O ambiente de trabalho tem se tornado um espaço diverso, no qual convivem indivíduos de diferentes gêneros, etnias, religiões e orientações sexuais (Irigaray, 2008; 2007; Alves; Galeão-Silva, 2002; Fleury, 2000). Todavia, esta nova realidade impôs aos administradores a necessidade de elaborarem estratégias que harmonizem justiça social e lucro com as práticas organizacionais (Robins; Coulter, 1998) e, aos empregados, o desafio de conviverem com indivíduos de identidades sociais distintas (Irigaray, 2006).

Dentro dos Estudos Organizacionais, a diversidade já foi analisada sob diferentes prismas: raça ou etnia (Fleury, 2000), deficiência visual (Leite, Silva, 2006; Scott, 1969), deficiência física (Heinski, 2004; Carneiro; Ribeiro, 2008), orientação sexual (Irigaray, 2008; 2007; Siqueira, Ferreira; Zauli-Fellows, 2006), obesidade (Homan *et al.*, 2008) e gênero (Carvalho; Carvalho; Santos, 2002; Silva, Vilas Boas; Betiol, 2000; Machado, 1999; Bastos, Correa; Lira, 1998).

Entretanto, há uma lacuna no que tange aos pacientes acometidos de transtornos mentais (doentes mentais), de modo que a pergunta básica que esta dissertação procura responder é: como os pacientes portadores de transtorno mental se (re) inserem no mundo do trabalho?

Para responder a esta pergunta, elaborou-se este estudo, cujo foco são os pacientes dos CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), localizados no município do Rio de Janeiro. Estes centros atendem pacientes acometidos de transtornos mentais, que não necessitam estar internados com o objetivo de proporcionar a (res) socialização dos mesmos por meio de oficinas terapêuticas. Afim de que, possam (re) inserir no mercado de trabalho formal ou informal.

1.2 Justificativa e Relevância

Fui instigado a fazer esta pesquisa em virtude da minha experiência como funcionário do Centro Psiquiátrico Pedro II, atualmente IMAS (Instituto Municipal de Assistência a Saúde) Nise da Silveira, entre anos de 2000 a 2003.

Neste período observei, apesar de não possuir formação técnica na área de saúde, que o trabalho desenvolvido pelos profissionais do IMAS Nise da Silveira era de grande importância na questão da ressocialização dos pacientes acometidos por transtorno mental. Fundamental para a inclusão dos mesmos em seus lares, quando o caso, mas ainda à época, insipiente na questão de inclusão no mercado de trabalho.

Esta pesquisa justifica-se à medida que 5.093.975 de brasileiros apresentam transtorno mental grave (IBGE, 2000), sendo que a maioria destes cidadãos depende do atendimento especializado nas Unidades de Saúde filiadas ao Sistema Único de Saúde – SUS. Segundo Leal (2002), em grande parte, estes indivíduos demonstram desejo de trabalhar, ou participar de alguma atividade que gere renda. Mas do que isso, o trabalho *per se* é um dos maiores mecanismos de inclusão e agente da transformação (Foucault, 2009).

Observa-se ainda que os PTM são alvos de discriminação e estigmatização por meio de isolamento e não acreditação (Goffman, 2008). De fato, o estudo de Sá e Pimentel (1991) revelou que os pacientes do “Complexo Juqueri” (colônia paulista para atendimento a pacientes acometidos de transtornos mentais) não apresentam nenhum retorno social. Isto é, não conseguem se (re) socializar.

Nesta pesquisa, o trabalho é visto como instrumento de inserção social, e da cidadania dos indivíduos PTM. Busca-se restaurar, com a Administração, sua dimensão humana e ética (Pauchant, 2006), refutando assim, a visão utilitarista, daquele bem como sua instrumentalização.

Sabe-se que uma das formas do indivíduo obter sua identidade é por meio do trabalho (Carrieri, 2001) e, associado ao poder motivacional que este pode proporcionar nos funcionários, ele pode representar um alcance maior dos objetivos e metas traçados pela organização.

Os estudos organizacionais de Fleury (2000), Heinski (2004), Carneiro; Ribeiro (2008), Irigaray, (2008; 2007); Carvalho; Carvalho; Santos, (2002) Silva, Vilas Boas; Betiol, (2000) mostram que promover a diversidade no mercado de trabalho resultam em muitos benefícios para as empresas. Pessoas com formações, origens, idades, religiões e visões diferentes sobre os mesmos problemas, reunidas em um mesmo ambiente proporcionam mais criatividade e a inovação.

Com a publicação da Lei n.º 7853, de 24 de outubro de 1989, fica estipulada a cota de inclusão em organizações, de portadores de deficiência em função do quantitativo de empregados “não deficientes”. A partir desta lei a integração entre os funcionários de uma empresa poderia ser estimulada. E assim o poder da motivação influencia o desempenho deste profissional. Porém, ficou de fora desta Lei o portador de transtorno mental.

As barreiras para a inclusão de portadores de transtorno mental talvez estejam mais em nossas cabeças do que em problemas efetivos. Como durante muito tempo os portadores de transtorno mental estiveram segregados, principalmente em ambientes cujo modelo hospitalocêntrico predominava. A sociedade acabou por reforçar seus preconceitos e nos acostumamos a mantê-los sempre isolados e marginalizados. Porém, estes indivíduos são capazes de desempenhar atividades laborativas, desde que adequando-se a certos limites, como qualquer outro profissional.

Desta forma, esta pesquisa alicerçada no campo da demanda social quer esclarecer que o indivíduo portador de transtorno mental é capaz de resgatar sua cidadania e obter sua identidade por meio do trabalho. Trabalho este inicialmente desenvolvido através de oficinas terapêuticas. Que por ser, o primeiro passo para adaptação e possível ingresso no trabalho formal em uma organização, mostram-se como fundamentais para este processo de ressocialização.

A pesquisa em questão pode agregar conhecimento aos estudos organizacionais, à medida que observa o funcionamento das oficinas de geração de renda presente nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as quais apresentam temáticas inclusivas ao mercado de trabalho.

1.3 Limitação do estudo

Os órgãos que fazem a inserção das pessoas acometidas de transtornos mentais graves (TMG) são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os quais têm como objetivo promover um atendimento ao usuário capaz de integrá-lo com a família e com a sociedade sem que seja necessária a internação (Brasil, 2003). Os CAPS fomentam atividades de inclusão social como oficinas e projetos de geração de renda, quando esses pacientes não conseguem ser incluídos no mercado de trabalho, uma vez que a Lei nº. 7853 de 24 de outubro de 1989 não inclui pessoas acometidas de transtornos mentais graves em sua listagem de deficiência.

Neste estudo limitou-se aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): Ernesto Nazareth (Ilha do Governador), Fernando Diniz (Olaria), Clarice Lispector (Engenho de Dentro), Torquato Neto (Cachambi), Rubens Correa (Irajá), Linda Batista (Guadalupe), Lima Barreto (Bangu), Pedro Pelegrino (Campo Grande), Profeta Gentileza (Inhoaíba). Desta forma excluem-se os CAPS Artur Bispo do Rosário (Taquara), Simão Bacamarte (Santa Cruz) em virtude de dificuldade de agendamento ou incompatibilidade de horários

1.4 Objetivos

O objetivo final desta dissertação é apreender como os portadores de transtorno mental podem ser (re) inseridos na sociedade por meio do trabalho. Na persecução deste objetivo final, atingir-se-ão os objetivos secundários, notadamente a análise do funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial no processo de reabilitação (ressocialização) dos pacientes de transtorno mental grave. E a eficácia do Programa de Volta Para Casa, cujo objetivo é a ressocialização do portador de transtorno mental.

1.5 Perguntas a serem respondidas

- Quais são as atividades desenvolvidas nos CAPS?
- Existe algum programa de qualificação (profissional/escolar) da pessoa portadora de transtorno mental grave no CAPS ou há parceira neste sentido?
- As atividades, terapêuticas ou não, apresentam algum tipo de temática inclusiva no mercado de trabalho?

- Qual a maior dificuldade na inserção da pessoa portadora de transtorno mental grave no mercado de trabalho?
- A criação da Lei n.º 7.853 de 1989 facilita ou atrapalha a inclusão da pessoa portadora de transtorno mental grave?
- Se houvesse uma alteração na Lei n.º 7.853 ou uma criação de uma Lei específica de inserção da pessoa portadora de transtorno mental grave nas organizações seria fundamental para a inclusão dessas. De que forma poderia ser esta Lei?
- O Programa de Volta Para Casa pode ser considerado uma ferramenta no processo de inserção do indivíduo à sua cidadania?
- A economia solidária pode ser uma forma de inserção no mundo do trabalho para o portador de transtorno mental?

2. REVISITANDO A LITERATURA

2.1 Transtorno Mental: por uma definição

É fundamental esclarecer que, por definição, doença mental e deficiência mental são conceitos distintos. E para tal podemos inicialmente fazer uso da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde também conhecida como CID-10. Disponibilizado na página da internet do Ministério da Saúde. Outra ferramenta utilizada para diagnóstico de transtornos mentais é o DSM – IV que significa *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*: “Manual diagnóstico e estatístico de doenças mentais”. Este parametriza a condição psiquiátrica em cinco níveis, relacionado com diversos aspectos da doença: desordens clínicas; transtornos de personalidade e retardo mental; doenças mentais agudas; fatores ambientais e avaliação global de funcionamento.

Ao se analisar o CID-10 e o DSM – IV, constata-se que as neuroses podem ter alguns sintomas como transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC), Síndrome do Pânico, Fobias, Transtornos de Ansiedade, Depressão e Síndrome de *Burnout*, e são caracterizadas como sendo psicopatologias leves (Rowland, 1987). Já as psicoses são manifestadas pela Esquizofrenia e pela Perturbação de transtorno Bipolar. Essas patologias apenas ilustram várias formas de se perceber a doença mental no indivíduo.

Já deficiência mental é definida como.

“O funcionamento intelectual geral significativamente abaixo da média, oriundo do período de desenvolvimento, concomitante com a limitação associadas a duas ou mais áreas da conduta adaptativa ou da capacidade do indivíduo em responder adequadamente às demandas da sociedade, nos aspectos: comunicação, cuidados pessoais, habilidades sociais, desempenho na família e comunidade, independência na locomoção, saúde e segurança, desempenho escolar, lazer e trabalho.” (Brasil, 1997, p.27).

A Associação Americana de Retardo Mental (AAMR), aceita internacionalmente e preconizada em textos e documentos oficiais no Brasil (Brasil, 1997), define que, para que uma pessoa seja portadora de deficiência mental, o indivíduo deve apresentar algumas condições: QI inferior a 70-75 pontos; limitações em duas ou mais habilidades adaptativas e idade de início da deficiência até dezoito anos.

Estas habilidades adaptativas são as seguintes: comunicação; auto-cuidado; vida familiar; vida social; autonomia; saúde e segurança; funcionalidade acadêmica; lazer e trabalho.

Segundo Massi (2002) a linguagem para este indivíduo é fundamental, pois é a forma que o mesmo se expressa com seus pares e com outros indivíduos. seja por meio da fala, de sinais ou de escrita em Braille, no caso do deficiente visual. Mas para o portador de deficiência mental a linguagem será considerada importante para garantir que as pessoas possam entender o que este deseja falar, perguntar e sentir.

Deve-se perceber que deficiência mental é diferente de transtorno mental. E para entender o que é transtorno mental pode-se fazer uso da afirmativa de Ruggeri et.al (2000) que para categorizar o indivíduo possuidor de transtorno mental este deve ser possuidor de um dos critérios a seguir: diagnóstico da psicose não orgânica ou desvio de personalidade; duração caracterizada como sendo uma “doença prolongada ou longo período de tratamento” (um histórico de dois anos ou mais de tratamento da doença mental).

Desta forma, observou-se que muitas pessoas apresentaram sofrimentos psíquicos em graus e situações diversos durante a vida e que algumas recebem diagnósticos e tratamentos. Estes sofrimentos psíquicos receberam a nomenclatura, doença mental (Borba, 1978; Netto, 1979; Grandino, Nogueira, 1985; Rowland, 1987), que significa qualquer anormalidade na mente ou em seu funcionamento. A doença mental recebe outras nomenclaturas como psicopatologia ou distúrbio mental. Esta é percebida no indivíduo por meio de neuroses e psicoses.

É a reforma psiquiátrica na década de 1960-1970 que determina a substituição da expressão doença mental por transtorno mental grave (Souza, 2006), no sentido de diagnosticar o indivíduo que se afasta ou é afastado do trabalho, ambiente familiar e relações sociais por apresentar algumas das sintomatologias descritas anteriormente

Também na década de 1960 surgiram as primeiras críticas ao modelo vigente dos tratamentos psiquiátricos. Quando Foucault lança seu livro “História da Loucura” (1989), e aborda as pessoas denominadas loucas, insanas, doentes mentais ou pacientes psiquiátricos, ele coloca: (p. 70) “avaliada apenas de acordo com seu valor funcional a criação das casas de internato pode ser considerado um fracasso.” Com isso, ele afirma que o confinamento deste indivíduo não é a melhor opção para seu restabelecimento.

Para Foucault (2008) a psiquiatria não pode ser corretamente analisada a partir de conceitos psicológicos ou sociológicos. Só o conceito de *poder*, em suas diversas

modulações históricas permite compreender a natureza da prática e da teoria psiquiátrica, desde sua origem até seu estado atual. Assim seria impossível, analisar a psiquiatria a partir de outras ciências humanas, pois todos esses sistemas de saber circulariam no mesmo espaço de racionalidade.

Saliento que o objeto desta pesquisa não é o estudo das patologias, mas as percepções dos profissionais que trabalham com os portadores de transtorno mental nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

2.2 Políticas públicas em saúde mental

Políticas Públicas, por definição, compreendem as decisões governamentais em diversas áreas que influenciam a vida de um conjunto de cidadãos. É importante explicitar que Política Pública não é o mesmo que Decisão Política, uma vez que envolve mais que uma decisão política e requer diversas ações estrategicamente selecionadas para serem implementadas (Mehedff; Garcia, 2005).

Assim, políticas públicas são entendidas como sendo (Costa *et. al*, 1989; Mehedff; Garcia, 2005; Monteiro, 1982) as ações governamentais em prol da coletividade, as quais afetam a oferta de bens e serviços, bem como oportunidade de emprego. No limite, são o conjunto de ações coletivas por meio de regras, programas, ações, benefícios e recursos, que passam a promover os direitos do cidadão e o bem-estar social. Políticas públicas são resultados de programas de governo que podem ser pautados pela Constituição.

Quando pensamos em políticas públicas logo nos vêm à cabeça as várias funções sociais possíveis de serem exercidas pelo Estado, tais como saúde, educação, moradia, entre outras. Na prática se trata disso. Entretanto, para que sejam implementadas as diversas políticas em cada área social é necessário definir e compreender a estrutura institucional do Estado que contempla tais funções, ou seja, seu conjunto de órgãos, autarquias, ministérios competentes em cada setor, além do processo de financiamento e gestão.

Ao ser analisada, a Constituição da República Federativa do Brasil (Brasil, 1988) apresenta em seu artigo 196 a seguinte afirmação: que a “saúde é um direito de todos e um dever do Estado”. E em seu artigo 198 “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada”. Este coletivo de atividades caracteriza o Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Lei nº 8.080 de 19 de

setembro de 1990 que foi regulamentado. Este sistema de assistência à saúde é considerado um dos maiores sistemas públicos do mundo, pois abrange desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos. Desta forma garante, assim, acesso universal e gratuito à população do país.

Todas as ações e serviços de saúde oferecidos e prestados por instituições públicas, municipais, estaduais e federais mantidas pelo Poder Público constituem o Sistema Único de Saúde. Também competem as ações de vigilância sanitária, epidemiológica. Na esfera federal, o órgão responsável pelas ações do SUS será o Ministério da Saúde; nos Estados e no Distrito Federal ficará a cargo das secretarias equivalentes. Assim como nos municípios que terão como responsável a secretaria de saúde ou órgão equivalente.

O poder da esfera federal deve estabelecer as diretrizes, elaborar o planejamento estratégico a ser implementado nas esferas estaduais e municipais (Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990). A direção estadual compete desenvolver a descentralização de atividades aos municípios. E aos governos municipais, cabe planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde.

As políticas públicas em saúde podem ser entendidas como sendo iniciativas levantadas, no sentido de se estender para toda a população, principalmente a menos favorecida (Costa *et. al.*, 1989), os serviços de saúde. Desde a atenção básica, até serviços de maior complexidade, inclusive os serviços de saúde mental (Tundis, 1997).

A garantia de acesso da população aos atendimentos ambulatoriais, as campanhas de vacinação, ações de vigilância sanitária somente foram regulamentadas pela Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Antes desta, existiam três grandes grupos de indivíduos: os que podiam pagar por serviços de saúde privados; os que tinham direito à saúde pública por serem segurados pela previdência social (trabalhadores com carteira assinada) e os que não possuíam direito algum. Desta forma o SUS foi idealizado para tornar igualitário o atendimento e a promoção em saúde para a população.

Paralelamente à criação do Sistema Único de Saúde, que é uma política pública em saúde, em 07 de dezembro de 1993 através da Lei nº 8.742, foi criado o Sistema Único de Assistência Social que em seu artigo 2º define como objetivo proteger o indivíduo do nascimento até a velhice, promover a integração no mercado de trabalho, bem como a inserção, habilitação e reabilitação com o intuito de promover a cidadania.

Neste sentido, o trabalho não é encarado apenas como sendo uma simples resposta à necessidade, e sim, um espaço de produção de sentido e valores subjetivos de troca (Saraceno, 2001), onde o indivíduo com transtorno mental, ao ofertar sua mão de obra, recebe como pagamento não somente o salário, mas também a possibilidade de ser reconhecido pelo que faz. A partir desta lógica, os lucros gerados podem ser, e preferencialmente devem ser, destinados ao desenvolvimento de competências dos participantes da organização. Partindo desta premissa, mesmo se tratando das empresas com apelo capitalista, esta atividade deve apresentar a função reabilitadora.

A reabilitação pelo trabalho é vista por Azevedo (2008) como uma forma de inclusão do indivíduo. Essa reabilitação a qual este autor se reporta, são ações desenvolvidas por entes públicos, tendo como foco o aprendizado por meio do trabalho. Um mecanismo para este aprendizado pode ser os Centros de Atenção Psicossocial, que são uma política pública em saúde mental. Este aprendizado tem o intuito de trazer cidadania. Para tal concretização, muitos destes trabalhos apresentam participação do familiar deste indivíduo. Esta participação não só tem caráter de incentivar o usuário, como também de aproximar e facilitar o entendimento, por parte do familiar, das ações propostas para a reabilitação.

A participação da família é de fundamental importância para a inserção social e nos projetos de reabilitação do paciente acometido de transtorno mental grave. Pois de acordo com Saraceno (2001), o familiar poderá incentivar e acompanhar a evolução deste. O local onde este aprendizado do indivíduo, que paralelamente apresenta participação de seu familiar, são os Centros de Atenção Psicossocial, também chamados de CAPS.

2.2.1 Centros de Atenção Psicossocial – CAPS

Os Centros de Atenção Psicossocial foram criados pela Lei n.º 10.708 de 31 de julho de 2003. Visando a oferecer desde cuidados clínicos até atividades de reinserção social do paciente, como o acesso ao trabalho, ao lazer e aos direitos civis e o fortalecimento dos laços familiares e sociais. A equipe do CAPS é composta por uma equipe multidisciplinar: psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, professores de educação física, assistentes sociais, enfermeiras e auxiliares de enfermagem e outros profissionais. Desta forma, esta equipe pode atender e acompanhar de maneira mais eficaz a pessoa acometida de transtorno mental.

A principal atividade dos CAPS é prestar atendimento a pessoas com transtornos mentais. Quando cuidam de crianças e adolescentes são chamados de CAPS-i.

Muitas pessoas sofrem de transtornos mentais em decorrência do uso abusivo de álcool e drogas consistindo numa problemática presente nas diversas partes do mundo. O CAPS *ad* é um serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas. Conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, por meio da Lei n.º 10.708, esse serviço oferece atendimento diário aos pacientes que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, permitindo o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua.

Libério e Albuquerque (2008) explanam como está estruturada a rede de atendimento dos CAPS no município do Rio de Janeiro. Ainda segundo Libério e Albuquerque, a clínica (em psiquiatria equipara-se material, resultado de uma ação) produzida no CAPS pode servir de referencial no contexto da reforma psiquiátrica.

Os CAPS se diferenciam pelo porte, capacidade de atendimento, clientela atendida e organizam-se no país de acordo com o perfil populacional dos municípios brasileiros. Assim, estes serviços diferenciam-se como CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad. Os CAPS recebem incentivos financeiros do Ministério da Saúde, de acordo com o seu porte.

Os CAPS I são os Centros de Atenção Psicossocial de menor porte, capazes de oferecer uma resposta efetiva às demandas de saúde mental em municípios com população entre 20.000 e 50.000.

Os CAPS II são serviços de médio porte, e dão cobertura a municípios com mais de 50.000 habitantes. A clientela típica destes serviços é de adultos com transtornos mentais severos e persistentes. Estes CAPS foram o objeto de estudo deste trabalho.

Os CAPS III são os serviços de maior porte da rede CAPS. Previstos para dar cobertura aos municípios com mais de 200.000 habitantes, os CAPS III são serviços de grande complexidade, uma vez que funcionam durante 24 horas em todos os dias da semana e em feriados. Com no máximo cinco leitos, o CAPS III realiza, quando necessário, acolhimento noturno. Não há em atividade CAPS deste tipo na cidade do Rio de Janeiro.

Os CAPSi são especializados no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais. E os CAPSad são especializados no atendimento de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, são equipamentos previstos para

idades com mais de 200.000 habitantes, ou necessitem deste serviço para dar resposta efetiva às demandas de saúde mental.

Não existem políticas públicas perfeitas. Estas podem ser indicadores sobre qual melhor forma de se atingir um maior número de indivíduos ou detectar o que de fato seja necessário para satisfazer a demanda da população. O sucesso em determinado contexto de formação, região, cultura ou área geográfica pode ser o fracasso em outro (Mehedff; Garcia, 2005). Uma política pública não deve considerar somente um conteúdo previamente indicado como ideal. Mehedff e Garcia corroboram na afirmativa de que os CAPS não são perfeitos. Precisam se adequar às mudanças e necessidades do mercado. Assim como as próprias oficinas terapêuticas de geração de renda, parte da pesquisa deste trabalho.

Os CAPS visitados apresentam várias características distintas e oficinas específicas como as descritas a seguir:

O CAPS Pedro Pelegrino localizado em Campo Grande possui uma oficina de reciclagem onde pegam materiais como garrafas Pets usadas e as transformam em outros objetos, como pufes e vassouras, há ainda a oficina de artesanato, onde são produzidos colares, brincos, bijuterias de um modo geral. Estas oficinas objetivam no limite gerar renda, pois existem outras, cuja função inclusiva: teatro do oprimido, oficina de contos de fadas, contação de histórias com clássicos da literatura, musicoterapia, dança, grupo de mulheres, grupo de homens, grupos de família, oficina de beleza.

O CAPS Lima Barreto localizado em Bangu, não possui oficinas que objetivem gerar renda, apenas oferece: atividades de grupo, atendimento psicoterápico de grupo e individual.

No CAPS Fernando Diniz, localizado em Olaria, existe oficina geradora de renda que desenvolve bijuterias, as quais são vendidas na própria instituição ou quando existe oportunidade, em eventos ligados a saúde mental, ou ainda no entorno do Centro Administrativo São Sebastião – CASS, sede da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro.

Em Guadalupe, o CAPS Linda Batista, oferece oficinas para geração de renda (artesanato, produzindo colares, brincos, bijuterias de um modo geral) além do *Brechique* que é um local que os usuários do serviço recebem roupas doadas em condições de serem utilizadas, e depois de passarem por lavagem, ou algum tipo de reparo que se faça necessário são comercializadas pelos próprios usuários na Unidade. Além destas existem as oficinas de saúde e a de música que não possuem temática de

geração de renda, mas que repassam informações sobre cuidados com a saúde, ou canto no caso da oficina de música.

No CAPS Ernesto Nazareth, localizado em Irajá, há oficinas geradoras de renda por meio das seguintes atividades: fuxico, brechó, bordado e cartonagem. As oficinas de bijuterias e crochê que virão complementar este portfólio ainda se encontram num estágio embrionário. Ainda apresentam o jornal do CAPS, caminhada, música, literária e da palavra.

O CAPS Profeta Gentileza oferece oficinas de bijuteria e artesanato como proposta de inserção no mundo do trabalho, mas o CAPS apresenta ainda outras oficinas como arte e Jardinagem, oficina de beleza, culinária, grupo de família, oficina expressiva (pintura de telas), saúde, vídeo, futebol (o CAPS tem um campo de futebol gramado), corte e costura.

A fabricação de velas do CAPS Clarice Linspector, no Engenho de Dentro, é sua oficina de geração de renda, mas existem outras oficinas que são o jornal *Bonde Andando*, música, brechó, cozinha experimental, cantina, as quais ainda não se configuram como geradora de renda. No CAPS Clarice Linspector existe uma proposta de se montar uma sala com acesso a internet para que os usuários possam acessar a internet. E destes os que tiverem maior domínio da ferramenta internet, trabalharão atendendo não só aos usuários, mas também a população local que necessitar deste dito de serviço.

Deve ser salientado que as políticas públicas em saúde mental, voltadas aos CAPS, são positivas, pois conseguem compreender que cada indivíduo tem sua particularidade, pois possuem uma identidade própria. Além disso, os CAPS são coadjuvantes pela implementação de uma política pública em saúde mental, criada pelo Ministério da Saúde, denominado Programa De Volta Para Casa que é mais uma forma de reinserção do indivíduo na sociedade.

2.2.2 Programa de Volta para Casa

“De Volta Para Casa”, é um programa de reintegração social criado pelo Ministério da Saúde para pessoas acometidas de transtornos mentais, egressas de longas internações, obedecendo a diretrizes estabelecidas na Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que tem como parte integrante o pagamento do auxílio-reabilitação psicossocial.

Sendo assim, o Programa de Volta Para Casa é outra política pública criada com o intuito de tentar ressocializar o indivíduo.

O objetivo deste programa é contribuir efetivamente para o processo de inserção social dessas pessoas, incentivando a organização de uma rede ampla e diversificada de recursos assistenciais e de cuidados, facilitadora do convívio social, capaz de assegurar o bem estar global e estimular o exercício pleno de seus direitos civis, políticos e de cidadania.

É importante salientar que a pessoa incluída no Programa De Volta Para Casa esteja de acordo com o que está referido no Art. 3º da Lei nº 10.708: “em alta hospitalar, morando em residência terapêutica, com suas famílias de origem, famílias substitutas ou outras formas alternativas de moradia e de convívio social”. Assim como estar necessariamente referenciado para tratamento e acompanhamento extra-hospitalar.

A inscrição para que o portador de transtorno mental se torne beneficiário do Programa De Volta para Casa é feita pelo município. É preenchido um formulário específico para esse fim que, posteriormente, é enviado ao Ministério da Saúde. A inclusão também pode ser solicitada pela equipe médica que faz o acompanhamento deste usuário, se for constatado que o mesmo cumpre os requisitos legais para receber o benefício.

Após a inclusão no programa, o portador de transtorno mental passa a receber o benefício no valor de R\$ 320,00 (atualmente, 2010). Ele é pago mensalmente <<http://www.caixa.gov.br>>, pelo período de um ano, pela Caixa Econômica Federal (CEF), por meio de crédito em conta corrente do beneficiário ou de seu representante legal. Devendo ser renovado anualmente.

Trata-se de um dos principais instrumentos no processo de reabilitação psicossocial, segundo o relatório desenvolvido pela *Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental* (Brasil, 2005). Os efeitos realizados pelo Programa de Volta Para Casa no cotidiano das pessoas egressas de hospitais psiquiátricos são imediatos, na medida em que se realiza uma intervenção significativa no poder de contratualidade social dos beneficiários, potencializando sua emancipação e autonomia.

Os beneficiários destas duas políticas públicas possuem identidades próprias. Às vezes, um espelho do que a sociedade quer que o sejam (Sennett, 1988). Mas que ainda assim, sofrem com o estigma de apresentarem algum traço que os identifica como sendo usuários dos serviços de saúde mental.

2.3 Alteridade, identidade e estigma.

A alteridade pode ser compreendida como a relação do indivíduo com o outro. É por meio dessa troca que cada um constrói ou reconstrói sua identidade. Baudrillard e Guillaume (Apud Machado e Hernandez, 2003, p. 1) asseveram que: “em cada eu há um outro – que não sou eu, que é diferente de mim, mas que eu posso compreender e assimilar”. Isso significa que ao observar a pessoa acometida de transtorno mental grave percebemos que há alguém diferente de nós, mas podemos compreender suas angústias. É esta diferença o “eu” e o “outro” que vai sempre acompanhar a pessoa acometida de transtorno mental. Da mesma forma em que o reconhecimento do outro facilitará a compreensão de si mesmo.

Somente ocultando seus sentimentos é que o portador de transtorno mental se sentirá seguro, para interagir com outras pessoas (Sennett, 1988), principalmente por enfrentar certo desconforto na presença de pessoas que percebam a diferença entre o “eu” e o “outro”, mas que não estejam preparados para recebê-los, aceitá-los ou entendê-los.

Goffman (2008) afirma que os estigmas estão ligados a questão social, por exemplo o fato de o indivíduo apresentar uma aliança na mão, ou morar num bairro, resulta na referência de que seja casado ou pobre. Irigaray (2008) corrobora para a questão de os estigmas ultrapassarem a situação em que este interfere na vida da pessoa. E a mesma possa ser estigmatizada não somente por apresentar algo que a denuncie pertencente a um grupo, mas também pela sua classe social. Até mesmo alguém que seja portador de alguma deficiência, ou ainda uma pessoa acometida de transtornos mentais, será visto por outra ótica, isto é, não será apenas visto como sendo portador de necessidades especiais, mas sim um indivíduo detentor de algum status, positivo ou negativo. Em função de um segundo estigma. Isto é, além de ser portador de transtorno mental, também será estigmatizado por ser pobre, por não ter condições de pagar um serviço particular.

Se para o *gay* e *lésbica* o sinal de sua estigmatização (Bourdieu, 1999) pode ser transformado em emblema, como as *gays pride* (na qual os mesmo reivindicam seus direitos perante a sociedade), o mesmo pode ser feito com os portadores de transtorno mental, onde fazendo uso de seu estigma, sem medo de ser visto podem utilizá-lo para reivindicar seu espaço nas organizações. No momento que expõem sua produção, das oficinas de geração de renda. Em locais onde um quantitativo maior da população possa

ter acesso a esses, como praças shoppings ou feiras de bairro. Desta forma mostrar a sociedade que possui condições de ingressar no mercado de trabalho.

Durante muito tempo, os profissionais acreditaram que a melhor forma de tratar os portadores de transtornos mentais seria por meio do uso de estigmas, de acordo com Goffman (1974). Isto é, o louco ou o indivíduo que apresentasse os sinais, vivia recluso nos ambientes hospitalares, confinados em enfermarias, recebendo eletro choque. No entanto, experiências mostram que quando recebem um atendimento mais individualizado e mantêm contato com a sociedade, esses portadores apresentam melhora considerável. Pode ser percebido neste estudo, na pesquisa de campo, que a inclusão dos portadores de transtorno mental nas organizações pode ser muito benéfica para estes indivíduos.

A sociedade costuma atribuir a certas pessoas, ou categorias de pessoas, um atributo associado a um imenso descrédito (Goffman (2008); Albuquerque (1978)) e que tende a contaminar toda a sua identidade social. Este atributo geralmente está ligado ao visível. Desta forma, o sistema social ao apresenta os meios de segregação mais sutis do que asilos e muros hospitalares, prolongar essa condição mediante muros invisíveis.

Sennett (1988) ressalta que o indivíduo tenta se proteger do olhar do outro, pois quando esse se sente observado, imagina que está sendo comparado ou nivelado a pessoas sem aptidão ou até mesmo sendo desacreditado, por apresentar algum sinal ou traço que o marque, que o estigmatize.

Reduzir a identidade social a um atributo estigmatizante, ou a um único e exclusivo papel, como a categorização social mais baixa dentro de um grupo fechado, é uma das armas das instituições totalitárias elencadas por Goffman (2008).

Desta forma, ao se perceber a identidade no indivíduo deve-se primeiramente entender-se o que é identidade. Sendo assim, é a capacidade de entender “o que eu sou” e “o que você é”, sempre o confronto entre o eu e o outro, Landowski (2002), ou ainda falando-se de pares utilizando a exclusão mútua.

Landowski (2002) ressalta a dualidade segregação *versus* admissão. Não se pode relegar a segundo plano a presença de pessoas acometidas de transtornos mentais, mas incluí-lo no ambiente de trabalho. Esta segregação se dá na medida em que o indivíduo passa a reconhecer o outro a despeito de sua diferença e de sua aparente estranheza. Pérez-Ramos (1982) adverte que o ato de rotular pode alterar o comportamento do indivíduo, isto é, mesmo que ele não seja minoria, após esta rotulação ele acabará se sentido como tal.

Identidade pode ser definida como sendo a ligação entre quem um indivíduo quer ser e que o mundo permita que ela seja (Sennett, 1988). Sendo assim, pode representar para um indivíduo, como a forma com a qual vai ser visto pela sociedade, mas, principalmente, como ele quer ser visto perante seus pares.

Ao mesmo tempo a identidade pode sofrer uma fragmentação, isto é, uma perda do sentido em si. Mercer de acordo com Hall (2004) argumenta que as transformações sofridas pela sociedade no final do século XX estão interferindo no modo de pensar coletivamente do indivíduo, constituindo uma crise de identidade, no “eu” interior e no “eu” exterior. Muito influenciado pelo processo de “globalização”.

Neste processo de globalização, Sennett (1988) afirma que alguém que busca o poder será reconhecido pelo que é, e não pelo que ele defende. Assim, o portador com transtorno mental será marginalizado por este processo danoso. Por mais que esteja em processo de reabilitação ou até mesmo pronto para ingressar no mercado de trabalho, será sempre um portador de transtorno mental. Mesmo que a Constituição Brasileira apregoe o contrário.

Se a Constituição Federal da República Federativa do Brasil (BRASIL, 1988) estabelece a todo brasileiro, direitos e deveres, como disposto em seu artigo 5º que, informa que todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se inviolabilidade do direito à vida, à liberdade e à igualdade. A Constituição serve de parâmetro para o indivíduo realizar atividade e até mesmo para organizar sua vida. Mas num mundo de iguais Goffman (2008) acredita que, o indivíduo estigmatizado possa utilizar sua desvantagem como forma de organizar sua vida, mesmo que viva num mundo incompleto. Para tal deve-se observar o contexto envolvido pelo indivíduo, em questão, portador de paralisia cerebral. Podemos entender que estigma está relacionado com a forma que o ambiente percebe a pessoa portadora de transtorno mental grave.

A condição da sublimação para a saúde mental é vista por Chanlat (2001) como sendo o reconhecimento e a retribuição na conquista da identidade. Onde pode ser entendido como sendo, quando um indivíduo deixa seu trabalho exposto a algum tipo de crítica, espera-se por parte deste, que outros indivíduos possam avaliá-lo e assim ser reconhecido. Pois o indivíduo é reconhecido pelo que ele faz.

O indivíduo com quadro de transtorno mental grave terá opiniões, uma identidade criada ou em formação (Hall, 2004), pois ao se perceber um membro atuante da equipe, será que o mesmo se sentirá confortável em seu ambiente de trabalho, para

dar sugestões ou receber críticas? Não confundir opiniões com livre arbítrio, Foucault (1986), mas acreditar que suas atitudes são elementos constitutivos para a sua felicidade.

O portador de transtorno mental deve ser incluído no mercado de trabalho, pois a troca de experiência entre este indivíduo e os ditos normais, pode suscitar em um poder maior de criatividade e visibilidade para a organização, em função desta diversidade de funcionários. Se por um lado este indivíduo apresenta conceitos e valores distintos (Hall, 2004), a organização, por sua vez, pode servir como mecanismo para valorizar e extrair habilidades presentes nos portadores de transtorno mental.

2.4 Diversidade no trabalho, uma forma de inclusão

O trabalho é um agente transformador, capaz de reabilitar indivíduos (Foucault, 2009). No entanto, ele excluiu a agitação e a distração, bem como cria um sentimento de hierarquia e vigilância. O trabalho não pode ser encarado apenas como sendo uma simples resposta à necessidade, mas de acordo com Saraceno (2001), é caracterizado como um espaço de produção de sentido e valores subjetivos de troca. A partir desta lógica os lucros gerados são destinados ao desenvolvimento de competências dos participantes da organização. Mas, sobretudo esta atividade deve apresentar a função reabilitadora.

A idéia de diversidade na área de organizações se refere à variedade de atributos de indivíduos e grupos. Por este conceito, as organizações devem perceber as qualidades dos seus consumidores e de seus empregados (Alves, Galeão-Silva, 2002). Esta relação geralmente é concebida através de um controle ideológico na sociedade, a ser imposta por uma classe dominante em função de seus interesses.

Para Irigaray (2008) a diversidade no ambiente de trabalho ultrapassa a questão da orientação sexual, gênero, raça ou etnia, ser portador de deficiência ou portador de transtorno mental. Desta forma apresentam múltiplas identidades concomitantes. Mesmo a organização adotando políticas antidiscriminatórias não ocorre na prática entre os empregados. Ainda assim, os empregados também são discriminados por conta de sua classe social. Se é um indivíduo com classe social superior ou seu poder dentro da organização influencia demais funcionários, este se sentirá mais confortável que outro de classe mais humilde. Principalmente pelo fato das organizações enfocarem a cultura racional. Esta sensação de desconforto também é percebida quando se observa a questão gênero no ambiente de trabalho.

A entrada da mulher no mercado de trabalho começou a ser percebida (Betiol, 2000) a partir da I.^a Grande Guerra, pois as nações que estavam em conflito precisavam continuar suas atividades e a única mão de obra disponível era a feminina. No começo do século XXI as mulheres continuam demonstrando sua competência. As organizações já admitem a presença feminina em postos de comando, porém existe um conflito entre o universo masculino (opressor) e o feminino (oprimido), que está longe de ser um assunto tranqüilo e bem resolvido. Às vezes, a mulher no ambiente de trabalho precisa assumir padrões de conduta características do papel de gênero masculino, com o intuito de se firmar como profissional nas organizações.

A maior presença da mulher no postos de trabalho também se deu devido à facilidade de acesso a rede de ensino, tanto médio quanto superior (Bourdieu, 1999). Em paralelo a este fator, percebem-se as transformações dos setores produtivos. Com o aumento da representação da mulher nas organizações, ocupando diversos cargos, desde os mais elementares até os de níveis estratégicos.

Estes cargos nas organizações também podem ser ocupados por *gays* e *lésbicas*. Isto é, a diversidade não está apenas ligada à mulher, ao velho ou à questão da classe social. Mas perpassa também, a preferência sexual de seus trabalhadores (Bourdieu, 1999) que, mesmo passando por violências simbólicas dentro de ambientes hostis, como ambientes heterossexuais, fazem com que esses reprimam seus sentimentos e emoções. O trabalho é encarado como sinônimo de inclusão e aceitação para do grupo.

Se para vários grupos de indivíduos, como jovens sem experiência, aposentados e detentores de algum tipo de ajuda do governo, (Dejour, 2007), podem ser oferecidas oportunidades no mercado de trabalho, por que a indivíduos que sofre por algum tipo de estigma, principalmente portadores de transtornos mentais que estão aptos ao mercado de trabalho não podem ser dadas as mesmas oportunidades? Isso possibilitaria desempenhar suas atividades laborativas. Mesmo havendo métodos cruéis contra estes profissionais, por parte do empresariado, que cobram de seus subordinados desempenhos sempre superiores em relação à produtividade, dedicação cada vez maior além de total disponibilidade. Repreendem sempre com dizeres como: *nossa sobrevivência depende se formos mais eficazes que nossos concorrentes*.

A repressão é uma forma de reforçar a disciplina sobre alguém que apresente algum estigma e que possa causar transtorno à organização (Goffman, 1974) Os grupos sociais desprovidos de poder e significação, (Carrieri, 2001) permanecem ainda, sendo foco dos mecanismos de controle, rotulação e exclusão.

A relação opressor e oprimido (Taylor, 2006) ultrapassa várias barreiras. E, ao ser verificada a relação entre pessoas com transtorno mental (oprimido) e as “pessoas sem transtorno mental” (opressora), observa-se que o portador de transtorno mental ainda é desfavorecido. Ainda assim, Vergara e Irigaray (2007) vêem que o ingresso de pessoas com deficiência pode ser benéfico para a imagem da organização junto à sociedade, uma vez que os *stakeholders* verão com bons olhos esta inclusão. Mesmo sem saber a real verdade sobre esta inclusão, onde os não estigmatizados repassavam tarefas aos estigmatizados, e estes as cumpriam na tentativa de amenizar ou esconder uma possível deficiência ou dificuldade na execução da mesma.

Além disso, a inclusão de portadores de transtorno mental nas organizações também pode ser benéfica para a imagem da organização. Uma vez que, a sociedade vê com bons olhos, às empresas que têm praticado a responsabilidade social, mesmo no caso dos portadores de transtorno mental.

Para Foucault o trabalho assume uma significação ética e apresenta para os internatos como solução das coisas, haja vista que tende evitar a ociosidade. Foucault confirma que o indivíduo estigmatizado como “louco” e pobre por ser submetido a regras do trabalho. Mas como ele assevera (Foucault, 1989, p.71) “A eficácia do trabalho é reconhecida por que é baseada em uma transcendência ética”.

O resultado do trabalho contribui para que o indivíduo supra as suas necessidades físicas de ter alimentação, habitação, vestimenta, etc. e psicológicas também. Assim, o indivíduo deve produzir e consumir para que possa ser visto como cidadão. Mas mesmo observando estas atividades discriminatórias relatadas, o trabalho, conforme Foucault (2009) pode ser uma das ferramentas de melhor inclusão ou inserção do indivíduo.

2.5 Economia solidária na inserção do indivíduo

A economia solidária é a resposta organizada à exclusão pelo mercado, por parte dos que não querem uma sociedade movida pela competição, da qual surgem incessantemente vitoriosos e derrotados (Souza *et. al.*, 2008). É antes de qualquer coisa uma opção ética, política e ideológica, que se torna prática quando os optantes encontram os de fato excluídos e juntos constroem empreendimentos produtivos, redes de trocas, escolas, entidades representativas, etc., que apontam para uma sociedade marcada pela solidariedade, da qual ninguém é excluído contra vontade.

O conceito de economia solidária pode ser entendido com o que está descrito no Relatório elaborado pelo Ministério do Trabalho e Emprego em parceria com o Ministério da Saúde (2006). Isto é, compreende-se por economia solidária o conjunto de atividades econômicas de produção, distribuição, consumo, poupança e crédito, organizados sob a forma de autogestão. Neste sentido, como defesa contra a exclusão social, vários indivíduos buscam sua inserção na produção social através de variadas formas de trabalho autônomo, individuais e coletivas. Quando coletivas, elas optam, quase sempre pela autogestão, ou seja, pela administração participativa, democrática, dos empreendimentos. São estes os que constituem a economia solidária.

Economia solidária compreende a relação entre indivíduos em um processo de desenvolvimento (Bocayuva; Varanda, 2009; Varanda; Bocayuva, 2009), junto a órgãos de fomento, a conselhos ou fóruns como uma forma social produtiva. Confere também a economia solidária o caráter cooperativo de organização na execução de atividades, através de um novo desenho organizacional, o trabalho associado. Trabalho este desenvolvido por todos, sem a figura do *patrão*, mas sim do parceiro.

A Economia Solidária tem se mostrado como um intrigante campo de experiências organizacionais, que segundo Costa e Carrion (2008) estão ligados diretamente as redes de relação social, mas obedecendo a regras e procedimentos.

As mudanças estruturais, de ordem econômica e social, ocorridas no mundo nas últimas décadas, fragilizaram o modelo tradicional de relação capitalista de trabalho. E assim ao se pensar em implantar um negócio, até mesmo ao se fazer uso da ferramenta economia solidária, deve ser verificado vários aspectos: como análise da concorrência, promoção, estratégia de ação e canal de distribuição (Morse, 1988; Slack *et. al*, 1999; Kotler, 2000). Segundo França Filho (2002) o aumento da informalidade e a precarização das relações formais afirmaram-se como tendência em uma conjuntura de desemprego, levando trabalhadores a se sujeitar a ocupações em que seus direitos sociais são abdicados para garantir sua sobrevivência.

A economia solidária e o movimento anti-manicomial partem da mesma premissa – a luta contra a exclusão social e econômica. Prevalecendo o senso comum, onde uns são excluídos (e trancafiados) porque são loucos, outros porque são pobres. Há ricos que enlouquecem porque empobreceram, e há pobres que enlouquecem porque ninguém os nota. A relação comum de ambos é uma sociedade que fabricam pobres e loucos de modo casual e inconsciente.

Desta forma, a economia solidária pode ser encarada como sendo uma forma de inclusão do indivíduo no mercado de trabalho. Mesmo esse indivíduo apresentando algum tipo de vulnerabilidade política, social ou psicológica, é capaz de participar das atividades coletivas, gerar renda, ter acesso a moradia, bens e serviços. Assim a economia solidária é percebida como sendo uma estratégia para enfrentar o desemprego e a desigualdade social. Pelo seu formato associativo, distributivo e democrático a economia solidária promove a inclusão social e desenvolvimento econômico, trazendo realização às pessoas e, conseqüentemente, a saírem da condição de asujeitados ou dependentes de algum tipo de assistência pública, para participantes de atividades geradoras de renda individuais ou coletivas.

No Brasil, a economia solidária se expandiu a partir de instituições e entidades que apoiavam iniciativas associativas comunitárias e pela constituição e articulação de cooperativas populares, redes de produção e comercialização, feiras de cooperativismo e economia solidária, etc. Atualmente, a economia solidária tem se articulado em vários fóruns locais e regionais, resultando na criação do Fórum Brasileiro de Economia Solidária no ano de 2003.

O conceito de economia solidária pode ser comparado com o conceito de cooperativas sociais descrito por Gugel (2010) como sendo uma associação de pessoas que se unem para satisfazer suas necessidades e aspirações econômicas e sociais. Mas como forma de produção bem parecida com a descrita por Taylor (2006) e Henry Ford (Apud Maximiano, 2008) em seus estudos. A economia solidária tem como finalidade inserir as pessoas em desvantagem no mercado econômico. Neste sentido, o trabalho é encarado como forma de exercício pleno da cidadania visando alcançar independência pessoal e econômica dos indivíduos (Irigaray; Rocha-Pinto, 2006). Sendo assim, o trabalho pode ser considerado um direito das pessoas com transtorno mental com intuito de garantir sua independência pessoal e econômica.

O que deve ser entendido é que a economia solidária apresenta um caráter de política pública, e assim cabe ao Governo assumir a responsabilidade, principalmente por ser o responsável por estabelecer políticas para diminuir a desigualdade social (Bocayuva; Varanda, 2009). Ao se fazer uso desta ferramenta como forma de inclusão no mundo do trabalho, incentivará a inclusão de grupos menos favorecidos, como os portadores de transtorno mental.

Cabe ao Estado garantir ao portador de transtorno mental cidadania, e o acesso ao trabalho se torna uma forma de alcançá-la. Bastando para tal, desenvolver políticas de desenvolvimento e formas alternativas de contrato de trabalho.

Esta pesquisa, entretanto, não pretende discutir os conceitos de economia solidária. Nosso propósito é o de sugerir um modo particular de apreensão da natureza intrínseca da realidade de uma economia solidária, admitindo-se que estamos diante de um fenômeno complexo. E observar as possibilidades de inserção social por meio do trabalho, neste caso organizações que visam à realização de objetivos sociais.

3. PERCURSO METODOLÓGICO

Após análise do projeto apresentado para defesa, observou-se que a melhor forma de se atingir o resultado esperado seria por meio de pesquisa de campo, uma vez que não há dados suficientes em literaturas disponíveis. Neste sentido, foram realizadas entrevistas com os profissionais ligados aos processos de geração de renda nos CAPS. As mesmas foram submetidas à análise do discurso.

3.1 Tipo da pesquisa

O estudo apresenta finalidade exploratória e descritiva (Vergara, 2003), por identificar, apresentar e analisar as informações extraídas dos discursos, obtidos junto aos profissionais ligados a geração de renda e de alguns gestores dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), tipo II, localizados no Município do Rio de Janeiro. A pesquisa realizada foi de natureza qualitativa pelos aspectos abordados nas perguntas apresentadas aos mesmos, com a finalidade de conhecer as peculiaridades dos serviços desses CAPS quanto ao funcionamento, atendimento, parcerias sob forma de inclusão. E quais suas angústias em relação ao resultado do desempenho dos usuários destes serviços.

Em virtude da ausência de conhecimento sobre o objeto de estudo, os CAPS, este pode ser enquadrado como exploratório. Sobre os meios utilizados na presente investigação, o estudo foi bibliográfico, documental e de campo. E para a elaboração do referencial teórico, a pesquisa bibliográfica envolveu consultas em artigos, leis, livros, Internet e revistas técnicas envolvendo saúde mental

3.2 Coleta de Dados

A pesquisa de campo iniciou-se pela solicitação de autorização ao Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil na Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, em 17 de setembro de 2009, esta solicitação se faz necessário. Uma vez que, a pesquisa foi realizada em Unidades de Saúde do referido órgão e houve a necessidade de se entrevistar alguns de seus funcionários. Obtive autorização em 05 de outubro, quando a partir daí iniciei os agendamentos de entrevistas. Feitos entre 15 de outubro de 2009 e 25 de novembro do referido ano.

Para concretização desta pesquisa foram considerados os 11 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS II) localizados no Município do Rio de Janeiro, seus respectivos diretores e técnicos ligados à geração de renda, os quais foram entrevistados com perguntas abertas abrangendo o funcionamento dos CAPS e a questão da inclusão por meio do trabalho.

A pesquisa foi desenvolvida nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Ernesto Nazareth (Ilha do Governador), Fernando Diniz (Olaria), Clarice Lispector (Engenho de Dentro), Torquato Neto (Cachambi), Rubens Correa (Irajá), Linda Batista (Guadalupe), Lima Barreto (Bangu), Pedro Pelegrino (Campo Grande), Profeta Gentileza (Inhoaíba), CAPS Artur Bispo do Rosário (Taquara) e Simão Bacamarte (Santa Cruz). Estes CAPS estão localizados em regiões estratégicas na Cidade do Rio de Janeiro, locais com grande concentração da população carioca.

A primeira Unidade visitada foi o CAPS Pedro Pelegrino em Campo Grande. Unidade que fica distante uns 37 km de minha residência. Na qual cheguei às 08:50 h, me perdi no bairro de Campo Grande para chegar ao CAPS, uma vez que o mesmo não está próximo ao Centro do bairro e sim a região denominada Comari, ao lado do PAM Campo Grande. Quando cheguei ao CAPS já havia iniciado a reunião com a equipe multidisciplinar do CAPS. Enquanto aguardava, fiquei observando o movimento dos usuários do serviço na área de convivência e o trabalho desenvolvido em uma oficina. Aguardei que o técnico responsável pela oficina de geração de renda pudesse me atender. Houve um intervalo para o almoço, refeição feita dentro do próprio CAPS. Comecei a entrevista com o profissional por volta de 13:30h, que denominei E.1. Nossa conversa durou quase quarenta minutos. E ao final dela mostrou-me materiais desenvolvidos pela oficina de geração de renda, inclusive uma vassoura feita com garrafas *Pet*, de acordo com sua informação, ideal para limpar quintal, calçadas e afins.

Em prosseguimento, após mais uns 30 minutos em espera, entrevistei a responsável pela Unidade, a quem denominei E.2. A conversa durou também em torno de quarenta minutos, onde me informou que estava deixando a direção do serviço, em função de compromissos assumidos externamente. Porém, durante a conversa pude perceber o seu compromisso com os usuários e até mesmo quando levou alguns a residência de sua mãe, que estará mais bem detalhado no item revelações do campo. Saí da Unidade às 16:30h. As duas conversas foram realizadas em uma sala de reunião da equipe. A indicação da técnica de geração de renda foi uma sugestão do próprio gestor

da Unidade, uma vez que poderia me trazer maiores informações sobre os trabalhos desenvolvidos nas oficinas.

No dia 20 de outubro de 2009 dirigi-me ao CAPS Lima Barreto, localizado em Bangu, aproximadamente uns 30 km de distância (indo de trem algo em torno de 40 minutos, se não houver atraso). Nesta unidade cheguei às 8:30h e fiquei acompanhando o movimento dos pacientes no serviço e observando como eram feitos os atendimentos numa oficina terapêutica. Conversei com um técnico que denominei como sendo E.3. Este profissional é responsável pelo acompanhamento dos estagiários nas atividades de aprendizado. Ficou muito interessado pelo trabalho e gostaria de participar da entrevista, que inicialmente seria realizada com o gestor da Unidade. A entrevista com este profissional, apesar de realizada na sala do setor administrativo da Unidade, foi muito enriquecedora. Alguns trechos estão nas revelações do campo. A sua entrevista iniciou por volta de 11:30h e terminou quase cinquenta minutos depois. Após o almoço, por volta de 14:30h conversei com o responsável pela Unidade juntamente com uma técnica (E.4 e E.5), que estava a mais tempo que o mesmo, onde puderam me informar a respeito de como funcionam as oficinas terapêuticas e as possibilidades de ressocialização dos portadores de transtorno mental. Como também sobre a dificuldade em iniciar as atividades com intuito de geração de renda. Esta entrevista foi realizada na sala da dispensação de medicamentos, pois não havia sala vazia para a realização da mesma, que durou em torno de 45 minutos. Permaneci na Unidade até às 16:45h.

Outra unidade visitada foi o CAPS Clarice Linspector, que ocorreu no dia 22 de Outubro de 2009. Esta Unidade está localizada a uns 5 km de minha residência. Neste dia cheguei para a visita por volta de 08:15h, onde fui recepcionado pelo gestor da Unidade que pediu para que eu aguardasse pela presença do técnico responsável pelas oficinas de geração de renda. Esperei uns 20 minutos e durante este período observei a movimentação de alguns usuários deste serviço e uns dois que depois observei, pertenciam à oficina geradora de renda, fabricação de velas decorativas. Esta conversa procedeu de forma diferente das outras, isto é, a entrevista (denominada E.6) foi realizada na sala da oficina de velas¹ com a presença de alguns usuários do serviço. Iniciamos de fato por volta de 9:30 e até umas 10:20h conversamos a respeito do funcionamento das oficinas de geração de renda e sobre as atividades dos CAPS. O entrevistado achou muito importante este olhar da administração para um serviço de

¹ Sala da oficina geradora de renda, onde são confeccionadas velas decorativas, aromáticas, também utilizada para confecção de artesanato.

saúde, algo novo e que pode trazer muitos frutos, como parceria entre os órgãos ou até mesmo a possibilidade, como foi concretizada, de um dos usuários que foi encaminhado por mim para fazer um curso de qualificação em Telemática (telemarketing com informática) na Secretaria Municipal de Trabalho e Emprego. Terminada a entrevista, conversei com alguns dos usuários presentes que participavam da oficina de geração de renda, sobre seus anseios e desejos, não mais que 15 minutos de conversa, e percebi que muito tem vontade de iniciar ou voltar os estudos, mas principalmente trabalhar. Nesta Unidade permaneci até às 14:40h observando o funcionamento de uma oficina de geração de renda.

Na terça feira 27 de outubro de 2009, dirigi-me ao CAPS Fernando Diniz localizado no bairro de Olaria. Este CAPS é responsável pelo atendimento dos usuários residentes na região da Leopoldina, incluindo Complexo da Maré e boa parte do Complexo do Alemão. Esta unidade está distante uns 14 km. Cheguei à mesma por volta de 08:45h um função do trânsito e por andar uma parte do trecho a pé, pois a condução deixou-me do outro lado da linha férrea. A entrevista transcorreu de forma tranqüila, iniciando às 10:00h, com a presença da gestora da Unidade (E.7) e o técnico (E.8) responsável pela oficina de geração de renda. Teve a duração de 1 hora e 18 minutos, devido a um intervalo solicitado pela diretora da Unidade para resolução de transferência de um dos usuários. Após o encerramento da entrevista, fui convidado para conhecer o espaço da Unidade e a produção da oficina de geração de renda. Permaneci na Unidade até umas 13:00h.

A Unidade localizada no bairro Guadalupe, CAPS Linda Batista foi visitada em 29 de Outubro de 2009. Esta Unidade esta localizada a uns 15 km de distância. Cheguei a mesma às 08:20h, a condução não sofreu interferência do trânsito no bairro de Madureira. Por volta de 09:15h o técnico, denominado E.9, responsável pela oficina de geração de renda chegou a Unidade, e após a conclusão de assuntos internos pendentes, atendeu-me. A entrevista iniciou às 10:00h, sendo realizada em um espaço onde originalmente seria uma garagem na estrutura da casa onde está localizado o CAPS, mas que na verdade funciona como espaço para criação e elaboração de produtos das oficinas. Durou por volta de 45 minutos. Este participante relatou que existe uma boa participação da comunidade no entorno do CAPS em algumas atividades desenvolvidas pelo mesmo. E que parcerias com o intuito de melhorar a instrução dos usuários são muito interessantes. Nesta Unidade permaneci até 13:00h.

No dia 03 de novembro de 2009 a Unidade localizada na Ilha do Governador, denominada CAPS Ernesto Nazareth, distante aproximadamente 18km. A partir desta Unidade optou-se por entrevistar apenas os responsáveis pelas oficinas de geração de renda, pelo fato destes estarem mais qualificados para responderem os questionamentos deste trabalho. E assim, partindo desta premissa, entrevistei os dois técnicos (E.10 E.11) responsáveis pela parte de geração de renda nas oficinas do CAPS. A entrevista se iniciou por volta das 10:00h em uma sala de atendimento a pacientes. Eu havia chegado a Unidade por volta de 8:30h, pois o serviço de transporte regular na Ilha do Governador é muito precário, sendo realizado por meio de vans, que saem do bairro Bonsucesso e vão para o anterior. Entre 8:30 e 10:00h fiquei observando a movimentação dos usuários do serviço e o funcionamento de uma oficina. Esta entrevista durou pouco mais que uma hora. E ao seu término permaneci na Unidade até às 12:30h para continuar observando o desenvolvimento de uma oficina.

O CAPS Profeta Gentileza, visitado em 05 de novembro de 2009, localizado em Inhoaíba, bairro de Campo Grande, fica distante uns 42km. Como fui de trem, da estação Méier onde resido até a estação Inhoaíba são 21 estações de trem, seguindo pelo ramal Santa Cruz. Não há serviço de ônibus que faça ligação direta, depois da estação de trem em Inhoaíba, mais uma caminha de aproximadamente 20 – 25 minutos até a Unidade. E ao falar na Unidade, outrora foi sítio de um político local, contém campo de futebol, horta, piscina. Cheguei a mesma eram 8:45h. Neste dia cheguei a estação do Méier para pegar o trem às 6:30h, pois tinha que fazer baldeação na estação Engenho de Dentro e pegar o trem ramal Santa Cruz.

A entrevista nesta Unidade iniciou-se às 10:40h, pois o técnico responsável (E.12) estava em atendimento, e teve duração de 30 minutos. Foi uma entrevista bem objetiva, porém muito informativa. Realizada em uma sala onde ocorre uma das oficinas, tanto o técnico entrevistado quanto o Diretor da Unidade, mostraram-se interessados em criar parcerias com a Secretaria de Trabalho e Emprego com o intuito de melhorar o acesso dos usuários ao mercado de trabalho. Nesta Unidade permaneci até às 14:00h.

Ao retornar as visitas em 25 de novembro de 2009, visitei o CAPS Rubens Correa localizado em Irajá a uns 16 km de distância. Neste CAPS cheguei por volta de 8:40h em função do trânsito no bairro de Madureira, sendo necessário cruzar este bairro para se chegar até Irajá. Ao chegar à Unidade conversei inicialmente com o Diretor da que me mostrou o CAPS e em seguida apresentou-me os dois técnicos responsáveis

pelas atividades geradoras de renda junto aos usuários. Iniciamos a entrevista por volta de 9:30h primeiro com um técnico denominado E.13, que teve duração de 45 minutos, e logo após com o segundo técnico denominado E.14, que teve duração de aproximadamente 40 minutos. Em ambas as entrevistas, que ocorreram em uma sala de atendimento equiparado a um consultório, perceberam-se o interesse e a preocupação com os usuários nas questões de qualificação profissional. Retirei-me deste CAPS eram quase 14:00h, pois ainda pretendia visitar o CAPS Torquato Neto.

Considerando ainda que o fator tempo fosse algo primordial, segui em direção ao CAPS Torquato Neto, localizado no bairro Cachambi, a 2,5km de distância de minha residência, cheguei ao mesmo às 15h20min e fui informado que o técnico responsável pelo acompanhamento e desenvolvimento das atividades de geração de renda estava fazendo atividade externa. Com a proposta de ressocializar os usuários, o mesmo tinha ido com uma usuária, comprar um fogão com o dinheiro que a mesma recebe do LOAS² (Brasil, 1993). Esta usuária está em processo de readaptação social e com a possibilidade de ter novamente a guarda de seus filhos.

Enquanto o aguardava, aproveitei para observar como os usuários desenvolviam atividades em uma oficina que estava sendo realizada. O técnico chegou a Unidade às 16h40min. Iniciamos nossa conversa às 16h50min em uma sala de atendimento dos técnicos e assim prosseguimos por aproximadamente 48 minutos. Seu discurso foi marcado pela preocupação com a burocracia existente com os órgãos públicos, mas também pautado com as questões da inserção dos portadores de transtorno mental no mercado de trabalho.

As Unidades localizadas em Santa Cruz e Jacarepaguá (Colônia Juliano Moreira) ficaram de fora deste estudo, em função da dificuldade de horário para agendamento para visita e posterior entrevista com os técnicos. Na primeira, o melhor dia para encontrá-los é segunda-feira, quando os dois estão presentes. Porém, as segundas não podia me ausentar de meu posto de trabalho. Na segunda Unidade o maior empecilho foi à questão de agendamento. Pois os técnicos estavam em muitas atividades, nas quais não podiam se afastar.

Para entender melhor como se chegou aos entrevistados, é necessário conhecer a rede de CAPS da cidade. O município do Rio de Janeiro está dividido na Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil em 10 (dez) áreas regionais. Com exceção das áreas

² Benefício no valor de um salário mínimo pago, para pessoa com deficiência incapacitada para a vida independente e para o trabalho.

1, 2.1 e 2.2 regiões do Centro, Zona Sul e Tijuca respectivamente. Às demais possuem ao menos um CAPS. Ficando assim dividido: 3.1 Leopoldina com dois CAPS (Olaria e Ilha do Governador), 3.2 Méier com dois CAPS (Engenho de Dentro e Maria da Graça), 3.3 com dois CAPS (Irajá e Guadalupe), 4.0 Jacarepaguá com um CAPS (Colônia), 5.1 Bangu com um CAPS (Bangu), Campo Grande com dois CAPS (Comari e Inhoaíba) e Santa Cruz com um CAPS (no centro do bairro).

Se em cada CAPS há uma média de 25 funcionários, entre médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, psicólogos, terapeutas ocupacionais, funcionários administrativos além de funcionários de apoio como copeiros, serventes e vigilantes. Para o universo de 11 CAPS seriam aproximadamente 275 funcionários. Destes, privilegiou-se os ligados a geração de renda, por estarem mais envolvidos com a questão da inserção no mercado de trabalho. A estes foram distribuídos codificações que vão de E.1 a E.15 que representam a ordem da realização das entrevistas.

Quadro 1: Identificação dos CAPS visitados e a categoria profissional do entrevistado.

	Unidade	Bairro do CAPS	Profissional
E1	CAPS Pedro Pelegrino	Campo Grande	Psicóloga
E2	CAPS Pedro Pelegrino	Campo Grande	TO
E3	CAPS Lima Barreto	Bangu	Enfermeiro
E4	CAPS Lima Barreto	Bangu	TO
E5	CAPS Lima Barreto	Bangu	Psicóloga
E6	CAPS Clarice Linspector	Engenho de Dentro	Psicóloga
E7	CAPS Fernando Diniz	Olaria	Ass. Social
E8	CAPS Fernando Diniz	Olaria	Ass. Social
E9	CAPS Linda Batista	Guadalupe	TO
E10	CAPS Ernesto Nazareth	Ilha do Governador	Técnica reabilitação física / Oficineira
E11	CAPS Ernesto Nazareth	Ilha do Governador	TO
E12	CAPS Profeta Gentileza	Inhoaiba	TO
E13	CAPS Rubens Correa	Irajá	Nutricionista
E14	CAPS Rubens Correa	Irajá	Téc. Enfermagem
E15	CAPS Torquato Neto	Maria da Graça	Psicólogo / téc.

			enfermagem
--	--	--	------------

Fonte: elaborado pelo autor

A proposta deste estudo foi entrevistar profissionais dos CAPS responsáveis pela política de inserção das pessoas acometidas por transtorno mental nas organizações, por meio das oficinas de geração de renda. Por isso no decorrer do processo de entrevistas focou-se na figura do técnico responsável pelas oficinas geradoras de renda. Para obter informações sobre a forma desta inserção na sociedade e no mercado de trabalho, alguns dados complementares também foram coletados através de livros, artigos científicos e revistas com publicações a respeito do assunto abordado por este estudo.

Para as entrevistas teve-se em mente as considerações de Goldenberg (2000) e de Rubin e Rubin (1995). Em atenção às prescrições de Goldenberg (2000), optou-se por um roteiro compatível com a entrevista focada, semi-estruturada. Por conta das considerações de Rubin e Rubin buscaram-se identificar, para os propósitos desta pesquisa, quais eram as funções-chave na organização em foco a fim de se obter conteúdo relevante. Segundo esses autores, os sujeitos selecionados devem: (a) conhecer a arena cultural, situação ou experiência a ser estudada; (b) ter vontade de falar; (c) ter diferentes perspectivas. Observou-se, ainda, a necessidade apontada por Eisenhardt (1989) de que a pergunta da pesquisa deve ser orientadora dos critérios de seleção.

As perguntas direcionadas aos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial foram as seguintes:

- Qual sua formação e sua atividade no CAPS?
- Quantos pacientes são atendidos pelo CAPS?
- Quais as atividades desenvolvidas no CAPS?
- Independente da classe social o paciente é atendido no CAPS? E qual a maior frequência?
- Existe algum programa de qualificação (profissional/escolar) da pessoa portadora de transtorno mental grave no CAPS ou há parceira neste sentido?
- O paciente participa de quais atividades, terapêuticas ou não, no CAPS?
- Estas atividades, terapêuticas ou não, apresentam algum tipo de temática inclusiva no mercado de trabalho?

- Existe participação do familiar da pessoa portadora de transtorno mental grave em sua reabilitação ou em alguma atividade terapêutica?
- Qual a maior dificuldade na inserção da pessoa portadora de transtorno mental grave no mercado de trabalho?
- As organizações estão mais propensas a contratar pessoa portadora de transtorno mental grave?
- A criação da Lei n.º 7.853 de 1989 facilitou ou atrapalhou a inclusão da pessoa portadora de transtorno mental grave?

3.3 Tratamento de dados

Após as entrevistas abertas, foram transcritos os dados, o que gerou um relatório de 293 páginas, fonte *Times New Roman* tamanho da fonte 12 espaçamento simples. Em seguida foi utilizado o método para o tratamento dos dados a análise do discurso, o qual tem a intenção de não só apreender a mensagem, como também explorar o seu sentido, seus significados: o que se fala e como se fala. O que está explícito e o que está implícito, a linguagem empregada no discurso, às dimensões enfatizadas (Vergara, 2006).

Os dados foram tratados fazendo-se uso da análise do discurso (Vergara, 2006), onde pode ser verificado como acontece à interação dos técnicos e profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial, em especial, os profissionais que lidam com as oficinas de geração de renda com os usuários destes serviços. Além disso, como este profissional participa do processo de ressocialização do mesmo. E de que forma esta se dá.

A análise do discurso nos permite observar traços não presentes na fala do entrevistado (Vergara, 2006), mas um olhar, uma entonação, isto é, os aspectos não verbais que, os entrevistados possam emitir durante o transcorrer da entrevista. Como também reconhecer informações implícitas desses discursos.

A fenomenologia (Vergara, 2006) também foi de grande importância para análise, pois pude observar pelo olhar do entrevistado, como ele percebe a sua volta, neste caso, como o entrevistado se percebe em seu ambiente de trabalho e como o portador de transtorno mental é visto pelo ambiente ao seu redor.

Desta forma, a fenomenologia (Vergara, 2006), pode ser eficiente para apresentar como os CAPS, além de permitir a identificação de grupos de análise e,

como estes estão utilizando as oficinas de geração de renda para inserir o indivíduo no mercado de trabalho. Neste sentido, a fenomenologia é importante, pois preserva a subjetividade do pesquisador.

O envolvimento do pesquisador como o objeto de pesquisa pode ter sido um facilitador para a concretização desta pesquisa, pois o mesmo já trabalhou em unidade de saúde mental. Durante as visitas no CAPS, foi utilizado o método da observação, com o intuito de verificar como os mesmos funcionam, como é a forma de atendimento e encaminhamento da pessoa acometida de transtorno mental nas situações de inclusão social.

Cabe salientar que os dados foram tratados com imparcialidade.

3.4 Limitação do método

A metodologia escolhida para esta pesquisa apresentou algumas limitações que serão apresentadas a seguir.

A limitação da abrangência da pesquisa junto aos programas de geração de renda, dos CAPS, deixou à parte outras áreas importantes do mesmo, como por exemplo, o acolhimento, que faz o primeiro atendimento do futuro usuário do serviço. E ao perceber em que nível está seu comprometimento, pode encaminhá-lo a oficina de geração de renda.

Outro fator limitador é o espaço geográfico onde localizam-se os CAPS. A cidade do Rio de Janeiro é muito extensa. Um exemplo é o CAPS Simão Bacamarte, localizado em Santa Cruz, fica a 65km de distância do centro da cidade, que por motivo de horário, não foi possível visitá-lo.

Um terceiro fator limitador se deu em virtude da prévia autorização do comitê de ética da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil (SMSDC) da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro (PCRJ). Como os CAPS visitados pertencem a este ente público, a pesquisa somente pode ser inicializada após a devida autorização. O que levou em torno de 25 dias.

Mas deve ser observado que as entrevistas, como se deram em locais de trabalho, foram interrompidas momentaneamente, para atendimento de alguma emergência, para atendimento de usuário ou de familiar. Assim, alguns discursos sofreram algum tipo de ruído na mensagem. E não tiveram a mesma consistência de que antes da interrupção, assim prejudicando, a análise do discurso, uma vez que, esta

interrupção pode representar uma forma do entrevistado repensar sua resposta para determinado assunto abordado na entrevista.

Outro fator de limitação do método diz respeito ao tipo de organização em que o entrevistado trabalha. Pode existir algum tipo de receio em se expor e de alguma forma, imaginar que seu discurso será exposto ou reconhecido por algum outro profissional do órgão, e com isso sofrer algum tipo de retaliação, como uma transferência para algum tipo de serviço indesejado ou ainda, longe de sua residência.

Durante as entrevistas ao se fazer anotações e observações sobre a mesma. As interpretações de sinais ou gestos realizados pelos entrevistados podem não ser fieis ao que de fato queriam representar.

No decorrer de uma entrevistas com um técnicos, estavam presentes alguns usuários do serviço. Que foram entrevistados, mas que serviram de material para trabalho a ser desenvolvido futuramente. Identifiquei que alguns apresentavam certo comprometimento e isto pode ser um complicador para perceber seu discurso e captar o teor de sua mensagem.

4. REVELAÇÕES DO CAMPO

Os resultados, a seguir detalhados, se destinam a conhecer as percepções sobre alguns gestores e profissionais ligados à geração de renda nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) sobre o funcionamento e o trabalho nos mesmos. E, principalmente, a respeito da ressocialização/inclusão dos portadores de transtorno mental nas organizações. A pesquisa serviu para elucidar questionamentos que permitem traduzir o formato da gestão e organização dos trabalhos de geração de renda nos CAPS, e os desafios na inserção destes usuários dos serviços dos CAPS no mercado de trabalho. Na presente amostragem não foram obtidas informações dos CAPS de Jacarepaguá e de Santa Cruz.

4.1 Estrutura da pesquisa

Para um melhor aproveitamento durante a pesquisa de campo, optou-se por passar o dia na instituição visitada, com o intuito de observar como se dava o funcionamento da mesma. Esta vivência facilitou para o entendimento do Centro de Atenção Psicossocial. Outro aspecto importante é o fato de os entrevistados serem técnicos e em algumas visitas os mesmo encontrarem-se em atividades, que levaram à necessidade de se esperar o término da mesma, o que permitiu maior convívio com o ambiente.

Para a realização dessas entrevistas seguiu-se um roteiro de perguntas semi estruturado, apresentado no anexo I, onde se verifica desde o perfil da clientela atendida, atividades nos CAPS e ainda as possibilidades de inserção dos portadores de transtorno mental no mundo do trabalho.

O resultado das entrevistas será apresentado em 04 partes por agrupamento dos assuntos abordados: primeiramente, a identificação sobre a formação do entrevistado, oficinas presentes nos CAPS, pacientes atendidos e seu perfil.

A segunda parte se direcionou para o conhecimento a respeito dos seguintes questionamentos: sobre atividades de cunho profissional, isto é, inclusiva no mercado de trabalho, sobre as parcerias dos CAPS; a vinculação e participação do familiar na reabilitação e nas atividades do CAPS.

Já a terceira parte da entrevista teve como foco a inclusão do portador de transtorno mental no mundo do trabalho. De que forma se faz esta inclusão, qual a percepção destes profissionais sobre a chegada do portador de transtorno mental nas

organizações. Também será visto como algumas Leis brasileiras podem influenciar esta inclusão.

Na última parte será visto como o programa de “volta para casa” tem beneficiado os portadores de transtorno mental, conseqüentemente a forma como ele se apresenta e os benefícios, por ele trazido. E além deste, o que estes profissionais consideram sobre os programas de Economia Solidária que estão surgindo como opção de inclusão dos portadores de transtorno mental no mundo do trabalho.

4.2 Análise dos resultados

Para interpretação das respostas dos profissionais entrevistados dos CAPS participantes, optou-se transcrever os principais trechos e analisá-los fazendo quando possível reporte ao referencial teórico. Foi utilizado também o uso de tabelas para exemplificar algumas informações que dispostas desta forma, facilitará a leitura e o entendimento de demais leitores.

5 COM QUE ROUPA EU VOU?

O indivíduo que necessita de um atendimento em psiquiatria, por si só, não saberá se precisa ou não de um profissional especializado. Geralmente quando o mesmo entra em crise ou quando um familiar percebe alguma alteração em seu comportamento, e assim. “Com que roupa eu vou? Para o samba que você me convidou”, ou seja, de que forma eu vou buscar esse atendimento? E o samba pode ser interpretado com o que eu irei encontrar nos CAPS. Ou como as oficinas terapêuticas oferecidas pelos CAPS podem ajudar em minha reabilitação?

Para entender como é este samba para o qual fui convidado, e para preservar a identificação dos entrevistados, foi utilizada a referência E, relativa à entrevista, seguida do número correspondente à ordenação da entrevista realizada. Ou seja, de E 1 a E 15. Conforme disposto na tabela 1. E, após transcrição das mesmas, tivemos informações como se dá este samba, principalmente após a análise do discurso.

Como se pode observar na tabela 1, os CAPS estão localizados de forma capilarizada pelo município do Rio de Janeiro, em bairros de grande circulação ou com presença maior de moradores, com o intuito de beneficiar um maior número de pessoas, que buscam atendimento para tratamento em saúde mental. A tabela 1 também revela que todos os profissionais ligados à geração de renda nos CAPS, ou responsáveis pela Unidade, são profissionais com formação acadêmica em saúde. Não foi identificada, nestes profissionais, nenhuma formação acadêmica em Administração.

Quadro 2: Identificação dos CAPS por quantitativo de pacientes matriculados.

Unidade	Pacientes matriculados
CAPS Pedro Pelegrino	207
CAPS Lima Barreto	300
CAPS Clarice Linspector	300
CAPS Fernando Diniz	350
CAPS Linda Batista	450
CAPS Ernesto Nazareth	400
CAPS Profeta Gentileza	350 - 400
CAPS Rubens Correa	400
CAPS Torquato Neto	302

Fonte: elaborado pelo autor

A tabela 2 apresenta o quantitativo de pacientes matriculados nos CAPS que varia de 200 pacientes a 450 pacientes. E, de acordo com o relatado pelos entrevistados,

veremos mais a frente neste estudo, informações importantes sobre o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. A grande maioria que procura o atendimento junto aos CAPS pertence a uma camada da sociedade com menor poder aquisitivo. Sendo assim, esta informação corrobora para as afirmativas de Irigaray (2008) e Goffman (2008) de que o indivíduo pode sofrer por conta do duplo estigma. Neste caso, por apresentar transtorno mental e por ser pobre.

(1) *“Aqui não há distinção para tratamento, (...) é claro que a maior parte de nossa clientela é de uma população mais desfavorável”* (E.1)

(2) *“vêm às pessoas bem mais pobres”* (E.2)

A fala de E.1 e de E.2 expõem que a principal clientela que procura atendimento nos Centros de Atendimento Psicossociais – CAPS é composta principalmente por pessoas menos favorecidas. Que também podem ser percebida nos outros CAPS por meio dos próximos trechos transcritos.

(3) *“(...) a maioria é destituída de poder social, quanto de poder econômico.”* (E.3)

(4) *“olha aqui no CAPS, tem muitas pessoas que tem uma situação de renda de pouca renda ou de nenhuma renda e tem muitas pessoas que tem uma situação mais de classe média, classe média baixa.”* (E.6)

(5) *“a maioria é de baixa renda”* (E.7)

(6) *“80% de nossa clientela é de baixa renda e destes uns 50% são moradores de comunidades”* (E.8)

(7) *“O CAPS, está inserido numa região com o menor índice, isso, o menor IDH”* (E.9)

(8) *“a maioria dos pacientes, são pacientes carentes”* (E.11)

As respostas apresentadas, por parte dos entrevistados, representadas nos trechos descritos acima: *“destituída de poder”, “poder econômico”, “moradores de comunidades”* e *“menor IDH”* servem para reforçar o caráter do CAPS como sendo

política pública em saúde mental, com o intuito de atender uma parte da população que não possui condições financeiras para um atendimento ambulatorial particular. O Sistema Único de Saúde – SUS através da Lei n.º 10.708 de 31 de julho de 2003, que institui e regulamenta os CAPS, oferece desde cuidados clínicos, assim como o fortalecimento dos laços familiares e sociais até atividades de reinserção social. Esta reinserção pode ser com o grupo onde estes indivíduos se encontram, mas também por meio do trabalho desenvolvido em oficinas.

Tabela 3: Identificação dos CAPS por existência de programas de geração de renda.

Unidade	Possui programa de geração de renda
CAPS Pedro Pelegrino	Sim
CAPS Lima Barreto	Não
CAPS Clarice Linspector	Sim
CAPS Fernando Diniz	Sim
CAPS Linda Batista	Sim
CAPS Ernesto Nazareth	Sim
CAPS Profeta Gentileza	Sim
CAPS Rubens Correa	Sim
CAPS Torquato Neto	Sim

Fonte: elaborado pelo autor

Os CAPS visitados possuem várias oficinas: jardinagem, música, teatro, produção de bijuterias, vassouras e velas. Todas com o intuito de ocupar o usuário. Estas oficinas, com temática de inserção no mundo do trabalho, que são denominadas *oficinas geradoras de renda* (tabela 3). A grande maioria dos CAPS visitados possui este tipo de trabalho, com exceção do CAPS Lima Barreto em Bangu, visto no discurso a seguir.

(9) “*com essa geração de renda propriamente dita, como a gente entende, (...) o nosso CAPS não tem.*” (E.4)

Em sua grande maioria os CAPS desenvolvem atividades geradoras de renda, ligados à questão de produção de trabalhos artesanais, como pastas, fabricação de chocolates, sabonetes, vassouras e velas. Porém, a grande maioria dos CAPS desenvolve bijuterias.

(10) *“na quinta feira (...) tem uma atividade coletiva, que é a oficina de bijuteria.”* (E.15)

(11) *“coordeno catorze oficinas, sendo quatro, oficinas de geração de renda (...) na segunda feira acontece arte e jardinagem, que é uma oficina que tem a proposta de ser geradora de renda também (...) com o plantio de várias hortaliças, temperos e frutas e também acontece arte, o artesanato, são feitas por mulheres que fazem atividades com jornais e garrafa pet, então são feitos estes trabalhos a arte é feita através de reciclagem com garrafas pet, (...) nas quintas feiras acontece a oficina de patuás, que são essas sementes, bijuterias e miçangas.”* (E. 12)

(12) *“tem oficina de geração de renda que é fuxico, tem a oficina de artes, mas de geração de renda é só o fuxico e a bijuteria.”* (E.10)

(13) *“(...) da geração de renda é oficina de bijuteria, que é para vender, para trazer lucro para o paciente.”* (E. 8)

As oficinas de geração de renda realizadas nos CAPS tem como principal atividade a produção de bijuteria. Isso porque apresentam um método de compreensão mais fácil, e proporcionam ao portador de transtorno mental capacidade para desenvolver atividades para geração de renda fora dos espaços da instituição, com o intuito de incluí-los no mercado de trabalho informal. Outras oficinas como: artesanato, fuxico e o plantio de hortaliças, também servem para capacitar o portador de transtorno mental com o intuito do mesmo garantir seu rendimento e assim trazer lucro para si. Também descrito na fala de E.8.

O trabalho nas oficinas de geração de renda, por meio de bijuterias, muitas das vezes apresenta organização parecida com a estrutura desenvolvida por Taylor, em seu estudo de “tempos e movimentos”, onde cada indivíduo realiza uma tarefa com o objetivo de chegar a um denominador comum. Neste caso, a finalização do artefato da bijuteria, foi relatado que se o indivíduo “A” tem maior habilidade com o corte, ele o executará; se o indivíduo “B” tem facilidade com colagem, ou com furo das sementes, ele o executará. Cada um executa a atividade que está mais apto a desenvolvê-la. Ao final do processo o bem estará produzido.

“A cooperação amistosa, através da divisão equitativa das responsabilidades cotidianas, afastará todos os grandes obstáculos (...) e obterá o rendimento máximo.” (Taylor, 2006, p. 14)

A afirmativa de Taylor, corrobora para fala de E.12 (trecho 14), no sentido de que o indivíduo entendendo sua responsabilidade no processo produtivo, perceberá que quanto mais produzir, mais poderá obter lucro.

(14) “(...) desenvolvemos junto ao participante da oficina de geração de renda a proposta de que pode ser capaz de produzir suas próprias mercadorias e vendê-las com o intuito de gerar renda própria.” (E.12)

A produção da bijuteria pode ser realizada por apenas um portador de transtorno mental, desde a seleção do material até a montagem final. E esta é a intenção dos técnicos ligados a geração de renda nos CAPS, desenvolver nos pacientes o sentimento de emancipação.

Esta emancipação é um passo importante no processo de inclusão do portador de transtorno mental, pois a partir do momento em que o indivíduo percebe-se (Azevedo, 2008; Saraceno, 2001) produtivo, também irá se sentir detentor de cidadania. Porque neste processo produtivo ele será reconhecido, e assim criará uma identidade, pois passa a ser reconhecido pelo que ele é.

(15) “Trabalhar com material reciclado, eu acho muito interessante. Principalmente com este tipo de clientela, né, porque é você usar aquele material que ninguém quer. Que as pessoas jogariam fora ou jogaram fora. E você fazer alguma coisa produtiva com aquilo, uma coisa útil. E, muitas vezes a gente fazia esta relação entre a própria vida do usuário, eles próprios faziam este tipo de relação, né, como alguém que sofria preconceito. Que era desacreditado, como se a própria vida não valesse mais de nada. Depois que eu adoeci, minha vida acabou e aí a

gente, bom, para esta garrafa pet, a vida também tinha acabado. Olha só, ela tava no lixo, a gente pegou, lavou, limpou, e a gente está dando uma nova vida para ela. Agora ela vai viver como pufe, agora ela vai viver como uma vassoura. E vai ter uma utilidade, quase infinita, porque o material plástico, leva sei lá, 400 anos para se desintegrar.” (E.1)

(16) “Então, a gente fazia este trabalho paralelo. Não só produzir mecanicamente, o material que era vendido, mas trabalhar a relação entre atividade e o que eles podiam relacionar a própria vida, questionar, refletir e modificar a própria vida. Se sentindo assim uma pessoa útil, não só porque ele iria vender o material, ia ganhar um dinheiro com aquilo, claro que o dinheiro é terapêutico, o dinheiro é importante. Nós sabemos disso, mas não só por isso, mas por essa idéia de que se eu pego algo que alguém não queria mais, que jogou fora o que a princípio não prestava para nada e dou uma vida útil e nova para ele, porque eu também não posso fazer isso comigo? (...) sempre tentávamos permear a oficina com está idéia.” (E.1)

Este fragmento discursivo corrobora com a idéia de Foucault (2009) de que o trabalho tem esse poder sim, de produzir indivíduos. E.1 tenta multiplicar o discurso que através da reciclagem, o portador de transtorno mental pode ser transformado. Assim como os materiais e coisas que são largados pelo caminho, e passaram a perder sua utilidade, o usuário do serviço dos CAPS em algum dia sentiu-se largado ou esquecido em casa, em algum hospital durante o período de crise ou até mesmo fora do convívio social. Ou ainda ter passado a vida inteira em um regime hospitalocêntrico.

Nesse sentido o portador de transtorno mental foi comparado à garrafa Pet, que depois de utilizada, não tem serventia. E que se não fizerem nada com ela, ficará sem utilidade por muito tempo, até se decompor. E desta forma se este indivíduo não passar por um processo de transformação, terá o mesmo destino da garrafa Pet, ser abandonado sem apoio familiar em algum serviço de assistência, ou até mesmo na rua. Terá o

mesmo destino da garrafa. Mas se este individuo participar das atividades desenvolvidas pelas oficinas de geração de renda realizada nos Centros de Atenção Psicossocial que trabalham a ressocialização do individuo por meio do trabalho. Poderá ganhar até o *seu dinheiro*. E desta forma resgatar sua dignidade e cidadania tendo como ferramenta o trabalho.

6 TRABALHO É COISA DE MALUCO?

Observando a seguinte frase da música “Coisa de Maluco” do grupo Fincabaute, “é coisa de maluco. Trabalhar o mês inteiro e depois não ver a cor do dinheiro”. Está direcionada à segunda parte deste capítulo que aborda sobre atividades de cunho profissional. Isto é, se existem atividades com temática inclusiva no mercado de trabalho CAPS, parcerias dos CAPS; propostas de qualificação para o portador de transtorno mental; vinculação e participação do familiar na reabilitação e nas atividades do CAPS.

É de grande importância, ao portador de transtorno mental, que o mesmo possa se qualificar, para em seguida buscar uma colocação no mercado de trabalho. Entretanto, durante o percurso de entrevistas verificaram-se poucas parcerias dos CAPS com entidades, prevendo algum tipo de qualificação profissional ou educacional. As qualificações de cunho profissionalizantes realizadas nos CAPS são as oficinas com intuito de geração de renda. Poucas são as de intuito educacional, que veremos a seguir.

(17) *“a inclusão, deles aqui não (...) a oficina de reciclagem é para que eles façam, mas é para uma coisa aqui. Não é uma inclusão deles lá fora.”* (E.2)

(18) *“esse projeto é feito de papel³, proposta de capacitar esses usuários, que formem grupos e que eles possam ser multiplicadores. Que possam formar uma cooperativa.”* (E.11)

(19) *“olha, aqui ainda não, mas no momento tem um trabalho informal de venda de produtos em feiras e eventos, (...) tem uma feira que acontece uma vez por mês na Prefeitura.”* (E. 12)

(20) *“a oficina de geração de renda, é meio que, a idéia é essa. É dar não sei se uma qualificação, (...) mas, a idéia é que ele saia daqui com algum aprendizado, tipo a oficina de jardinagem, (...) assim como a oficina de pastas, não sei qualifica, mas da oportunidade que eles aprendam como fazer, como mexer.”* (E.14)

³ Programa em parceria com a Petrobrás para incentivar o portador de transtorno mental, a criar bijuterias utilizando papel reciclado.

O trabalho realizado no CAPS, isto é, nas oficinas geradoras de renda. Ainda apresenta informalidade, é apenas algo para que os mesmos desenvolvam alguma atividade para se ocuparem. E estes trabalhos produzidos, são expostos e vendidos na maioria das vezes. Mas em muitos casos falta qualificação escolar neste usuário, que por algum motivo deixou de cursar os estudos. Em sua grande maioria devido ao início da doença, que o impossibilitou que continuasse, ou a escola não está preparada para receber este indivíduo. Ainda sobre as oficinas com temáticas inclusivas no mercado de trabalho, têm-se os seguintes trechos.

(21) *“tem dois viés, um é a produção de bijuterias que se direcionam a um processo de geração de renda, que a gente geralmente leva para negociar nas feiras, fóruns e onde tiver oportunidade (...) já tentamos montar uma barraquinha ali perto do metrô, mas não deu certo, não foi viável.”* (E. 15)

(22) *“e temos um outro segmento, que é com a produção de alimentos, produção de lanches, salgados, vendas de refrigerantes. Enfim, uma pequena cantina, que funciona lá dentro de um espaço chamado Que Delícia, que funcionava o antigo TRIM do Pedro II⁴, o espaço ficou vazio e foi transformado numa cantina coletiva.”* (E.15)

Os relatos dos entrevistados apontam em diversas formas de se incluir o portador de transtorno mental por meio do trabalho individual, com possibilidade de estimular e desenvolver o espírito empreendedor neste indivíduo. Para Leal (2002) o trabalho é de grande importância para o portador de transtorno mental no sentido de sua (re) inserção social.

(23) *“Este serviço aqui, não sei os outros. Tem muita dificuldade de ir lá para fora.”* (E.2)

⁴ Antigo setor de Triagem dentro do Instituto Municipal de Assistência a Saúde Nise da Silveira (anteriormente chamado de Hospital Pedro II), no Engenho de Dentro, setor este, que funcionava em horário comercial. E fazia um pré atendimento aos portadores de transtorno mental antes de encaminhá-los ao setor de emergência ou ambulatório.

Neste ponto o interlocutor E.2 refere-se a dificuldade de conseguir expor os trabalhos do CAPS para a população, não só pela escassez de técnicos para acompanhar os usuários em possíveis locais de venda, como feiras ou eventos, mas principalmente a burocracia para a utilização de espaços públicos ou não próximos aos CAPS. Quando acontecem essas feiras, são na área do prédio principal da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro.

O que falta para os CAPS é visibilidade. Pois, uma vez expondo seu material para a população local a mesma ficará sabendo sobre a existência do serviço e do produto. Assim, aumenta a possibilidade de redução do estigma sofrido por esta parte da população. Segundo Morse (1988), a promoção por meio da propaganda tem um aspecto persuasivo. Isto é, a partir do momento que o serviço de geração de renda expõe em locais fora dos eixos ligados a saúde mental. Poderá, desta forma, fazer com que o consumidor descubra que o portador de transtorno mental é capaz de desenvolver atividades em outros lugares, que não os serviços de saúde mental.

Outro fator determinante para o sucesso das oficinas de geração de renda refere-se ao ponto de distribuição (Morse, 1988). Isto é, como será a disponibilidade do produto desenvolvido pelos usuários dos serviços dos CAPS para alcançar um público maior? As oficinas de geração de renda devem buscar espaços nos quais uma parcela maior da população possa ter acesso. Sendo assim, não ficarão restritos apenas as feiras e eventos em saúde mental. Mas tentar buscar espaços com uma maior concentração da população próxima ao CAPS, mesmo que para concretização desse objetivo seja formada parceria com algum ente público ou privado.

Os CAPS devem pensar de forma conjunta o fator promoção e o fator ponto de distribuição, pois ainda falta um olhar da *administração*, isto é, utilização de ferramentas disponíveis (Slack et. al, 1999; Kotler, 2000) como por exemplo, tornar mais visível a produção e as atividades das oficinas de geração de renda, e junto a esta atitude ampliar os canais de distribuição da produção. Não se deve ficar restrito apenas há atividades ligadas à saúde mental, como conferências, fóruns e afins, mas buscar um espaço com o qual se conjugue estas duas possibilidades.

Paralelo a isso, de nada adiantará se o CAPS agir sozinho nesta empreitada de (re) socializar o portador de transtorno mental. Ele pode contar com parcerias, que podem ser para qualificar profissionalmente, para aumentar a escolaridade ou até mesmo iniciar nestes indivíduos o contato com a escrita e com a leitura.

6.2 Santa Parceria, Batman!

No desenvolvimento e formulação de idéias sobre o que deve ser produzido para atender o mercado consumidor ou as formas de expor os trabalhos realizados nos CAPS, precisamos ter determinados cuidados na elaboração de propostas e também ao se propor parceiras. Com isso, as iniciativas isoladas perdem um pouco de sua força, devido à complexidade de atividades, como foi percebido durante as entrevistas. Se na hora de expor a mercadoria faltar o parceiro para tal, ou ainda ao surgir uma oportunidade de empregabilidade para o portador de transtorno mental, esta pode não ocorrer por não possuir a escolaridade desejada. Situação que poderia ser regularizada se houvesse um convênio, parceria ou outro tipo de associação entre o CAPS e uma entidade de ensino, que qualificasse o portador de transtorno mental para sua inserção no mercado de trabalho.

Assim como o *menino prodígio*, em suas falas, utilizava a palavra *santa* com intuito de chamar a atenção para algo que estava a acontecer, as *santas* parcerias podem ser uma solução para os processos de (re) inserção do portador de transtorno mental, seja na sociedade, ou no mundo do trabalho, mas principalmente proporcionando cidadania ao mesmo. E a parceria com intuito de melhorar a escolaridade pode ser o primeiro passo.

A qualificação por meio do ensino é principal forma de proporcionar conhecimento ao cidadão e principalmente ao indivíduo portador de transtorno mental, que por diversas vezes é desacreditado por conta de seu estigma, Irigaray (2008) e Goffman (2008), e por não apresentar grau de escolaridade necessária.

Esta falta de escolaridade se reflete não somente ao indivíduo com transtorno mental, mas a população de um modo mais abrangente, em que para uma simples atividade de telemarketing já está sendo necessário estar cursando nível superior. Imagina o indivíduo com transtorno mental que busca uma colocação profissional?

Os discursos, a seguir, mostram como estão às parcerias dos CAPS, com intuito de qualificar e ou aumentar a escolaridade, do indivíduo portador de transtorno mental com entidades fomentadoras de conhecimento.

(24) “*tem uma pasta que eu fiz sobre trabalho, oportunidades de trabalho e capacitação. Tem lá os*

cursos que tem na FAETEC, os cursos que tem não sei aonde, os cursos que aparecem em vários lugares. (...) mas um processo específico de capacitação aqui dentro não!” (E.6)

(25) “acho que a gente tem mais iniciativas isoladas, parceira firmada não! A gente já tentou firmar parceria com o GREIP⁵ há um tempo atrás, (...) só que como eles tem um público alvo muito de criança. A gestão da época, achou que era perigoso para as crianças por serem pacientes psiquiátricos. (...) como a gente fez duas ou três tentativas de fazer uma parceria mais formal e não deu certo. Então a gente encaminha a população usuária, como população ai eles conseguem. (...) como população, não como parceira do CAPS.” (E.7)

(26) “Não tem parceria com intuito de ensino.” (E.9)

(27) “Uma vez não conseguimos inserir um usuário porque ele não tinha escolaridade.” (E.11)

Nestes discursos não aparecem informações sobre a questão da parceria na área de ensino, para iniciar, melhorar ou aumentar a escolaridade. O mercado de trabalho não irá admitir um profissional que não detenha os conhecimento ou pré-requisitos mínimos para desempenhar certas atividades. Isso deve ser pensado e revisto pelos CAPS, a criação de parcerias com foco na escolaridade do portador de transtorno mental.

O discurso de E.5 apresenta uma parceria que houve do CAPS com uma entidade, com a proposta de capacitar o indivíduo. Há uma grande dificuldade de inserir o portador de transtorno mental nas organizações, principalmente por apresentar baixa escolaridade ou mesmo a falta dela. E devido a este fato cabe a estas instituições buscar as *santas parcerias* com o intuito de resgatar este tempo perdido e ainda a autoestima nos usuários dos mesmos.

⁵ Sociedade dos Amigos do Grêmio Recreativo dos Industriários da Penha, a instituição é uma associação civil sem fins lucrativos, filantrópica, de caráter assistencial, social, esportivo e cultural.

(28) “O CDI⁶ é uma qualificação profissional. O CDI trabalhava com todos os CAPS da rede, CDI tem no Pinel, tinha no Nise da Silveira, tinha em Inhoaíba e aqui. Tem algumas escolas, são oito EI (escolas de informática). É um projeto especificamente para isso. (...) cada técnico orienta especificamente seu usuário. Nos centros comunitários da área também oferece cursos gratuitos, para eles fazerem. Mas nada formalizado. Como ter um técnico responsável por fazer esses encaminhamentos, ir às escolas, fazer contato com a CRE⁷ ver quem quer voltar a estudar, não tem.” (E.4) (E.5)

(29) “A gente tem uma paciente que está no grupo de mulheres, a paciente tá fazendo faculdade, tem pessoas, mas são casos isolados. (...) O CAPS em si não tem um trabalho voltado para a educação no sentido formal.” (E.4)

O discurso de E.4 é de grande importância, pois corrobora contra o discurso da sociedade, onde todo louco é burro ou não apresenta condição para estudar. E que, mesmo sendo um caso isolado, pode se abrir oportunidade para outros indivíduos portadores de transtorno mental buscarem o mesmo tipo de qualificação. E desta maneira contribuir ou até mesmo facilitar sua inserção no mercado de trabalho. É necessário iniciar o processo de parcerias com entidades educacionais para iniciar e/ou aprimorar o nível de escolaridade deste usuário dos CAPS. Além de parcerias para capacitar para o mundo do trabalho. O discurso de E.2 pode mostrar o quanto o ingresso no mundo trabalho, neste caso informal, pode ser enriquecedor e gratificante para o portador de transtorno mental.

⁶ O CDI (Comitê para Democratização da Informática) é uma organização não governamental, que utiliza a tecnologia como ferramenta para combater a pobreza e a desigualdade, estimular o empreendedorismo e criar novas gerações de empreendedores sociais.

⁷ CRE – Coordenadoria Regional de Educação, o município do Rio de Janeiro, na tentativa de atender de forma eficaz à população, descentralizou serviço em diversas áreas regionais, isto é, dividiu o município em áreas de concentração populacional ou geograficamente. Com o intuito de facilitar a administração do mesmo e assim alcançar um número maior de atendimento em diversas áreas, como saúde, assistência social e educação.

(30) *“Ele vivia trancado em casa, numa coleira, parecia um animal doméstico, e com as vindas dele para cá, a família tem muito essa coisa de trabalhar com vendas, a irmã fala: ta no sangue da gente trabalhar com vendas. Ele por si só, começou a pegar coisas velhas em casa, discos velhos, e começou a colocar numa banquinha para vender. Hoje em dia, ele foi lá na Prefeitura, tirou a carteirinha de ambulante, e o fiscal não pode pegar a mercadoria dele. E ele aprendeu, não sabia nada de dinheiro, aprendeu a dar troco, (...) para ele faz um bem incrível, porque ele chega com R\$ 5,00 e chega em casa e da para a irmã. “Eu ajudei ela a comprar alguma coisa para casa.” isso para eles é muito importante.” (E.2)*

A fala de E.2 lembra o relato de Sennett (1988), quando o indivíduo tenta se esquivar do olhar do outro, mas as vezes os nossos pares tomam esta atitude, por desconhecer como agir. Fica a impressão que a sociedade o tratará por conta do estigma, Goffman (2008), que estes indivíduos carregam ou apresentam. Dificultando qualquer possibilidade de qualificá-lo, principalmente em um ambiente fechado, como uma sala de aula, em um grupo escolar.

A capacitação pode ser realizada não apenas em sala de aula, mas por meio de atividades do cotidiano de cada um. Como um simples ato de ir comprar insumo para a produção de bijuterias ou conhecer outros locais de trabalho, com atividades produtivas similares aos desenvolvidos pelos usuários do serviço. O discurso de E.9 foi muito mais revelador, como pode ser verificado no trecho a seguir.

(31) *“Um de nossos objetivos na oficina é sair para comprar materiais, numa dessas saídas nós fomos lá em Botafogo, para conhecer uma barraca que tem um usuário que trabalha de camelo, nessa barraca, e quem organiza é o serviço de saúde mental. No momento que está trabalhando é um paciente que se trata aqui no CAPS. Os serviços faziam as coisas e mandavam para esta barraca e ele vendia e depois ele passava o dinheiro. Nesta ida a*

Botafogo teve uma paciente que falou que nunca tinha ido a Botafogo, e ela é uma mulher assim, seus 40 anos no máximo, (...) nunca tinha ido a Botafogo, e no caminho do subúrbio de Guadalupe até chegar a Botafogo, as coisas vão mudando, vai vendo outras coisas, existem outras coisas na vida além de Guadalupe. E o pouco só que ela viu, “Nossa existe isso, pô tem isso!?”(E.9)

O discurso de E.9 pode ser um indicativo de dificuldade na inserção, pois a usuária do serviço nunca havia deixado a região onde reside, que também é próxima ao CAPS, e nunca ter conhecido outro espaço geográfico, sua inserção pode ser prejudicada por precisar ser inserida em atividades próximas a sua residência. Este desconhecimento pode se dar por conta do familiar ter receio de andar com este indivíduo na rua, e a forma como as outras pessoas vão observá-lo, ou até mesmo tratá-lo. Pois este indivíduo sofre por seu estigma (Goffman, 1974; Albuquerque, 1978) ser em muitas das vezes visível.

Estas visitas a locais que pode ser fomentadores de insumos é muito importante. Pois pode ser um aprendizado, no sentido em que o mesmo passa a conhecer o mecanismo da negociação. O ato de comprar seus insumos é um importante passo na obtenção de sua cidadania. Além do que, estar com outras pessoas que não apresentem transtorno mental também pode ser um aprendizado, porque ele precisa conhecer outras mercadorias e/ou formas de expor seu material (Porter, 1986), tornando essencial para a perpetuação do negócio das empresas e inclusive dos CAPS (Slack et. al., 1999; Kotler, 2000).

(32) *“Vamos lá no Mercado, lá é o maior fuzuê, no Mercado de Madureira, alguns com muito medo, com muita ansiedade, não gosto de sair, vamos lá! Vai estar eu, vai estar fulano, vai estar cicrano. (...) na volta, e aí como é que foi? Um pouco nervosos, mas deu para continuar. (...) mesmo essas pessoas que muitas vezes, ela vai para casa sozinha, vem para o CAPS sozinha. Mas na hora de estar no meio da multidão. Numa compra, se comporta de uma outra maneira. Com ansiedade, com medo, vamos a luta! Vamos para o mundo.” (E.9)*

O indivíduo que por tempo ficou confinado em ambientes asilares ou até mesmo dentro de sua própria residência, impelido de ir *ao mundo*, ao se deparar com esta possibilidade ficam arredios, com medo do que possa acontecer, de como as pessoas vão ficar a observá-los. O trajeto casa / CAPS ou o inverso para o para este indivíduo é encarado de forma tranquila por parte dos portadores de transtorno mental, mas ao mudar esta rotina, estes ainda a encaram com certo receio mudar este ritmo. Mas ao se propor sua reinserção no mercado de trabalho em alguns casos isso pode ser um entrave, o qual pode ser superado. Ao se buscar colocações em regiões próximas a residência dos mesmos.

O portador de transtorno mental pode fazer uso de seu estigma em seu favor, e o estudo de Bourdieu (1999) serve para consolidar esta afirmativa. Pois ao expor seu trabalho ou até mesmo mostrando-se para a população, isto é, utilizando-se de espaços ou locais em que possa mostrar o seu trabalho, essa perceberá que mesmo sendo portador de transtorno mental, ele é capaz de desempenhar atividades cotidianas e até laborativas.

(33) *“Eu pedi ao coordenador dos CAPS, o dinheiro para comprar o material para a geração de renda. Uma, porque as vezes não vem o que eu quero, vem material inferior, isso faz toda diferença na hora da produção, até porque nos fazemos coisas para vender. (...) a eu vou comprar só porque é do doente mental, tadinho! Não, nada disso, vamos colocar para vender aquela peça que está realmente bonita. E quando está tudo pronto, a gente senta para analisar. Este está para venda? Não está para venda? O que que você acha? Não só a minha opinião, mas estímulo para que todos falem. Dêem sua opinião.”*
(E.9)

Ao se propiciar ao portador de transtorno mental o direito a manifestação, já é o primeiro passo para que o mesmo possa conquistar sua cidadania, como percebido no discurso de E.9. Ao buscar junto ao portador qual opinião sobre o produto fabricado, pratica-se a inclusão (Saraceno, 2001), encorajando o portador de transtorno mental a

expor suas próprias idéias. E o primeiro passo pode ser dado dentro de casa, no seio familiar. Cabe ao familiar propiciar a este indivíduo este sentimento.

Em se tratando da iniciativa do familiar, perceberam-se nos discursos a importância do familiar nos atendimentos dos CAPS, as possibilidades de parcerias com estes familiares e o interesse dos mesmos em possíveis oportunidades de reabilitação e inclusão no mercado de trabalho.

(34) *“para gente é muito importante que esteja o familiar presente. Até para entender o movimento do seu usuário, aqui tem um comportamento em casa tem outro.”* (E.2)

(35) *“aprendo muito com o familiar, com o manejo dele nas situações mais críticas com seu paciente.”* (E.2)

A presença do familiar torna-se importante, no sentido da troca de experiência do técnico com esse, ao buscar aprimorar qual a melhor forma de se aproximar e entender o que de fato o portador de transtorno mental quer ou está sentindo. Isto é, esta troca de informação representa uma forma de perceber qual a melhor forma de abordagem junto ao portador de transtorno mental, na tentativa de inseri-lo no mercado de trabalho formal.

(36) *“a presença da oficina de família passa a ser um espaço necessário, (...) devido a trabalhar todos esses indivíduos que com maior ou menor dificuldade estão presentes na vida cotidiana desse sujeito, ou seja, sofrimentos psíquicos.”* (E.3)

(37) *“Os familiares são bastante participativos, tem um grupo de família, às quartas feiras, eles se mobilizam para organizar as festas, a gente sempre está convocando eles para discutir as questões da instituição. (...) participam da assembléia geral, vem para os atendimentos, eles tem uma participação bem atuante.”* (E.4) (E.5)

Nos trechos transcritos (anteriores) percebe-se a importância que os profissionais dos CAPS informam sobre a presença dos familiares. E na fala de E.6 a participação do familiar na oficina, onde este atua de forma direta no desenvolvimento desta atividade,

até mesmo sendo um *coach* para estes usuários no aprendizado da ferramenta internet. A participação do familiar junto com o usuário nas oficinas torna-se um facilitador na aceitação do mesmo no seio familiar. Uma vez isso acontecendo dentro de casa, o portador de transtorno mental sentir-se-á mais confortável para ingressar no mercado de trabalho. Desta forma a primeira barreira será transposta, o preconceito dentro de casa.

(38) *“os familiares participam das oficinas, e na escala dessa sala de pesquisa comunitária de internet, tem vários familiares já na escala.”* (E.6)

Para E.7 e E.9 por mais que seja importante a presença do familiar, eles veem ainda pequena esta presença. Como estes familiares não têm conhecimento e em algumas vezes não se interessam em compreendê-lo ou não possuem tempo para acompanhar o desenvolvimento do mesmo, fica prejudicada a parceria necessária para alavancar a (re) inserção deste indivíduo.

(39) *“A família fica muito em cima, não deixa ele a vontade. (...) Participam das festas de outras oficinas, mas em geração de renda não.”* (E.7)

(40) *“chamar a família para o tratamento é muito difícil, porque muitas pensam de uma maneira e agem de uma forma que não condiz com aquilo e acham que tem que ser assim, mas isso não é uma regra, tem muitas famílias que participam sim, mas outras são muito difíceis de inseri-las neste trabalho, por que acha que o familiar age daquela maneira, porque não tem vergonha na cara, porque não tem força de vontade, não consegue escutar o profissional falando que ele tem uma doença, que a atitude dele é em função da doença e por conta disso ele está aqui no CAPS, que o que ele faz não tem nada de malandragem, nem porque ele não tem vergonha na cara. E que esta família precisa estar junto conosco sim.”* (E.9)

(41) *“Eu vejo pouquíssima participação do familiar, na geração de renda não tem presença do familiar não, é*

mais voltada para o usuário, embora seja até aberto. Mas participam de outras oficinas.” (E.13)

É fácil recriminar o portador de transtorno mental, ao chamá-lo de vagabundo, por não ter vergonha na cara, porém poucos se pré dispõem a compreendê-lo ou acompanhá-lo no dia a dia de eu tratamento. É fundamental a participação do familiar nesta caminhada, podendo ser um incentivador para o crescimento profissional deste portador de transtorno mental.

Mesmo participando de algumas atividades nos CAPS, os familiares podem ser grandes incentivadores dos portadores de transtorno mental. E sua presença pode ser um grande incentivador. A Escola de Relações Humanas, vista por Elton Mayo, nos diz que o indivíduo pode trabalhar mais, isto é, produzir mais, ao se sentir motivado.

Esse sentimento motivacional pode ser de grande importância para o indivíduo portador de transtorno mental, uma vez que ele irá encontrar situações diversas no percurso laboral. E as parcerias são de grande importância para o trabalhador, principalmente para o portador de transtorno mental poder se sentir preparado e acolhido nesta nova fase. Principalmente porque as organizações (Carneiro, Ribeiro, 2008; Irigaray, 2007; Irigaray, 2008), não são boazinhas, como elas tentam mostrar nas capas de revista ou nas telas das televisões.

7 O MERCADO DE TRABALHO NÃO É O PAÍS DAS MARAVILHAS

O trabalho de Irigaray (2008) afirma que o trabalhador que não apresentar um perfil estético ou comportamental admitido pelas organizações, será sempre discriminado. Desta forma o portador de transtorno mental é enquadrado neste rol de indivíduos discriminados por apresentar algo que denuncie sua condição de não pertencente aos padrões vigentes nas organizações. O que se torna um contra ponto, pois este indivíduo precisa ser reabilitado (Leal, 2002) e é o trabalho o melhor mecanismo para esta reabilitação.

A estes indivíduos portadores de transtorno mental que, por desconhecimento são discriminados, será apresentado no discurso de E.3 que não deve pensar em inserção no mercado de trabalho como sendo um favor a sociedade, mas sim, como um novo empregado que está disposto a mostrar seu potencial, e obter sua identidade (Carrieri, 2001; Hall, 2004) por meio de seu trabalho.

(42) *“quem oferece a oportunidade entende como se ela estivesse fazendo um favor a sociedade oferecendo aquela oportunidade de trabalho para aquela pessoa para aquele sujeito e não o entendimento desse individuo tem na inserção do trabalho, na importância em uma leitura consciente que quem oferece poderia ter da sua intervenção na modificação da lógica que envolve a sociedade. Que é uma lógica de natureza espoliadora.”*
(E.3)

A fala de E.3 retrata como as organizações agem com seus subordinados, e coloca que os trabalhos de Taylor (2006) com a administração científica, apesar de terem sido realizados a praticamente um século, são posturas ainda bastante utilizadas nas organizações. Mas, infelizmente, até o próprio indivíduo fica mais interessado com o que vai ser apurado no final da tarefa, como exposto na fala de E.1. não se preocupando com a execução ou com o aprendizado que isso pode proporcionar.

(43) “sempre vão haver casos que você não vai alcançar aquilo desejado. Mas quando você tem poucos recursos, materiais e apoio mesmo para essa equipe e uma visão mais humanizada sobre o que é o nosso trabalho e não uma preocupação com produção, quanto a gente vai faturar no final? Porque que eu acho que tem pessoas que vêem o serviço como qual o faturamento no final do mês? Mas este faturamento está vindo de vidas e como estas vidas estão sendo vividas. E como os profissionais que trabalham com estas pessoas estão para cuidarem destas outras vidas?” (E.1)

O trecho a seguir relatado por E.4 traduz claramente o perfil adotado pelas organizações atualmente, onde o indivíduo tem que produzir, produzir, produzir e produzir mais um pouco. E mesmo assim o empresariado quer mais. Altamente traduzido o espírito da administração científica de Taylor (2006). Onde nunca estão satisfeitos, porque precisa-se produzir mais que a concorrência, baratear os custos de produção, reduzir a despesas. E se o empregado não estiver satisfeito, existe uma fila do lado de fora para ocupar a vaga deste.

(44) “to lembrando do meu cunhado, que é tecnólogo de informática, e o chefe dele pede para ele ficar de 07:00h às 20:00h, mas o cara falou que se ele puder ficar até às 22:00h é bom porque tem que mostrar, que ele quer aprender cada vez mais. Que ele pode dar sempre mais. Então assim não basta você cumprir o que está escrito, que o horário é de 08:00h às 18:00h, o cara já fica até às 20:00h e não tá bom. E tem um que se disponibiliza a ficar até às 22:00h para mostrar que quer crescer na empresa. Principalmente empresa particular tem essa coisa de explorar mesmo, entendeu? Tem que mostrar, porque a fila anda! Se você não quer ficar até às 22:00h

tem 50 na fila, para querer ficar no seu lugar. E trabalhar até 00:00h se for o caso. Dormir aqui.” (E.4)

Para E.1 o mercado de trabalho é muito selvagem para o indivíduo tido como sendo normal pela sociedade. Que o diga para o portador de transtorno mental. Sendo assim, não estaria preparado para receber esta mão de obra.

(45) “eles trazem essa discussão à tona, o quanto o mercado é selvagem e o quanto ele precisaria ser mais humano.” (E.1)

O trabalho para o portador de transtorno mental seja informal ou formal preferencialmente, deve ser adaptado às suas necessidades. Ele não reúne as condições para competir com uma pessoa tida como sem transtorno mental, mas está apto a ingressar no mesmo. O que pode ser pensado é uma forma de valoração para o trabalho diferente, como sendo remunerado por hora trabalhada. E desta forma mesmo que nos momentos de prostração não perdesse seu emprego, mas que pudesse executar a atividade em horários alternativos.

Outro ponto importante nesta competição refere-se à questão da concentração para o desempenho da atividade, que torna esta competitividade cruel para o portador de transtorno mental. Alguns não conseguem se concentrar com facilidade, esta concentração não está ligada a perturbação mental somente, mas sim ao uso de medicamentos que alteram o funcionamento de seu sistema nervoso.

(46) “às vezes ficam prostrados, devido à medicação, uma série de coisas que acontecem, que num mercado competitivo. Fica difícil mesmo! Competir fica difícil. E o patrão está naquele lugar de patrão. Querendo ou não, embora as coisas tenham mudado um pouco, a gente vive num mundo competitivo, produtivo e que você é considerado capaz por aquilo que você produz, querendo ou não.” (E.4)

Mesmo apresentando esta característica, por vezes perversa, cabe ao empresariado contratar ou não o profissional para a organização. A fala de E.6 expressa muito bem o sentimento apresentado pelos indivíduos que esperam uma colocação e percebem que somente serão aceitos se for conveniente. Para Azevedo (2008) a sociedade precisa ser mais inclusiva. E desta forma aceitar a presença do outro, no mercado de trabalho. Mesmo que este outro não apresente traços característicos preconizados pelos padrões de beleza estabelecidos pela sociedade ou principalmente algum estigma visível.

(47) *“os caras assim, na boa vontade, se quiserem contratar alguém, que pensam que são interessante contratam.”* (E.6)

Existem outras dificuldades para a inserção do portador de transtorno mental na organização, além da questão da vontade ou uso de ferramentas desumanas que serão vistas a seguir.

7.1 Estrada Sem Tijolos Amarelos

O portador de transtorno mental, para alcançar um posto de trabalho, percorre caminhos que nem sempre são fáceis de transpor. Não um caminho mágico em que ao final de um *arco íris* encontrará o tão desejado *pote de* ouro ou posto de trabalho. Muito menos uma estrada com tijolos amarelos que o guiará por caminhos para chegar ao tão sonhado local esperado em *Oz* ou na empresa que o empregará.

Este indivíduo ainda é visto com determinada desconfiança para ingressar no mercado de trabalho (Heinski, 2004), até mesmo por desconhecimento de sua doença. E no caminho a se percorrer até conseguir sua empregabilidade, o mesmo vem a sofrer como o que pode ser descrito nos discursos dos entrevistados a seguir, onde a principal reclamação dos mesmos foi o preconceito.

(48) *“são muitas, mas a primeira é o preconceito, de que todo doente mental é incapaz. A gente corre esse risco das pessoas não acreditarem na capacidade, na possibilidade laborativa que os usuários podem ter.”* (E.1)

(49) *“eu acho que é isso, essa discriminação, que tem porque o deficiente mental é aquela coisa neurológica, que ele não vai surtar (...) mas pro doente mental, as pessoas ficam sempre esperando, como saiu ontem a reportagem na Record, a ninguém controla, eles são uns animais, são uns bichos. (...) o doido, ele nunca em nenhum momento ele tem um momento de lucidez.”* (E.2)

As falas de E.1 e E.2 reportam a questão do preconceito sofrido pelo portador de transtorno mental, mas existem também outras barreiras que devem ser transpostas e que podem ser verificadas no discurso de E.3. Que menciona a precarização e a exploração, para a primeira, com o grande número de formas de vínculos empregatícios, que não asseguram os direitos trabalhistas dos empregados. Consequentemente levando à segunda, onde o indivíduo precisa trabalhar além da jornada de trabalho, muitas vezes sem receber por isso, apenas para poder garantir sua colocação no mercado de trabalho.

(50) *“a principal dificuldade, (...) a precarização e a exploração que ocorre no mundo do trabalho, inclusive com aqueles indivíduos que a princípio dentro de uma ordem clínica não seriam acometidos de qualquer transtorno mental. Já existe este processo de exploração, já existe este processo de precarização no mundo do trabalho. que essa situação do mundo do trabalho. Quando, envolvente de sujeitos que são percebidos como portadores de transtornos psíquicos isso passa ainda ser mais grave.”* (E.3)

O entrevistado E.6 vê na política pública um entrave, que poderia estar em maior sincronia com as atividades e com os anseios dessa população que busca um espaço no mercado de trabalho. Mas para Costa et. al. (1989), Mehedff, Garcia, (2005); Silva; Oliva, (2006) as políticas públicas podem ser de grande importância para a população, inclusive para o portador de transtorno mental.

(51) *“a maior dificuldade é política pública. (...). Projetos que dêem sustentação ao emprego apoiado nas empresas mesmo, ter uma política voltada, ter uma política voltada para as empresas terceirizadas nossas, que prestam serviços para a gente, de limpeza, da copa, de nutrição essas coisas todas. Ninguém tem a menor obrigação de contratar parte da clientela, que eles prestam serviço e são pagos por isso. Ninguém! Não tem nada organizado nesse sentido.”* (E.6)

Uma proposta levantada por E.6 se dá na questão dos prestadores de serviço para as Unidades Hospitalares, como as firmas de limpeza que poderiam contratar este indivíduos para desempenhar atividades como a limpeza de áreas comuns. Tarefa esta que não apresenta complexidade para ser executada. Ou ainda a empresa que faz o serviço de alimentação, onde este usuário do serviço poderia atuar na preparação da refeição.

Para o entrevistado E.4, E.8 e E.13 o que deveria ser revisto é a questão da jornada de trabalho, que para o portador de transtorno mental pode ser danosa (Foucault, 2009). E.8 afirma que deveria ser criada uma carga horária adaptada ao perfil deste indivíduo, independente do gênero do mesmo, para que possa desempenhar suas atividades (Saraceno, 2001; Silva, Villas Boas e Brito, 2001), adquirir sua cidadania e ser reconhecido pelo que faz.

(52) *“(...) A questão, isso a gente discute muito, até mesmo no NUSAMT⁸, é a questão da carga horária, ter uma adaptação desse paciente à carga horária. (...) todas essas parcerias estão sendo feitas, adaptando, não só as habilidades, mas a própria estrutura emocional do paciente, (...) ele mesmo não sustenta ficar numa carga horária de 40 horas, de 44 horas, que é a carga horária oficial nossa, nos serviços de comércio, que são os que mais absorvem, é uma carga horária muito pesada para*

⁸ NUSAMT é o núcleo de saúde mental e trabalho do governo do Estado do Rio de Janeiro

eles, porque eles não vão conseguir sustentar por conta da medicação, tomam remédio, a questão da dificuldade do sono, (...) o que está se lutando é por uma carga horária menor, um serviço acompanhado.” (E.8)

(53) “tem que ter um outro horário, tem que ter uma outra forma (...) tem que ter uma sensibilidade.” (E.14)

(54) “E esse preconceito, abrange inclusive assim, essa coisa da questão da carga horária que tem que cumprir. E assim, não sei se isso em algum momento, na pessoa precisa ser trabalhado, e aí vai ter momento que aquele sujeito, dependendo ele não vai suportar mesmo. A gente não suporta, que somos ditos normais. Tem as nossas estratégias, que aí gente sai para fumar, sai para poder espairar um pouquinho. Porque eu acho que uma das coisas que a gente querendo ou não. Mercado de trabalho, para os usuários além de ser competitivo, tem uma coisa de uma carga horária bastante alta, que as vezes o sujeito não dá conta mesmo.” (E.4)

(55) “nem todos os serviços são maleáveis, você tem que cumprir horário, tem que ter uma responsabilidade. Os trabalhos não têm algo específico para os pacientes com transtorno mental.” (E.13)

Os entrevistados são unânimes ao mencionar que um dos grandes entraves para o portador de transtorno mental nas organizações é com relação à extensa jornada de trabalho, que para o indivíduo que não apresenta transtorno mental, muitas vezes torna-se exaustivo. Para o portador de transtorno mental esta atividade pode ser pesada e ao mesmo tempo tornar-se prejudicial para o seu tratamento e principalmente para sua inclusão no mercado de trabalho, com o intuito de obter sua cidadania.

De nada adiantará propor a inclusão para o portador de transtorno mental, se não for pensado formas paralelas ou alternativas de inclusão no mercado formal para este indivíduo, como redução parcial de sua jornada de trabalho. Um regime de remuneração que seja parametrizado pelo quantitativo de horas trabalhadas, isto é, o pagamento não seria um salário fixo mensal e sim, por hora trabalhada (Taylor, 2006). Outra proposta

se diz respeito ao serviço acompanhado, onde o usuário é acompanhado por um profissional da empresa que o contratou. Para indicar-lhe o que se faz necessário para o desempenho das atividades. É necessário que se tenha uma sensibilidade para o trato com este grupo de indivíduos. Pois o trabalho apresenta a forma de ressociar-los com intuito de garantir sua cidadania e não de adoecê-los.

Na fala de E.9, E.14 e E.5 o preconceito para empregar o portador de transtorno mental presente no empresariado, e principalmente na mente da população (Foucault, 1989, Goffman, 1974; Goffman, 2008). Preconceito este que, por muito tempo foi responsável por seu isolamento da sociedade (Foucault, 2009). E que cabe aos Centros de Atenção Psicossocial abrir as suas portas para que a população possa enxergar o portador de transtorno mental, não como o *louco varrido*, mas sim como mais um profissional capaz de desempenhar atividades dentro da organização. Esta visibilidade compete aos CAPS. E aos empresários e gestores deve-se a obrigação de contratar este profissional, com o intuito não de promover *inclusão social*, mas sim porque este profissional está apto a desenvolver atividades laborativas em sua organização.

(56) “o rótulo que tem que maluco bate, aperta pescoço, a agressividade, eu vejo que esse aí é o ponto principal.” (E.9)

(57) “eu acho que o mais difícil, são os outros funcionários. Porque a saúde mental ainda é muito marginalizada.” (E.14)

(58) “O preconceito, (...) porque no imaginário social, o doido tem que ficar preso, ele perigoso, ele pode matar um, ainda mais que a saúde mental esteja aparecendo até na novela agora, dizendo que o rico também pode ser doido, não é só pobre que é doido. A loucura é sentida socializada. É que não é bem assim, é muito mais uma pessoa bonita que pode matar um, do que uma pessoa que tenha transtorno mental, que ele pode matar sim. Quando estiver delirante. O preconceito é a maior questão.” (E.5)

Outro problema enfrentado pelo portador de transtorno mental diz respeito ao trabalho rotinizado (Taylor, 2006) com diversas tarefas para serem executadas, trabalho

sob pressão, necessidade de atingir metas, conquistar novos clientes, evitar o desperdício e outras. O portador de transtorno mental não consiga executar ou dar continuidade.

(59) *“ser consistente, às vezes o paciente não consegue dar sustentação, melhor dizendo, sustentar o trabalho. muitos quando voltam surtam. O problema maior é sustentação do trabalho, aquela questão da rotina.”*
(E.13)

O preconceito sempre ressurgiu nas falas dos entrevistados como algo corriqueiro no cotidiano do portador de transtorno mental. Contudo também é percebido que outras pessoas detentoras de outros estigmas (Silva, Villas Boas, Brito, 2001; Massi, 2002; Leite, Silva, 2006; Irigaray, 2008) também sofrem ao buscar oportunidade no mercado de trabalho.

(60) *“Se tem preconceito porque é gordinha, dependendo do lugar você não arruma emprego, porque é gorda! Se sofre preconceito porque é gay. (...) a sociedade é muito preconceituosa.”* (E.5)

A sociedade é muito perversa com o indivíduo que não apresente os padrões pré estabelecidos de beleza, que não segue o padrão físico brasileiro, isto é, tem se importado um modelo pré concebido que foge a nossa regra. Se é *gordinha*, se é *gay*, se é *feio* ou *pobre* você será visto com outro olhar (Goffman, 2008). Ainda mais se o indivíduo apresentar sinais que o identifique como sendo portador de transtorno mental (Borba, 1978; Netto, 1979; Grandino, Nogueira, 1985; Rowland, 1987). Não alcançará seu espaço no mercado de trabalho.

(61) *“infelizmente a sociedade que a gente vive é essa. É a sociedade que cada vez mais é o bonito, é rico que consegue a vaga que consegue o acesso, né! A lógica já de exclusão, seja de raça, seja de sexo ou opção sexual.”*
(E.8)

Existem situações que a questão do preconceito perpassa barreiras, onde o usuário não apresenta estigmas que o denuncie portador de transtorno mental, mas que mesmo assim, tem que viver na clandestinidade para não perder seu espaço no mercado de trabalho. Assim como o gay para o trabalho de Irigaray (2008) que não pode revelar aos demais de seu grupo de trabalho sua preferência sexual, o discurso de E.14 informa sobre um usuário do serviço dos CAPS que precisa omitir sua identidade para poder continuar em seu trabalho.

(62) ”o paciente vem pegar o remédio aqui, ela fala assim: eu não posso vir no dia do meu grupo porque a minha patroa não sabe que eu faço tratamento aqui, eu digo a ela que eu vou pegar o remédio de uma outra paciente e ela vem aqui e pega o dela.” (E.14)

O fragmento do discurso de E.14 reflete a realidade da população, e principalmente do empresariado, onde o portador de transtorno mental, executa suas atividades laborativas na tentativa de resgatar sua cidadania. Embora passe por situações onde sua enfermidade pode ser motivo de desconfiança e até de descrédito. Sendo necessário por vezes precisar omitir sua verdadeira identidade. Desta forma, o trabalho adquire o papel de grande aliado nesta busca por (re) socialização. Basta apenas oportunidade.

“encontrar um método adequado para fazer um trabalho, ensinar o trabalhador a realizá-lo e fixar condições em que o referido trabalho deveria desenvolver-se, fixar o tempo padrão para a realização do dito trabalho e, por fim, pagar o trabalhador, (...) se fizesse o serviço especificado.”
(Taylor, 2006, p. 13)

O discurso de Taylor corrobora para a afirmação de que se o empregador agir de determinada forma, como treinar a este indivíduo e condicioná-lo para a execução de uma atividade laborativa, o portador de transtorno mental poderá desempenhar a mesma.

7.2 Ainda há Luz no Fim do Túnel

Para acontecer à inclusão, não basta apenas o interesse do portador de transtorno mental, mas sim oportunidades de inclusão, onde possam ser desenvolvidas atividades de trabalho para o portador de transtorno mental possa sentir-se incluído e, assim, propiciar o sentido de motivação neste trabalhador conforme os estudos de Mayo (Apud. Maximiano, 2008).

(63) “mas eu percebo que essa é uma das grandes frustrações dos usuários sim, existe essa queixa. A queixa existe, eu quero trabalhar! Querem trabalhar, mas no mercado formal, um grande quantitativo que, diz que quer trabalhar, e talvez até conseguisse trabalhar mesmo no mercado formal, se conseguisse (...). O mesmo interesse que eu percebo em um grande número de usuários falarem para mim assim ou já ter dito. Eu podia tanto trabalhar ou como eu queria estudar (...)” (E.4)

(64) “empresas, espaços industriais e comerciais estão abrindo oportunidades para este sujeito, mas volto a dizer que esta abertura de oportunidade, não por uma questão de entendimento das contradições, ou seja, sociais. E muito menos com um projeto de modificação de sociedade. Mas, seria aquela abertura de portas com ofertas de oportunidades, de uma outra ordem, de uma outra natureza. Que justamente, aquela de se apresentar como ofertador, como contribuidor do equilíbrio social, que no meu entendimento é apenas uma maquiagem frente as contradições de ordem social. É um fato que estas oportunidades estão sendo muito mais oferecidas , na atualidade, no presente momento, do que já foi a coisa de 20 a 30 anos atrás. Aonde o sujeito com transtorno psíquico era muito mais discriminado e essas ofertas não aconteciam. (E.3)

Os discursos de E.3 e E.4 afirmam que o portador de transtorno mental apresenta interesse em oportunidade de trabalho, e as empresas estão abrindo oportunidades a este indivíduo. Existe a disposição do usuário do serviço de saúde mental em querer ingressar no mercado formal de trabalho, porém ainda faltam iniciativas por parte do empresariado que absorvam esta mão de obra. Muitas vezes estas acontecem, mas com o intuito de mostrar a sociedade o seguinte discurso: *“aqui na empresa X praticamos a inclusão social, somos solidários”*, mas na verdade ela não faz isso por ser solidária, e sim porque isto trás lucro. Como E.3 menciona, há de se convir que este cenário de inclusão do portador de transtorno mental no mercado de trabalho formal, a vinte ou trinta anos atrás era inimaginável. Mas ainda assim esta inclusão não acontece porque o portador é capaz de trabalhar e sim para atender uma necessidade da organização contratante expor este fato, em busca de lucratividade.

Estas possibilidades de inserção podem ser alcançadas por meio de parcerias ou espaços onde o mesmo possa expor seu trabalho (no caso do trabalho informal), como apresentado no discurso de E.7 e E.12. Que mesmo sem vender uma só peça, e às vezes ser frustrante, isso também pode ser para o indivíduo não portador de transtorno mental após um dia de trabalho, perceber que não obteve resultado positivo. Mas é preciso pensar que a ressocialização se apresenta por este caminho, onde nem todo dia terá movimento ou cliente para adquirir um produto produzido nas oficinas terapêuticas ou por iniciativas particulares destes indivíduos.

(65) *“a gente tem iniciativas locais de parcerias que a gente mesmo fez, (...). eles acabam preferindo muito estar para cá, do que estar indo para algumas feiras que as vezes não são locais de passagens, que acabam não vendendo ficar por aqui Isso para o paciente é muito frustrante, ficar o dia inteiro lá e não vender nada”* (E.7)

(66) *“acredito assim, falta de planejamento e falta de lugares. Acho que a gente tem pouca demanda de lugares para estar apresentando o produto e visibilidade, pois no momento que você tem o espaço para estar apresentando seu trabalho você ganha visibilidade.”* (E.12)

Visibilidade é a palavra de ordem. Goffman (2008) já afirmou que o indivíduo pode fazer uso de seu estigma para conseguir maior atenção, melhor oportunidade ou até mesmo alternativas que possam ser disponibilizadas em seu benefício. E assim mostrar que poderá buscar espaços para todos possam ver seus trabalhos. Neste caso específico, as oficinas de geração de renda são as mais beneficiadas, porque abrem caminho para os demais portadores de transtorno mental buscarem oportunidades no mercado de trabalho. Mas é necessário que se pense em um começo. E essas medidas podem trazer bons resultados no futuro.

Esta visibilidade deve ser pensada, em como a população pode adquirir os produtos produzidos pelas oficinas de geração de renda dos CAPS. Preferindo-se espaços fora dos ambientes institucionalizados, e com grande circulação de pessoas, são os mais indicados, E.12 relata que não está conseguindo espaço junto ao shopping da região, faz-se necessário buscar parcerias neste sentido e assim conquistar este espaço.

(67) “(...) *um espaço realmente que a gente possa conquistar. tem esse espaço com a Prefeitura, tem esse espaço lá e uma vez por mês nós estamos lá. Então estamos conquistando este espaço. Ainda tá difícil, a gente ainda tá caminhando, mas a gente busca outros lugares, a zona oeste não tem nenhum local para expor. O X shopping a gente tá tentando e não tá conseguindo. Então a gente está buscando principalmente uma praça que a gente possa estar colocando, expondo o produto.*” (E.12)

Existem situações em que o portador de transtorno mental também recua da oportunidade de trabalho, e nestes casos pode ser um entrave na possibilidade de sua inserção. O discurso de E.4 reforça esta idéia como sendo uma dificuldade a negativa do usuário à oportunidade real. Isto precisa ser pensado, pois se o indivíduo obtém sua identidade (Carrieri, 2001) por meio do trabalho e assim ao negar a oportunidade ele está negando a chance de se (re) inserir no mercado de trabalho formal. Outro ponto ponderado refere-se à questão da oportunidade ser distante da residência do indivíduo e do estresse gerado pelo trânsito no percurso casa trabalho, trabalho casa. Em alguns casos pode ser nocivo, relatado por E.7.

(68) “(...) acho que existe uma queixa muito grande sim, do eu quero trabalhar, isso existe, isso é real. Quando você oferece algumas possibilidades, recua!” (E.4)

(69) “uma coisa que a gente observa é a questão da distância, então, por exemplo, oportunidades de trabalho mais próximo a residência dessas pessoas, porque o que acontece, é que este paciente, ele não consegue se deslocar pegando às vezes dois ônibus, indo num ônibus cheio, engarrafamento, isso fica insuportável. Para gente é insuportável, imagina para essa pessoa especial. Que a capacidade de tolerância a essas adversidades não é a mesma que a nossa (...) as Leis e as oportunidades para serem inclusivas de fato precisam olhar para este lado, não dá para colocar todo mundo num mesmo pacote.” (E.7)

A generalização das necessidades do indivíduo portador de transtorno mental não deve acontecer, pois cada indivíduo apresenta uma particularidade distinta. E assim deve ser olhado, como afirma E.7 em seu discurso. Somente dessa maneira, as leis passarão a ser inclusivas. Assim como acontece com os indivíduos portadores de deficiência.

É necessário um olhar mais atento para esta população que outrora vivia marginalizada em situações asilares, e que hoje tenta reverter esta situação com algumas parcerias, ainda um pouco tímidas.

7.2.1 Aceitação do indivíduo nas organizações

A criação da Lei n. 7853/89 mudou o cenário das organizações ao estipular uma cota para inclusão de pessoas com deficiência em função do número de funcionários nas organizações. Entretanto, ainda é vista com certa desconfiança, pois os portadores de transtorno mental ainda são vistos com descrédito (Goffman, 2008). Acham-nos incapazes para o trabalho ou improdutíveis. Os discursos a seguir levantam esta fase de transição muito importante, que é o início da inclusão desses segregados.

(70) “*eu acho que com relação à deficiência melhorou, por conta de Leis, às vezes não só por um desejo, mas porque a Lei obriga ter tantos por cento de uma determinada clientela. Para deficiência isso melhorou muito, mas para o doente mental não consigo perceber isso não.*” (E.1)

(72) “*Eu ainda não vejo muita mudança.*” (E.3)

Apesar de a Lei beneficiar o portador de deficiência E.1 e E.3 ainda não veem mudanças neste cenário empresarial para a pessoa portadora de transtorno mental.

(73) “*eu particularmente, por uma leitura de ordem estrutural eu fico com um pé atrás por conta de que, (...) um termo que amplamente usado e que me cheira, como se fosse uma forma de esconder as contradições sociais que é a expressão que está sendo muito utilizada que é responsabilidade social, empresas com responsabilidade social, só que a gente sabe muito bem, que o processo de lucro, de lucratividade, de exploração, seja de matéria prima, da força de trabalho quanto do mundo comercial, só tem uma finalidade, que é a obtenção da mais valia.*” (E.3)

A fala de E.3 pode ser vista com uma certa preocupação, pois as organizações podem fazer o discurso de empregar pessoas com deficiência, afirmando estarem fazendo responsabilidade social, quando na verdade apenas cumprem a cota estabelecida pela Lei n.º 7853/89, e que grande parte da população desconhece sua existência. E ao verem o portador de deficiência, acreditam que a organização esteja realizando a *responsabilidade social*, e assim adquirem produtos e serviços dessa. E na verdade a organização está apenas cumprindo uma Lei, que a obriga contratar determinado número de pessoas com deficiência em função do quantitativo de funcionários que ela apresenta, caso não as empregue, é passível de penalizações.

(74) *“as empresas tão propensas a receber aquilo que der o mínimo de trabalho, mas hoje, só um pouquinho, por conta daquela história de responsabilidade social, grandes empresas que tem que aparecer com isso. Tem que mostrar serviço nesse sentido, então, aí elas estão caminhando aí num sentido um pouco mais civilizado. Que as outras, que se tiver a oportunidade de contratar alguém com deficiência por exemplo. Já tá previsto e tudo mais, se puderem escapar, escapolem.”* (E.6)

Para E.6 as organizações podem usar artifícios para burlar a execução da Lei de inclusão da pessoa com deficiência (Lei n.º 7853/89). E isso pode ser um ponto de discussão, sobre qual melhor forma de se fiscalizar o cumprimento da Lei. As organizações ainda não estão preparadas para receber este indivíduo, seja portador de deficiência quanto o portador de transtorno mental. E muitas das vezes evitam até a última oportunidade em contratar pessoas em situação de exclusão. Por acreditarem que estas não são capazes de acompanhar o ritmo de atividades desejado pela organização para o alcance de objetivos.

O discurso de E.13 diz que portadores de transtorno mental tem-se beneficiado da Lei de cotas para ingressarem nas organizações por desconhecimento da diferença entre transtorno mental e deficiência mental. Mas ainda assim afirma que, se fosse possível, o empresariado não contrataria este profissional, desejando aquele tido como normal.

(75) *“eu acho que não, tem a Lei, que tem uma porcentagem, que é para o deficiente, alguns acabam entrando pela Lei, mas por desejo acho q não.”* (E.13)

(76) *“vejo que, não sei se pela falta de conhecimento, tem uma dificuldade de poder pegar essas pessoas, de inserir essas pessoas. Se não for pela Lei. (...) não optariam pelo paciente que não tem transtorno, porque daria menos trabalho por causa da questão do compromisso de chegar na hora, às questões legalistas, a daqui a pouco, ele vai ter que ficar afastado porque ele vai ficar mal.”* (E.13)

A preocupação de E.13 se refere a questão da não empregabilidade do portador de transtorno mental, que acontece principalmente pelo desconhecimento do empresariado, sobre o que este profissional é capaz de fazer, pois muito portadores de transtorno mental não necessariamente são pessoas incapazes de desempenhar determinadas atividades, mas alguns possuem inclusive nível superior. E por ser portador de transtorno acaba sendo enquadrado como incapaz. Outra questão abordada por E.13 diz respeito ao não entendimento do empresariado, e de grande parte da população sobre o que seja a diferença entre transtorno mental e deficiência mental. Desta forma o portador de transtorno mental tem se beneficiado da Lei que não foi criada para si.

Existem outras percepções, como as descritas por E.14 e E.15, que ainda veem um pouco distante a aceitação do paciente psiquiátrico nas organizações. Ainda para E.15 alguns dos portadores de transtorno mental, que estão em situação de emprego, tem apresentado resultado significativo dentro das organizações que os empregaram.

(77) “vejo isso muito longe ainda, para paciente psiquiátrico.” (E.14)

(78) “a gente vê algumas iniciativas, que ainda são tímidas mediante o contingente. Mas têm acontecido algumas experiências interessantes. (...) E estes portadores têm respondido muito bem a proposta, eles trabalham por remuneração em hora. Não cumprem aquele horário oficial, mas o horário que se estabelece nos contratos propostos a eles, conseguem cumprir.” (E.15)

Se o resultado pela organização é alcançado, e estes respondem às atividades as quais estão sendo submetidos, cabe ao empresário fazer desta possibilidade, uma oportunidade de negócios e inserir formalmente o portador de transtorno mental. Que é um funcionário como outro qualquer, salvo dentro de suas limitações, vai responder a contento os anseios da organização. Mesmo esta inserção ainda ser muito pequena. O discurso dos entrevistados revela um pouco de receio, desconfiança e até mesmo timidez para contratar o portador de transtorno mental, uma vez que em nome da Lei n.º

7853/89, esta não aborda o tema pessoa com transtorno mental, como gostariam que fosse.

7.2.2 Em nome da Lei

A Lei n.º 7853 de 1989 e o Decreto n.º 3398 que a regulamenta, exprimem que as organizações devem contratar mão de obra portadora de algum tipo de deficiência. Mas em algum momento menciona o portador de transtorno mental. A reboque deste assunto, veio a tona uma série de questionamentos junto aos profissionais, principalmente os técnicos de saúde ligados diretamente a esta clientela, preterida pela *Lei de cotas* como também é conhecida. Os discursos a seguir falam da importância que é a criação desta Lei, no sentido da inclusão do indivíduo desprovido de meios para pleitear um espaço no mercado de trabalho.

(79) *“a discussão pelo fato, dela (lei 7853/89) ter sido posta, eu acho que pode ajudar no sentido de trazer a discussão da não inclusão do portador de transtorno mental nessa categoria. Acho que nesse sentido ajuda.”*
(E.1)

(80) *“ao mesmo tempo em que ela cria possibilidade de modificação de um quadro de exclusão, ela não cria a modificação de uma cultura de exclusão.”* (E.3)

O discurso de E.1 pode ser entendido como *mea culpa*, num modo geral, para a população, para os legisladores, para sociedade num aspecto mais abrangente. Onde afirma que o Brasil já possui diversas Leis e que não vê a necessidade da criação de várias outras. Uma vez que existe uma Lei soberana, se a Constituição Brasileira de cinco de outubro de 1988 fosse cumprida, não teria necessidade de Leis complementares.

(81) *“na realidade, no Brasil existem muitas leis, que se a constituição fosse respeitada, não precisariam existir, acho que o problema do Brasil é não respeitar sua lei maior. Por exemplo, de igualdade de acesso. Enfim, a*

constituição já fala de tudo isso. Ai como não é respeitado o direito do Negro, ai se faz uma lei pro Negro. Não é respeitado o direito do homossexual, se faz uma lei ou se propõe uma lei de respeito aos homossexuais, contra a homofobia. Não se dá espaço igualmente no mercado de trabalho para as pessoas, se propõe uma lei para essas e aquelas categorias que as pessoas percebem como menos privilegiadas. (...) mas acaba por não respeito a uma lei maior que a gente tem que é a Constituição.” (E.1)

O problema da aceitação do indivíduo portador de transtorno mental ou detentor de algum outro estigma (Goffman, 2008) no mercado de trabalho. Não é apenas uma questão inclusão baseada na premissa de uma obrigatoriedade. Mas, sim no descompromisso do empresariado, até mesmo na população em geral, que não absorve esta mão de obra, por achar que seu estigma possa interferir. E não acreditar (Fleury, 2000) que esta diversidade de profissionais possa ser benéfica a organização, no sentido que a troca de informações por indivíduos com opiniões e conhecimentos diferentes possa enriquecer os debates das organizações na conquista de objetivos, ou como se fazer para alcançá-los.

(82) “ela não deu entrada para os pacientes com transtorno mental. O que acontece, que com a existência dessa legislação, com isso já funcionando. Para as pessoas portadoras de deficiência, é lógico que a gente vai pegar carona também e se colocar no mesmo nível de direitos.” (E.6)

Ao observar o discurso de E.6, percebe-se que mesmo existindo uma Lei específica para o portador de deficiência, a mesma pode ser *aproveitada* para garantir direitos aos portadores de transtorno mental. E.8 observa que mesmo existindo uma Lei que beneficie uma categoria desfavorecida, como os portadores de deficiência, ainda assim as organizações, utilizam-se de artifícios para segregar determinadas deficiências ou restringir a entrada para os que possuem menor comprometimento. Isto é, aqueles onde sua deficiência não possa interferir nas atividades laborativas.

(83) *“a vantagem é que tem esta questão da inclusão, porém a questão da desvantagem, é que as próprias empresas elas restringem a determinados tipos de deficiência.”* (E.8)

Os discursos seguintes de E.7, E.8 e E.13 traduzem o pensamento dos mesmos, onde acreditam ser positiva a criação da Lei n.º 7853/89. E fica implícito ou explícito, dependendo do entrevistado, que foi a criação da mesma que promoveu a inserção do indivíduo menos favorecido. Neste caso, o indivíduo portador de deficiência.

(84) *“a Lei foi positiva no sentido da inclusão, tem que ter abertura para o diferente.”* (E.7)

(85) *“não precisaria de ter a Lei, mas assim, infelizmente no nosso país é assim que funciona, se não tiver Lei. Não vai entrar nunca. (...) mas eu acho positivo, porque se não for assim como é que a gente vai conseguir, se não tiver Lei como é que a gente vai conseguir. Se a sociedade tem uma outra visão.”* (E.8)

(86) *“foi uma maneira de poder fazer com que essas pessoas, o pouco que tem, conseguissem entrar.”* (E.13)

O que se percebe é que tem ocorrido a inclusão do indivíduo menos favorecido, porque existe uma Lei que obriga o empresariado a contratá-los. E, que se não fosse desta forma, não ocorreria inclusão dos mesmos. A sociedade e as organizações, sob algum aspecto tiveram estudos que observassem a questão do ingresso de indivíduos que apresentassem algum estigma ou identidades definidas (Betiol, 2000; Fleury, 2000; Heinski, 2004; Leite, Silva, 2006; Irigaray, 2008; Carneiro; Ribeiro, 2008) nas mesmas. E de alguma forma esta inclusão não se efetivava de forma simples, ou é necessário esconder sua identidade, ou sua identidade é motivo de descrédito ou para acontecer se faz necessário a criação de uma Lei.

Existe ainda uma preocupação com a inclusão do portador de transtorno mental no mercado de trabalho, Os discursos de E.14 e E.15 evidenciam inquietação com a

presença do portador de transtorno mental no rol de beneficiados com a Lei de inclusão para o portador de transtorno mental.

(87) *“ele não está incluído neste grupo, foi literalmente esquecido.”* (E.14)

(88) *“não beneficia o portador de transtorno mental.”*
(E.15)

A conclusão que esta inclusão não acontece pelo desconhecimento do potencial do portador de transtorno mental e pelo fato de seu eterno estigma de que a qualquer momento ele pode *surtar e apertar o pescoço do chefe*. E ele não foi incluso na *Lei de cotas* por desconhecimento do legislador, que em sua maioria pertence a classe empresarial.

Existem outras possibilidades de se organizar para alcançar o objetivo, na inclusão do portador de transtorno mental. O discurso de E.6 apresenta o NUSAMT - Núcleo de Saúde Mental e Trabalho - grupo este que discute ações para inclusão do portador de transtorno mental, não só os atendidos pelos CAPS, mas de uma maneira mais abrangente.

(89) *“A oito anos atrás (...) e foi aí que a gente foi montando o NUSAMT. Que vê formas de inserção do usuário no trabalho”* (E.6)

Existe ainda, conforme relato de E.6, dando sequência ao discurso de E.6, ela percebe que as organizações ainda não estão preparadas para absorver esta demanda. E quando se fala em doente mental, as pessoas ainda se assustam, principalmente pelo estigma (Foucault, 1989; Goffman, 1974; 2008) que carregam há muito tempo, e isso ainda pesa para sua contratação nas organizações.

Nestas reuniões do NUSAMT, são debatidos temas sobre mecanismos alternativos para incluir o portador de transtorno mental no mundo do trabalho. Como o trabalho em cooperativas de trabalho, outro viés discutido nestas reuniões são as possibilidade de se fazer capacitação com intuito de melhorar e/ou qualificar o portador de transtorno mental para que este se torne apto a ingressar no mercado de trabalho.

(90) *“acho q seria benéfico, temos um paciente aqui que passou num concurso em primeiro lugar da Prefeitura e*

não conseguiu entrar. Ele veio aqui chorou, que queria um laudo que dissesse que ele tinha condição, que se ele não tinha condição, ele não tinha passado, que ele ta em tratamento e a Prefeitura não recebeu ele.” (E.14)

O discurso de E.14 traz à tona um dilema: onde um usuário do serviço do CAPS, classificado em primeiro lugar em um concurso público não pode assumir porque achavam que ele não apresentava condições para assumir suas atividades. De fato, a afirmação parecia soar como um alarme, pois o órgão para o qual o usuário passou é o mesmo que controla o CAPS que ele faz uso. E passando em primeiro lugar, mesmo fazendo tratamento, não foi absorvido pelo sistema. Uma situação frustrante para o indivíduo, que poderia ter transformado sua identidade (Carrieri, 2001) e adquirido sua cidadania, após início de suas atividades de trabalho. E que ao final do dia, voltaria para casa, com seu sustento ou com ajuda para dentro da mesma.

8 EU TÔ VOLTANDO PARA CASA

O trecho da música de Lulu Santos, *Casa*, em que ele fala: “Eu tô voltando para casa” pode ser entendida também como a possibilidade do portador de transtorno mental buscar sua cidadania por estar retornando ao seio familiar. E no trecho “Pode ser que o barco vire, também pode ser que não”, pode ser interpretado como sendo um risco este retorno, como também o contrário, que cabe ao familiar propiciar este retorno. E terá no CAPS um ponto de apoio para toda e qualquer necessidade.

Este retorno do portador de transtorno mental tem sido concretizado graças ao Programa de Volta para Casa, uma política pública de saúde que passa a ser uma ferramenta de grande importância nesta lógica de desinstitucionalização e de retorno a sua cidadania. No discurso de E.3, pode ser observado como o Programa de Volta Para Casa tenta resgatar a dignidade e cidadania deste indivíduo, que por muito tempo permaneceu em situação asilar.

(91) “O Programa de Volta Para Casa passa a ser um dos dispositivos de superação da lógica manicomial, por que nós temos pessoas, indivíduos que ao longo de um tempo de 20, 30, 40 anos de internação, ou melhor, de exílio, porque isso também é percebido como um seqüestro anterior e um exílio contínuo. É um grupo, ou seja, que não é um grupo pequeno que tem que ser retirado deste exílio, só que esta saída deste exílio não é uma atividade simples, de tirada do indivíduo do manicômio, colocá-lo em um círculo familiar e atendê-lo em um serviço substitutivo.” (E.3)

O Programa de Volta Para Casa é uma tentativa de se reinserir o indivíduo, que por muito tempo esteve afastado do ambiente familiar, do meio social, do qual foi *sequestrado* em função de seu transtorno mental. E que com este incentivo proporcionado pelo governo, busca desinstitucionalizar este indivíduo. Esta saída não é uma tarefa simples, pois devido ao grau de comprometimento de sua doença, muitas vezes o familiar não desejará tê-lo por perto. Por achar que não está apta em recebê-lo

ou assisti-lo, por conta do seu estigma visível (Goffman, 2008; Irigaray, 2008), onde muitas das vezes a família fica com vergonha de apresentá-lo com medo do comentário dos vizinhos ou ser motivo de chacota.

Outro ponto observado é visto com desconfiança pelo familiar é a continuidade do atendimento, uma vez *liberto* e adquirido sua *alforria* do ambiente institucional asilar (Foucault, 2009), como este vai ser acompanhado em seu tratamento?

(92) (...) *lidar com elementos de ordem subjetiva, como os medos tanto por parte da família, quanto por parte do usuário. As dificuldades em lidar com um mundo que às vezes eles o conhecem. Passa ser um mundo extremamente estranho, porque são 20, 30 anos de exílio. Aonde, vários elementos da métrica social já foram modificados, já ganharam uma outra tonalidade, então passa a ser um dos dispositivos principais para a superação dessa lógica do manicômio, da exclusão, da precarização de uma existência humana, mas que tem que observar essa série de dificuldades, contradições, no mundo, ou seja, social para que ela se restabeleça. (...) para que saia dessa segregação.*” (E.3)

O discurso de E.3 pode pegar carona em mais um trecho da música Casa, quando se fala: “Já dei meia volta ao mundo”. Isto é, mostra como os indivíduos portadores de transtorno mental passaram por diversos *mundos*: casa da família, diversas unidades asilares (hospital psiquiátrico) e às vezes vagando pelas ruas por algum tempo antes de sua internação. Hoje, graças a esta política pública ele está podendo degustar o mundo da cidadania.

(93) *“fazemos um atendimento, um grupo de família específico, para essas quinze famílias, só para eles com uma demanda e abordagem diferenciada. Que propicia uma reestruturação melhor, em função da bolsa que é paga.”* (E.8)

A Lei 8080 de 1990 (Brasil, 1990) assegura atendimento à população brasileira. Desta forma o portador de transtorno mental também será assistido no momento em que deixar o confinamento asilar e passar a ser acompanhado pelos CAPS. Onde o familiar que o receber terá acompanhamento específico à sua realidade e necessidade, para que possa continuar mantendo este indivíduo em contato com a sociedade. Nestas reuniões também são discutidas formas e possibilidades de incluí-lo no mercado de trabalho.

(94) (...) a gente faz uma reunião mensal, com todos os familiares, porque quando a gente começou a perceber que os pacientes estavam aumentando e com o fechamento, está para fechar, da Casa de Saúde Dr.º Eiras⁹, alguns pacientes são da nossa área, (...) tem mais de 30 pacientes que estão na Eiras e são do nosso CAPS, mas que não necessariamente eles tem família, tem que ser pensado residência terapêutica. Talvez nem venha para a área, mas o endereço que ainda consta em algum lugar, é da nossa área. “O processo de alta é um processo longo às vezes de seis meses.” (E.8)

Por meio do discurso de E.8 observa-se a preocupação com o atendimento realizado pelos CAPS, que são os responsáveis pelo monitoramento e manutenção das informações da continuidade de pagamento das bolsas do Programa de Volta para Casa, instituído pela Lei 10.708 de 2003. Esta preocupação está relacionada em não conseguir atender à demanda dos pacientes que serão retirados da Unidade Dr. Eiras e irão passar a ser de responsabilidade do CAPS. Já o discurso de E.7 a preocupação é se os familiares estão atendendo ao preconizado pelo programa (Brasil, 2003), e não fazendo uso da bolsa para outros fins. Mas, implicitamente, os dois entrevistados, em especial E.8, relata a preocupação com a questão do fechamento da Unidade Dr. Eiras. Não adianta apenas remover o paciente do sistema asilar, é necessário que seja dado subsídios para essa efetivação.

⁹ Unidade Hospitalar de tratamento psiquiátrico localizado no município de Paracambi

(95) *“É papel do CAPS acompanhar e fiscalizar como está esse programa, como é que este paciente está, se ele está cumprindo, o uso do benefício, a favor do paciente e não para o uso da família, isso é um trabalho complexo por isso quer a gente decidiu não colocar isso, apesar de fazermos um atendimento individual, a gente preferiu, achamos mais produtivo fazer um trabalho coletivo para troca de informações e para colocar isso como uma questão coletiva e não uma questão individual ”* (E.8)

(96) *“estas famílias não tem só direito de receber este direito, tem o dever de cumprir algumas metas, no cuidado dessa pessoa. E o serviço tem o dever de acompanhar isso, muito próximo. Até porque a gente assina os relatórios de continuidade da bolsa, então a gente coloca claramente para essas famílias, de que a gente não vai ficar assinando algo que a gente não concorde.”* (E.7)

Nos discursos a seguir, E.15 e E.1 apresentam as dificuldades do programa que foi instituído para retirar do sistema asilar o portador de transtorno mental e trazê-lo para ser assistido pelo familiar, que este ainda o tiver ou por meio de residência terapêutica. Isto mencionado anteriormente no discurso de E.8. E.15 relata que é muito complexo o mecanismo de acesso a bolsa, e que ocasionalmente não se concretiza. Esta dificuldade relatada por E.15 é um grande entrave no processo de ressocialização do portador de transtorno mental.

(97) *“é complicado conseguir o acesso, acessar esta bolsa, chega num nível de exigência que às vezes você se perde. É claro que é um instrumental de sedução muito grande aos familiares, e uma abertura de condição para esse usuário que ta saindo dessa vida asilar. Para um enquadramento aqui, mas é um recurso empenado na máquina.”* (E.15)

(95) *“Programa de volta para casa, “O serviço está aberto, a dificuldade às vezes é a família receber.” (E.1)*

Para muitas famílias resgatar o familiar do ambiente asilar pode não ser uma tarefa fácil de ser resolvida. Principalmente, devido à imensa burocracia existente: documentação para dar entrada, avaliação nos órgãos públicos, demora no resultado da avaliação, processos que caem em exigência, dificuldade do familiar manter as propostas préestabelecidas. Esta morosidade pode ser um empecilho neste processo de ressocialização.

Para E.2 o Programa de Volta para Casa é fundamental para ajudar as famílias no custeio deste indivíduo que permaneceu em situação asilar, e até que o mesmo possa buscar oportunidade no mercado de trabalho e adquirir sua identidade (Saraceno, 2001), se possível é claro . Pois em muitos casos o comprometimento do portador de transtorno mental não permitirá o retorno social esperado. Podendo ser encarada como dificuldade de adaptação ao convívio social.

(96) *“foi de grande ajuda para os familiares, é um grande incentivo para que os familiares retirem seus pacientes, que vivem a longos anos no hospital.” (E.2)*

Sendo assim, o Programa de Volta para Casa, pode ser caracterizado como sendo uma ferramenta essencial no processo de desinstitucionalização do portador de transtorno mental. E, desta forma, fazer com que o mesmo possa retornar ao convívio social. Percebeu-se nos discursos certa dificuldade para concessão da bolsa. Tornando necessário mapear o processo e verificar as possibilidades viáveis, este acesso e assim, propiciando uma maior autonomia ao portador de transtorno mental.

Outra possibilidade de trazer cidadania a este indivíduo se faz por meio da política pública chamada Economia Solidária, que segundo o Relatório desenvolvido pelo Ministério do Trabalho e Emprego juntamente com o Ministério da Saúde (2006), definem economia solidária como sendo o conjunto de atividades econômicas de produção, distribuição, consumo, poupança e crédito, organizados sob a forma de autogestão. E ainda segundo Souza *et. al.* (2008) ninguém é excluído contra a vontade.

Os discursos dos entrevistados servem para avaliar como esta política pública se encontra em desenvolvimento, e de que forma ela pode propiciar cidadania ao

indivíduo. O discurso de E.1 apresenta as dificuldades enfrentadas para poder participar deste programa.

(97) *“a gente chegou a participar das reuniões da economia solidária, mas a gente não tem pernas para ir frequentemente. (...) Até porque as reuniões acontecem próximas ao aeroporto Santos Dumont”* (E.1)

Para E.1 uma das dificuldades se dá pela escassez de funcionários para executar esta atividade e pela distância, uma vez que a mesma se encontra a mais ou menos 50 km do local das reuniões, dificultando assim esta iniciativa. Esse é um problema crônico na Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, a escassez de profissionais. Enquanto muitos profissionais técnicos são desviados para atividades meio, a atividade fim fica sem o quantitativo suficiente para atender a demanda de serviços que surgem.

Outra situação encontrada são os chamados arranjos organizacionais, isto é, na Unidade X o profissional cumpre apenas 70% de sua carga horária. Este acordo é verbal e local, apenas utilizado nesta Unidade pelos seus funcionários. O gestor da Unidade para não perder funcionários, propõe aos seus subordinados que os mesmos cumpram trabalhando apenas o estabelecido no acordo. O restante que poderia ser feito com um atendimento ou um acompanhamento a este usuário, não acontece. Pois profissionais de saúde trabalham geralmente em mais de dois serviços, e estes arranjos são convenientes.

Como não há o compromisso de marcação de ponto: no ato de entrada, intervalo para refeição e saída do trabalho. Como um empregado da iniciativa privada, torna-se mais fácil burlar o *sistema*. Que, devido a sua grande área geográfica, o órgão gestor (Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro) não consegue ter este controle mais eficiente. As gestões mais recentes até tentam reverter este quadro. Mas este processo, que se iniciou há longa data, está muito bem enraizado e incorporado na mente do profissional como sendo algo natural.

(98) *“eu particularmente tenho várias críticas a respeito da lógica de funcionamento da economia solidária, primeiramente por conta de idéia de solidariedade, no primeiro momento ela estabelece.”* (E.3)

(99) “(...) um recebimento forçado, por parte dos grupos sociais, sem a construção de uma estrutura real de solidariedade que vai exigir um outro olhar, uma outra forma de se perceber isso. E ela de uma certa maneira, cria uma idéia de uma certa responsabilização a partir da culpa. Então eu vou me responsabilizar pelo outro porque a ordem social, o poder estabelecido me julgou culpado daquela situação, então eu tenho que arcar com aquela responsabilidade de convivência com esses indivíduos, o que no meu entendimento é uma situação extremamente complicada.” (E.3)

O discurso de E.3 incita que a economia solidária, não necessariamente, seria capaz de trazer cidadania e inclusão ao indivíduo. Mas, ao confrontarmos com o estudo de Costa e Carrion (2008), observa-se certa desconfiança com o modelo proposto de economia solidária, principalmente em função da burocracia para a concretização do mesmo (França Filho, 2002). E quando ele menciona no olhar (Machado, Hernandez; 2003) da sociedade, perceber e assimilar este método como uma forma de possibilidade de inserção no mercado de trabalho e não como um absorver a atividade e/ou responsabilidade.

(100) “E a economia solidária como um dispositivo de contenção das tensões sociais e a economia basicamente solidária, não se aplica a política pública, pois ela teria que entender o estabelecimento de uma política de renda mínima para a população, de habitação digna para a população de direitos mínimos para a condição humana. Eu vejo os programas de economia solidaria na forma a qual ele se estabelece, como de contenção de tensão social. Para não tocar nas reais contradições existente na sociedade.” (E.3)

Não basta apenas proporcionar possibilidade de inserção através do mercado de trabalho pelo viés da economia solidária. Existem outras vertentes que devem ser

garantidas pelo governo como: acesso a moradia, educação e renda. Que ainda são insípidas para esta parcela da população. E a atribuição de uma renda mínima, a economia solidária não é capaz de garantir, uma vez que, o que for produzido não necessariamente conseguirá ser comprado pelo consumidor. E desta forma o produtor não obterá o rendimento esperado, pois além de ter alocado capital para a criação do produto ele ocupou seu tempo tentando vendê-lo. Tempo este que poderia ser gasto no desenvolvimento de outra atividade.

Para E.6 existe um interesse em participar desta política pública, porém ainda não houve oportunidade de executá-la. Principalmente pela burocracia existente para se conseguir aprovar projetos desta magnitude juntos aos órgãos competentes. É necessário estar com um projeto com bom suporte argumentativo. Submeter ao órgão público competente. Aguardar análise, e se for aprovado iniciar as atividades, mas é necessário maior esclarecimento desta ferramenta junto aos CAPS.

(101) *“tem toda um proposta da gente caminhar com a economia solidária, e ai tem uma outra coisa, para poder estar super bem articulado com a economia solidária, eu tenho que ter uma pessoa específica ou eu tenho que ser esta pessoa específica o tempo todo para estar articulando isso. Porque a demanda é muito grande, de desenvolvimento das coisas, produção, fazendo entrega.”*
(E.6)

Tanto para E.8 e E.9, existe o interesse em participar do processo de economia solidária, mas até o presente momento ainda não se iniciou de fato. E.9 ainda revela que, caso participem desta política pública, as demais atividades do CAPS ficam prejudicadas pelo fato de não possuírem recursos humanos disponíveis para executar o mesmo (problema já relatado anteriormente). Isto pode ser um entrave no desenvolvimento desta ferramenta de inserção do portador de transtorno mental no mercado de trabalho, pois todos os pertencentes a esta iniciativa trabalhariam em conjunto de um bem comum. E não sendo concretizado, perder-se-ia uma possibilidade de inserção.

(102) *“a gente já participou de alguns eventos que falaram de uma aproximação com o serviço, mas que não foi adiante não.”* (E.8)

(103) *“eu quero estar junto com a economia solidária, (...) o que falta são recursos humanos (...) existe também o encontro da economia solidária, que eu não sei quando que é. Já até liguei, para uma das pessoas que é responsável, mas assim, eu não consegui levar avante. Porque senão eu vou ficar o tempo todo fora do CAPS. E eu não tenho só oficina de trabalho e geração de renda, tenho outros atendimentos.”* (E.9)

Com a real possibilidade de se recolocar o portador de transtorno mental no mercado de trabalho existem duas possibilidades: seja por meio do trabalho formal ou por intermédio da economia solidária. E.12 considera que a inserção por intermédio de carteira assinada é capaz de resgatar sua identidade (Carrieri, 2001; Hall, 2004)

(104) *“que a economia solidária venha forte que vai ajudar também a colocação desses usuários no mercado de trabalho. (...) mas eu acho mais interessante a inserção dele em uma empresa. Pois traria cidadania, dignidade, não que o trabalho informal não traga isso. Mas eu vejo pela necessidade que as pessoas tem de ser reconhecida, eles acham que tendo uma carteira assinada. O trabalho é uma forma de inclusão.”* (E.12)

O conceito de cooperativa social, visto por Bocayuva e Varanda (2009) e por Varanda e Bocayuva (2009) como um modelo de inserção do indivíduo no mercado de trabalho, por intermédio de cooperativas, que pode ser associado ao conceito de economia solidária realizado no discurso de E.13, porém ainda não ocorre tal atividade no CAPS onde E.13 desenvolve suas atividades.

(103) *“eu vejo a economia solidária como um modelo de cooperativa, mas aqui no CAPS não tem não.”* (E.13)

(104) *“eu conheço a propostas das cooperativas sociais, daquela Lei que veio na legislação de saúde mental, mas que com o tempo a gente viu que é um grande projeto. É difícil se organizar para chegar a uma cooperativa social. (...) E quando acontece se fosse regulamentada, não sobreviveria com a quantidade de imposto que tem que pagar.”* (E.15)

As proposições de E.15 informam o quanto é difícil sustentar os projetos ligados à economia solidária, principalmente por conta da burocracia imposta, diferente da burocracia apregoada por Weber (2007), mesmo ao se observar o trabalho de Souza, Cunha e Dakuzaku (2008), que propõe mecanismos para a instalação da economia solidária e como a mesma pode ser possível, por meio de cooperativas sociais, como proposto por Bocayuva e Varanda (2009) e por Varanda e Bocayuva (2009). Mas de acordo com os discursos dos entrevistados, a política pública economia solidária ainda não funciona a contento. Isto é, a imensa burocracia emperra o processo na consecução da cidadania ao portador de transtorno mental.

(105) *“ter uma carteira assinada é um sinal de respeito, de valorização”* (E.12)

O que deve ser verificado principalmente é a empregabilidade deste indivíduo, conforme o discurso de E.12. Partindo desta premissa, o indivíduo vai ser reconhecido pelo que faz e pelo que é (Carrieri, 2001).

9. O CAPS E A REINserÇÃO DO INDIVÍDUO

Os Centros de Atenção Psicossocial como descritos no item 2.2.1, foram criados pela Lei n.º 10.708 de 31 de julho de 2003, oferecem desde cuidados clínicos até atividades de reinserção social do paciente, como o acesso ao trabalho e aos laços sociais. Cabe salientar que, por serem estruturas ligadas à área de saúde, não apresentam cuidados vistos em Administração, principalmente pela formação de seus profissionais serem ligados ao segmento saúde, muito embora estes possam fazer capacitações ou treinamento em gestão. Falta o olhar da administração para organizar estas atividades.

O portador de transtorno mental indivíduo estigmatizado (Foucault, 1989; Landowski, 2002; Dejour, 2007; Goffman, 1974, 2008) pela sociedade e usuário dos serviços dos CAPS durante muito tempo, foi marginalizado pela sociedade, porém com as atividades terapêuticas desenvolvidas nesses CAPS, torna-se capaz de buscar sua (re) inserção no mercado de trabalho. Essas atividades com viés da geração de renda fazem com que o indivíduo seja capaz de desenvolver suas habilidades e caso não obtenha sucesso na inserção formal no mercado de trabalho, poderá garantir seu sustento por meio da fabricação e comercialização de artefatos como: bijuterias, velas e artesanatos de um modo geral.

Os CAPS precisam se organizar de forma mais profissional, isto é, não precisam se tornar empresas ou entidades privadas, mas se querem alcançar um público maior podem fazer uso das ferramentas disponíveis pela Administração. A primeira delas é tornar o seu produto visível, (Porter, 1986; Morse 1988; Kotler, 2000; Maximiano, 2008) as oficinas de geração de renda e principalmente os CAPS, precisam mostrar o que produzem, e principalmente que o portador de transtorno mental não é como a sociedade em sua maioria ainda acredita ser. Além disso, criar parcerias com demais órgãos como a Secretaria Municipal de Educação e a Secretaria Municipal de Trabalho e Emprego da Cidade do Rio de Janeiro, com o intuito de melhorar a escolaridade e realização de cursos de capacitações e possibilidades de ingresso no mercado de trabalho.

Ao se falar em visibilidade, os CAPS precisam deixar de lado o seu *feudo*, entender que existe algo fora dos muros, se o pensamento permanecer desta forma, de nada adiantará os esforços realizados por alguns profissionais. Primeiramente é importante que a região onde o CAPS esteja inserido, saiba que o mesmo existe e o que

ele faz. E vice versa, pois os CAPS precisam conhecer os potenciais das regiões onde estão presentes. Porter (1986) afirma que para um empreendimento ter êxito é necessário que seus clientes o conheçam. E saibam o que ele produz. Em seguida, os CAPS podem buscar alternativas para expor seus trabalhos fora dos espaços institucionalizados. Onde os consumidores são os participantes de feiras, eventos ou reuniões. E assim o portador de transtorno mental, não terá oportunidade de lidar com outro público, que não imagina o que eles são capazes de desenvolver.

O fator produção também deve ser pensado, não se pode apesar de serem instituições que visam a readaptação do indivíduo ao *regime* do trabalho. Mas, passar um caráter mais formal na produção. Os arranjos na produção das oficinas terapêuticas podem se basear nos escritos por Slack et. al. (1999), onde as mesmas podem ter seu arranjo físico por produto no qual a atividade requerida: produção de bijuterias, velas e outros produtos. Coincide com a sequência na qual os produtos foram arranjados fisicamente. Para a produção dos CAPS este arranjo pode ser o que melhor se adapta as necessidades, pois proporciona a mesma sequência de processos. Processo este que privilegia a economia e principalmente, torna-se um processo fácil de controlar.

Tendo realizado este passo, deve-se pensar quem são os concorrentes dos CAPS e como isso deve ser encarado. Para Porter (1986) quando os concorrentes são numerosos ou bem equilibrados, pode se pensar que ao produzirem novos produtos não serão notados, mas no caso dos CAPS, esta percepção acontecerá pelo fato que todos demonstram seus produtos nos mesmos lugares, desta forma se um CAPS apresentar um produto diferenciado em uma feira, numa próxima oportunidade outros CAPS irão apresentar produtos idênticos, não que isso seja ruim, pois com a concorrência estas iniciativas, vão buscar soluções inovadoras e assim chamar a atenção dos clientes.

Uma possibilidade para alcançar maior A forma de distribuição da produção onde os CAPS, podem aproveitar oportunidades de negócios para ampliar sua rede de demonstração de seus produtos. A forma como poderão levar seu produto ao usuário final.

“As empresas podem extrair vantagens competitivas da maneira como projetam a cobertura, a especialidade e o desempenho de seus canais de distribuição.” (Kotler, 2000, p. 318)

Cabe aos CAPS buscar mecanismos para efetivar esta distribuição de seus produtos. Sob a forma de parcerias com entidades locais como: clubes, universidades, shoppings e praças públicas. Estes locais possuem grande circulação de pessoas, possíveis clientes, que desconhecem os trabalhos realizados pelos CAPS. Que não imaginam que o portador de transtorno mental seja capaz de desenvolver atividades laborativas. Ou ainda, que este indivíduo não esteja habilitado a ocupar espaços na sociedade, não só espaços de trabalho, mas também os espaços públicos de um modo geral.

Para o sucesso das oficinas geradoras de renda instituídas nos CAPS, alcançar um público maior. Que são caracterizados como os que possuem interesse potencial pelo produto e possuem condições de pagar por ele (Kotler, 2000). Porém, o maior desafio do CAPS é transformar esses futuros clientes em parceiros. Para possíveis oportunidades de empregabilidade para os usuários dos CAPS. Mas, principalmente ter um número maior de clientes, aumenta a receita.

Esta busca por novos clientes e novos canais de distribuição dos produtos desenvolvidos pelas oficinas de geração de renda dos CAPS, deve ser um processo evolutivo, o aperfeiçoamento deve ser contínuo (Maximiano, 2008), pode se fazer uso de planejamento, sistemas de controle (estoque, produto produzido, qualidade). Neste planejamento devem ser verificadas várias possibilidades, como: O que acontecerá com a produtividade se for aplicado o método X de trabalho? Quais os critérios para seleção dos insumos para as oficinas geradoras de renda? Como promover os trabalhos dos CAPS? Como obter maior comprometimento da clientela estabelecida nas cercanias dos CAPS? Quais parcerias são possíveis para melhorar as condições dos portadores de transtorno mental: Educacionais, qualificações profissionais, novos espaços para divulgação de sua produção. Essas e outras oportunidades a Administração pode ajudar os CAPS a pensar como isto pode ser efetivado.

Este aperfeiçoamento dos CAPS pode impulsionar o trabalho proposto, para a inserção do portador de transtorno mental no mercado formal de trabalho. Uma vez que, ao permitir que os usuários desses serviços tenham acesso a técnicas utilizadas na administração, estarão mais aptos a ingressar nas organizações. Este ingresso será o resultado de diversos fatores: aumento da escolaridade, qualificação profissional, utilização de técnicas administrativas para produção e desenvolvimento, acompanhamento dos técnicos nas oficinas de geração de renda além de tornar o trabalho destas o mais visível possível.

A partir do trabalho desenvolvido nas oficinas de geração de renda, será a ferramenta inicial para o aprimoramento e aperfeiçoamento dos portadores de transtorno mental, pois nessas, esses indivíduos tem o aprendizado necessário para execução de atividades geradoras de renda, seja para garantir sua subsistência, ou a possibilidade de ingressar no mercado de trabalho formal.

10. PARA CONCLUIR

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em sua maioria possuem usuários com menor condição social, que buscam este tipo de serviço por ser público, leia-se gratuito. Estes usuários, muitas das vezes são egressos de instituições hospitalares que passaram por um processo de encerramento de atividades ou apresentam algum tipo de comprometimento, que permite a eles deixar o sistema hospitalocêntrico e passem a ser atendidos nessas unidades.

Nesses CAPS, as atividades (oficinas) terapêuticas são desenvolvidas por profissionais ligados a área de saúde, e em muitas delas o que prevalece são atividades geradoras de renda. Onde os usuários do serviço desenvolvem atividades com o intuito de garantir rendimento próprio. Possibilitando a este indivíduo desenvolver atividades para garantir sua renda fora dos espaços institucionais. Ainda que não visasse o lucro, mas sim buscar sua (re) socialização.

Hoje as organizações continuam tendo como foco o seu lucro (Dejour, 2007). Porém, o que caracteriza uma organização é a forma como a mesma está organizada, como funciona sua gestão e como ela faz para alcançar seu objetivo. Sendo assim, a inclusão do portador de transtorno mental deve ser bem pensada e formulada de tal forma que não haja erros.

Os CAPS visitados não possuem programas ou parcerias que visem aumentar a escolaridade de seus usuários, ou ainda qualificar profissionalmente estes. Devem ser pensadas propostas neste sentido, até mesmo no sentido de preparar o portador de transtorno mental para ser introduzido no mercado de trabalho. Preferencialmente o mercado formal, onde mais facilmente obterá sua identidade e assim alcançar sua cidadania.

Dejour (2007) menciona que o trabalho pode trazer sofrimento e angústias, e isso pode afetar o portador de transtorno mental que, dependendo da situação, pode não estar preparado para possíveis pressões. Um exemplo a ser visto, diz respeito à constante necessidade de aumento de produção com menor gasto de tempo, capital e energia, já visto anteriormente por Taylor (2008). Mas, mesmo ocorrendo estas necessidades de se produzir mais e mais, a inclusão do portador de transtorno mental que utiliza o serviço dos CAPS, no mercado de trabalho, é entendida como essencial para os profissionais dos CAPS que participaram desta pesquisa.

Esta inserção no mercado de trabalho, pelo portador de transtorno mental pode se realizada por meio de iniciativas dos CAPS, elaboradas com entidades, organizações públicas ou privadas, mas principalmente parcerias firmadas com o intuito de empregar este indivíduo. É necessário que os CAPS *saíam da redoma* e comecem a expor em sua área geográfica que este indivíduo é capaz de desempenhar atividades laborativas.

Para o portador de transtorno mental não importa se vai trabalhar formalmente ou por meio de oficinas nos CAPS ou ainda por meio da economia solidária ou recebendo a bolsa do programa de volta para casa. É importante entender que o mesmo será reconhecido pelo que fizer, e ainda pelo que pode trazer para casa. Como apresentado no discurso de E.5 que pode parecer preconceituoso, mas que ficou implícito em muitos discursos.

(112) “a gente vale pelo que a gente tem, pelo que a gente faz, e eles sofrem pra caramba por causa disso. Não é só por que é doido, é porque não dá dinheiro em casa. Porque não tem grana, se fosse doido, mas tivesse grana, podia ser doido!” (E.5)

Para o portador de transtorno mental, detentor de diversos estigmas, esta situação representa que o preconceito existe. O descaso existe e que muita gente ainda acredita que ele pode ser doido, desde que não rasgue dinheiro, ou nesse caso que traga dinheiro para casa. As maiores dificuldade na inserção do portador de transtorno mental no mercado de trabalho se dão principalmente pela falta de mão de obra qualificada ou por não apresentar a escolaridade necessária. Além do desconhecimento por parte da população e do empresariado, sobre o potencial produtivo que este indivíduo possui.

Existem propostas de inserção social e profissional para o portador de transtorno mental. Na parte social a política pública denominada Programa De Volta Para Casa visa desinstitucionalizar o portador de transtorno mental levando para o convívio familiar. Caso este não exista, reúnem-se indivíduos com a mesma situação, para que possam dividir uma residência. Para o lado profissional há a política pública chamada Economia Solidária, que desenvolve atividades profissionais visando a coletividade, isto é, um grupo de usuários se une, e com financiamento público iniciam atividades de geração de renda em benefício dessa coletividade. Porém ambas as políticas apresentam morosidade e burocracia em excesso. Dificultando ou impedindo o acesso portador de

transtorno mental, de concretizar o retorno ao convívio social e também o resgate de sua cidadania.

Outra questão a ser vista diz respeito à paternalização da relação entre o portador de transtorno mental e os serviços dos CAPS ou as organizações que propiciam sua inserção no mercado de trabalho. Até que ponto isso pode ser benéfico para este indivíduo que busca sua identidade?

(113) “eles tem estes estigmas todos, o estigma ele vai de um pólo ao outro! Que a gente, às vezes mesmo enquanto técnico no sentido de superproteger e tudo mais, será que vai conseguir a gente mesmo se pergunta isso, né!” (E.4)

Nesse sentido, devem ser criadas parcerias intersetoriais com o intuito de desenvolver e aprimorar as capacidades do portador de transtorno mental, sejam educacionais, sejam de qualificar profissionalmente o indivíduo. Parceria esta já realizada por mim, incluindo seis usuários dos serviços de alguns dos CAPS pesquisados, no curso de capacitação denominado Juventude Cidadã, que é uma parceria da Secretaria Municipal de Trabalho e Emprego da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro e o Ministério do Trabalho e Emprego, tendo como objetivo inserir ao menos 20 por cento dos concluintes no mercado de trabalho formal.

Cabe ao Estado garantir ao portador de transtorno mental o sentimento de se sentir cidadão, e este pode ser alcançado pelo acesso ao trabalho. Bastando para tal, desenvolver políticas de desenvolvimento e formas alternativas de contrato de trabalho, seja na produção, comercialização ou prestação de serviço para estes indivíduos. Esta ação é uma forma de combater resgatar a cidadania para esta pessoa que sempre viveu à margem da sociedade. Sempre estigmatizada por apresentar algo que o denuncia como sendo portador de algum tipo de doença mental.

Ficam como sugestões para próximos estudos: Analisar a percepção dos portadores de transtorno mental que estejam atuando formalmente nas organizações; analisar o *tripé* empregador, empregado portador de transtorno mental e clientes.

11. REFERÊNCIAS

ADAMS, Raymond D.; VICTOR, Maurice. Principles of Neurology. 5ª ed. EUA: Mc Graw Hill. 1993.

ALBUQUERQUE, J. A. Guilhon. **Metáforas da Desordem**: O contexto social da doença mental. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.

ALVES, Mario Aquino; GALEÃO-SILVA, Luis Guilherme. A Crítica do Conceito de Diversidade nas Organizações. II ENCONTRO DE ESTUDOS ORGANIZACIONAIS. Recife: **Anais ENEO**, 2002.

AZEVEDO, Leda de. **Rio: por uma cidade inclusiva**. A gênese da Secretaria Municipal da Pessoa com Deficiência. Rio de Janeiro: Imprinta. 2008.

BASTOS, Antonio Virgílio Bittencourt; CORREA Nívea Cristina Nunes; LIRA Sidnei Barbosa. **PADRÕES DE COMPROMETIMENTO COM A PROFISSÃO E A ORGANIZAÇÃO**: O impacto de fatores pessoais e da natureza do trabalho. XXII ENCONTRO ANUAL DA ANPAD. Foz do Iguaçu: **Anais EnANPAD**, 1998.

BETIOL, Maria Irene Stocco. SER ADMINISTRADORA É O FEMININO DE SER ADMINISTRADOR? XXIV ENCONTRO ANUAL DA ANPAD. Florianópolis: **Anais EnANPAD**, 2000.

BEZERRA Junior, Benilton; SILVA, Edith Seligmann; RESENDE, Heitor; SILVA Filho, João Ferreira; ALMEIDA Filho, Naomar Monteiro; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho; BORGES, Sherrine Maria Njaine. **Cidadania e Loucura**, Políticas de Saúde Mental no Brasil. Petrópolis: Editora Vozes, 1987.

BOBATH, Bertha; BOBATH, Karel. Desenvolvimento motor nos diversos tipos de paralisia cerebral. São Paulo, SP: Editora Manole, 1989.

BOCAYUVA, Pedro Cláudio Cunha, VARANDA, Ana Paula de Moura. Tecnologia social, economia solidária e políticas públicas. Rio de Janeiro, RJ: Federação de Órgãos para Assistência Social e Educacional – FASE, 2009.

BORBA, José Candido Mães. Doença Mental. Brasília: Ministério da Educação e Cultura, 1978.

BOURDIEU, Pierre. A dominação masculina. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: Diário Oficial da União: nº 191-A, 05 de outubro de 1988.

_____. Lei nº 7853 de 24 de outubro de 1989. Dispõem sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência; sua integração social; sobre a Coordenadoria Nacional pela Integração da Pessoa Portadora de Deficiência – CORDE; institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas.

_____. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

_____. Lei nº 8742 de 07 de dezembro de 1993 Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências (LOAS).

_____. **Deficiência Mental**. Programa de Capacitação de Recursos Humanos do ensino fundamental. Brasília: Ministério da Educação e Cultura, 1997.

_____. Decreto nº 3398 de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei 7853 de 24 de outubro de 1989. Dispõe sobre Política Nacional para a integração da Pessoa Portadora de Deficiência e consolida as normas de proteção.

_____. Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

_____. Lei nº 10.708 de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para acometidos de transtornos mentais e egressos de internações.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

CARNEIRO, Ricardo; RIBEIRO, Marco Antônio. A Inclusão Indesejada: as Empresas Brasileiras face à Lei de Cotas para Pessoas Com Deficiência. XXXII ENCONTRO ANUAL DA ANPAD. Rio de Janeiro: **Anais EnANPAD**, 2008.

CARRIERI, A. P. A transformação das identidades, uma empresa de telecomunicações antes e depois de sua privatização: um estudo de metáforas. XXV ENCONTRO ANUAL DA ANPAD. Rio de Janeiro: **Anais EnANPAD**, 2001.

CARVALHO, José Luis Felício dos Santos de; CARVALHO, Maria da Penha Felício dos Santos de; SANTOS, Lyla Collares dos. **Novas Bonecas Feitas de Velhos Retalhos: Investigando Medos, Ansiedades e Inquietações das Mulheres nas Organizações**. XXVI ENCONTRO ANUAL DA ANPAD. Salvador: **Anais EnANPAD**, 2002.

COSTA, Jurandir Freire. **História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico**. 4ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Xenon, 1989.

COSTA, Nilson do Rosário; MINAYO, Cecília de Souza; RAMOS, Célia Leitão; STOTZ, Eduardo Navarro. Demandas populares, políticas públicas e saúde. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 1989. Vol.1.

COSTA, Pedro de Almeida; CARRION, Rosinha da Silva Machado. Inovação em Economia Solidária: um desafio no campo político. XXXII ENCONTRO ANUAL DA ANPAD. Rio de Janeiro: **Anais EnANPAD**, 2008.

DEJOUR, Christophe. A Banalização da Injustiça Social. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas Editora, 2007. 7ªed.

EMPREGO, Ministério do Trabalho; SAÚDE, Ministério da. **Economia Solidária e Saúde Mental**. Relatório final do grupo de trabalho. Brasília: março 2006.

FLEURY, M. **Gerenciando a Diversidade Cultural: experiência de empresas brasileiras**. RAE – Revista de Administração de Empresas, v. 40, n.3: 18-25. São Paulo: julho / setembro 2000.

FRANÇA FILHO, Genauto Carvalho. A Problemática da Economia Solidária: Um Novo Modo de Gestão Pública ? XXVI ENCONTRO ANUAL DA ANPAD. Salvador: **Anais EnANPAD**, 2002.

FOUCAULT, Michel. Histórias da sexualidade 2. Rio de Janeiro, RJ: Graal Editora, 1986.

_____. História da Loucura. 2ª Ed. São Paulo, SP: Editora Perspectiva, 1989.

_____. Microfísica do poder. 26ª Ed. Rio de Janeiro, RJ: Graal Editora, 2008.

_____. Vigiar e Punir. 36ª Ed. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2009.

GRANDINO, Adilson; NOGUEIRA, Durval. Conceito de Psiquiatria. São Paulo: Editora Ática, 1985.

GOFFMAN, Erving. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Ed. Perspectiva, 1974.

_____. **Estigmas**. Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4ª Ed. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos Editora, 2008.

GUGEL, Maria Aparecida. Cooperativas sociais e as pessoas com deficiência. Disponível em: http://www.ampid.org.br/Artigos/Artigo_MGugel_2.php acesso em 15 de fevereiro de 2010.

HALL, Stuart. A identidade cultural na pós-modernidade. Rio de Janeiro, RJ: DP&A Editora, 2004.

HEINSKI, Rosangela Maria Mendonça Soares. Um Estudo sobre a Inclusão da pessoa Portadora de Deficiência no Mercado de Trabalho. XXVIII ENCONTRO ANUAL DA ANPAD. Curitiba: **Anais EnANPAD**, 2004.

IRIGARAY, Hélio A. R.; ROCHA-PINTO, Sandra R. Manda Quem Pode, Obedece Quem Quer: Respostas Estratégicas de uma Cooperativa Popular. XXX ENCONTRO ANUAL DA ANPAD. Salvador: **Anais EnANPAD**, 2006.

IRIGARAY, Hélio A. R. Estratégia de sobrevivência dos gays no ambiente de trabalho. XXXI ENCONTRO ANUAL DA ANPAD. Rio de Janeiro: **Anais EnANPAD**, 2007.

_____. **Discriminação por orientação sexual no ambiente de trabalho:** Uma questão de classe social? Uma análise sob a ótica da Pós-Modernidade crítica e da *Queer Theory*. III ENCONTRO ANUAL DA ANAPG. Salvador: 2008.

KOTLER, Phillip. Administração de Marketing. 10ª ed, São Paulo. Prentice Hall, 2000. 764p.

LANDOWSKI, Eric. Presença do outro. São Paulo, SP: Editora Perspectiva, 2002.

LEAL, Erotildes Maria. Trabalho e reabilitação psiquiátrica do contexto. Rio de Janeiro: 1o Seminário de Trabalho e Geração de Renda, 2002.

LEITE, Maria Ruth Siffert Diniz Teixeira; SILVA, Glicélio Ramos. Inclusão da pessoa com deficiência visual nas instituições de educação superior de Belo Horizonte. Salvador: Anais EnANPAD, 2006.

LIBÉRIO, M.; ALBUQUERQUE, P. 12 anos de CAPS na Cidade do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Revista da Escola de Saúde Mental, n.1: 71-158, 2008.

MACHADO, Hilka Vier; HERNANDES, Claudio Aurélio. Alteridade, Expatriação e trabalho: implicações para a gestão internacional. XXVII ENCONTRO ANUAL DA ANPAD. Atibaia: **Anais EnANPAD**, 2003.

MASSI, Giselle Athayde. **Linguagem e Paralisia Cerebral:** Um estudo de caso do desenvolvimento da Narrativa. Curitiba, PR; Editora Maio, 2002.

MAXIMIANO, Antônio César Amaru. **Teoria Geral da Administração:** Da revolução urbana à revolução digital. São Paulo, SP: Atlas, 2008.

MEHEDFF, Carmem Guimarães; GARCIA, Cid. Metodologia para formação de gestores de políticas públicas. Brasília, DF: Faculdade Latino Americana de Ciências Sociais - FLASCO, 2005.

MONTEIRO, Jorge Vianna. Fundamentos de política pública. Rio de Janeiro, RJ: Instituto de Planejamento Econômico e Social – IPEA, 1982.

MORSE, Stephen. Administração de Marketing. São Paulo, SP: Mc Graw-Hill, 1988.

NETTO, Ângelo Presotto. Psicopatologia das Deficiências mentais. Franca, SP: Federação Universitária de Franca, 1979.

PÉREZ-RAMOS, Aidyl M. de Q. **Diagnóstico Psicológico:** Implicações psicossociais na área do retardo mental. São Paulo, SP: Editora Cortez, 1982.

PORTER, Michael. **Estratégia Competitiva.** Técnicas para análise de indústrias e da concorrência. 18ª Ed. Rio de Janeiro: Campus, 1986.

RIO DE JANEIRO (RJ). **Lei n.º 94, de 14 de março de 1979.** Dispõe sobre o Estatuto dos funcionários públicos do poder do Município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Administração, Superintendência de Documentação, 1986.

_____. **Diário Oficial**. Dispõe sobre a criação do serviço de taxi especial para cadeirante. Rio de Janeiro: Atos do Prefeito, pág. 02, 12 de abril de 2007.

ROBINS, S.; COULTER, M. **Administração**. São Paulo: LTC, 1998.

ROWLAND, Lewis P. Tratado de Neurologia. 7ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan Editora, 1987.

RUGGERI, Mirella; LEESE, Morven; THORNICROFT, Graham; BISSOFI, Giulia; TANSELLA, Michele. Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. British Journal of Psychiatry, n.177: 149-155. London: 2000.

SÁ, Evelin Naked de Castro; PIMENTEL, Cid Roberto Bertozzo. **Juqueri**. Um espinho adormecido. São Paulo: Editora Hucitec, 1991.

SCOTT, R. **The making of blind men: A study of adult socialization**. New York: Russell Sage Foundation, 1969

SARACENO, Benedetto. **Libertando identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Te Corá Editora, 2001.

SAÚDE, Ministério da. **Saúde mental no SUS**: Acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Brasília: Relatório de Gestão – Coordenação Geral de Saúde Mental, 2003 – 2006.

SENNETT, Richard. **O declínio do homem público**: As tiranias da intimidade. São Paulo: Companhia das Letras, 1988.

SILVA, Aurea Lucia; VILAS BOAS, Luiz Henrique Barros; BRITO, Mozar José de. **As Representações Sociais sobre a Mulher**: Percepções de Gênero em uma Agência Bancária. XXV ENCONTRO ANUAL DA ANPAD. Campinas: **Anais EnANPAD**, 2001.

SILVA, Fernando César Marra; OLIVA, Eduardo de Camargo. **Políticas públicas de inclusão social e iniciativas de acessibilidade ao ensino superior particular do triângulo mineiro**: Uma discussão das tendências na ótica de formadores de opinião. XXX ENCONTRO ANUAL DA ANPAD. Salvador: **Anais EnANPAD**, 2006.

SIQUEIRA, Marcus Vinicius Soares, FERREIRA, Renata Costa; ZAULI-FELLOWS Amanda. Gays no Ambiente de Trabalho: uma Agenda de Pesquisa. XXX ENCONTRO ANUAL DA ANPAD. Salvador: **Anais EnANPAD**, 2006.

SLACK, Nigel, CHAMBERS, Stuart, HARLAND, Christine, HARRISON, Alan, JOHNSTON, Robert. Administração da Produção, São Paulo, SP: Editora Atlas, 1999.

SOUZA, André Ricardo de, CUNHA, Gabriela Cavalcanti, DAKUZAKU, Regina Yoneko. **Uma Outra Economia É Possível** - Paul Singer e a Economia Solidária. São Paulo, SP: Editora Contexto, 2008.

SOUZA, Paulo César Zambroni de. **Trabalhando com saúde:** trabalho e transtornos mentais graves. Maringá: Psicologia em Estudo, v. 11, n. 1, p. 175-183, jan./abr. 2006

TAYLOR, Frederick Winslow. Princípios de Administração Científica. São Paulo: Atlas, 2006.

TUNDIS, Silvério Almeida; COSTA, Nilson do Rosário. **Cidadania e loucura.** Políticas de saúde mental no Brasil. 5 ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1997.

VARANDA, Ana Paula de Moura, BOCAYUVA, Pedro Cláudio Cunha. Tecnologia social, autogestão e economia solidária. Rio de Janeiro, RJ: Federação de Órgãos para Assistência Social e Educacional – FASE, 2009.

VERGARA, Sylvia Constant. Projetos e relatórios de pesquisa em administração. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2003.

_____. Método de pesquisa em administração. 2 ed. São Paulo: Atlas, 2006.

_____; IRIGARAY, Hélio Arthur Reis. Os Múltiplos Discursos sobre Diversidade no Ambiente de Trabalho. XXXI ENCONTRO ANUAL DA ANPAD. Rio de Janeiro: **Anais EnANPAD**, 2007.

WEBER, Max. A ética protestante e o espírito do capitalismo. 4 ed. São Paulo: Martin Claret, 2008.

<http://www.rio.rj.gov.br/pessoacomdeficiencia> acessado em 14 de março de 2009

(<http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>).

BRASIL, 2005. *Recomendações de Acessibilidade para Construção de Conteúdos do Governo Brasileiro na Internet: eMag2.0*. Depart. de Governo Eletrônico. 14/12/2005.<<https://www.governoeletronico.gov.br/acoes-e-projetos/e-MAG>>. Acesso: 15 /4/2008.

Modernização da Administração Tributária e gestão dos setores sociais básicos.

Disponível em <<http://www.bndes.gov.br/social/municip.asp>>. Acesso em 22 de agosto de 2008

Pagamento do auxílio do programa de volta para casa

Disponível em

<http://www.caixa.gov.br/voce/social/benefícios/volta_casa/como_receber.asp>.

Acesso em 10 de janeiro de 2010.

APÊNDICES

Aos Profissionais dos CAPS:

- Qual sua formação e sua atividade no CAPS?
- Quantos pacientes são atendidos pelo CAPS?
- Quais as atividades desenvolvidas no CAPS?
- Independente da classe social o paciente é atendido no CAPS? E qual a maior frequência?
- Existe algum programa de qualificação (profissional/escolar) da pessoa portadora de transtorno mental grave no CAPS ou há parceira neste sentido?
- O paciente participa de quais atividades, terapêuticas ou não, no CAPS?
- Estas atividades, terapêuticas ou não, apresentam algum tipo de temática inclusiva no mercado de trabalho?
- Existe participação do familiar da pessoa portadora de transtorno mental grave em sua reabilitação ou em alguma atividade terapêutica?
- Qual a maior dificuldade na inserção da pessoa portadora de transtorno mental grave no mercado de trabalho?
- As organizações estão mais propensas a contratar pessoa portadora de transtorno mental grave?
- A criação da Lei n.º 7.853 de 1989 facilitou ou atrapalha a inclusão da pessoa portadora de transtorno mental grave?
- Acredita que a se houvesse uma alteração na Lei n.º 7.853 ou uma criação de uma Lei específica de inserção da pessoa portadora de transtorno mental grave nas organizações seria fundamental para a inclusão dessas pessoas, de que forma poderia ser esta Lei?

Aos usuários dos CAPS

- A quanto tempo é atendido pelo CAPS?
- Qual o bairro de residência do paciente é atendido no CAPS?
- Possui algum tipo de qualificação (profissional/escolar) ou se tem algum interesse neste sentido neste sentido?
- O paciente gosta de quais atividades, terapêuticas ou não, no CAPS?

- Estas atividades, terapêuticas ou não, apresentam algum tipo de temática inclusiva no mercado de trabalho?
- Como se sente tendo a participação do familiar em sua reabilitação ou em alguma atividade terapêutica?
- Gostaria de participar de alguma atividade laborativa em uma organização?
- O que pensa para seu futuro?

Aos usuários dos CAPS que exercem algum tipo de atividade laborativa em uma organização.

- Há quanto tempo é atendido pelo CAPS?
- Qual o bairro de residência do paciente é atendido no CAPS?
- Possui algum tipo de qualificação (profissional/escolar) ou se tem algum interesse neste sentido neste sentido?
- O paciente gosta de quais atividades, terapêuticas ou não, no CAPS?
- Estas atividades, terapêuticas ou não, apresentam algum tipo de temática inclusiva no mercado de trabalho?
- Como se sente tendo a participação do familiar em sua reabilitação ou em alguma atividade terapêutica?
- Como este se percebe dentro da organização? Sabendo ser pessoa portadora de transtorno mental grave.
- Gosta das atividades que executa na organização?
- As outras pessoas na organização o ajudam nas tarefas da organização ou consegue executá-las sozinho na maioria das vezes?
- Acredita que as pessoas na organização o tratam de forma diferente por ser pessoa portadora de transtorno mental grave?
- Se sente realizado exercendo esta atividade laborativa?
- O que pensa para seu futuro?