



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

ANA GISELLE RIBEIRO CANCELA

**INTERFACE ENTRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL E
ECONOMIA SOLIDÁRIA: a inserção socioproductiva de pessoas com
transtornos mentais**

BELÉM
2012

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

ANA GISELLE RIBEIRO CANCELA

**INTERFACE ENTRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL E
ECONOMIA SOLIDÁRIA: a inserção socioprodutiva de pessoas com
transtornos mentais**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção de título de mestre em Serviço Social, ao Programa de Pós-Graduação Mestrado em Serviço Social da Universidade Federal do Pará. Orientadora: Prof^a. Dr^a Maria José de Souza Barbosa.

BELÉM
2012

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da UFPA

Cancela, Ana Giselle Ribeiro Cancela, 1981-
Interface entre políticas públicas de saúde
mental e economia solidária: a inserção
socioproductiva de pessoas com transtornos
mentais / Ana Giselle Ribeiro Cancela Cancela. -
2012.

Orientador: Maria José de Souza Barbosa
Barbosa.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal
do Pará, Instituto de Ciências Sociais Aplicada,
Programa de Pós-Graduação em Serviço Social,
Belém, 2012.

1. Economia social. 2. Economia - Aspectos
psicológicos. 3. Saúde mental. 4. Política se
saúde mental. I. Título.

CDD 23. ed. 331.1098115

ANA GISELLE RIBEIRO CANCELA

**INTERFACE ENTRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL E
ECONOMIA SOLIDÁRIA a inserção socioproductiva de pessoas com
transtornos mentais**

Aprovado em: _____

Banca Examinadora:

Prof^a Dr^a. Maria José de Souza Barbosa
Orientador – ICSA/UFGA

Prof^a. Dr^a. Olinda Rodrigues
Examinador – Interno

Prof^o Dr^a. Farid Eid
Examinador – Externo

Resultado: _____

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, José Lopes Cancela e Ana Célia Ribeiro Cancela, os quais me deram a vida e me ensinaram a vivê-la com dignidade.

Aos meus queridos irmãos, Fábio Cancela e Ana Cleide Galvão, ao companheirismo e à amizade.

Aos meus amados sobrinhos, Cleverson, Cleidianny e Willey, por tanta alegria.

Ao meu noivo Ramsés Menezes, o apoio e a cumplicidade.

As minhas tias, Odaléia Silva, Maria Ribeiro e Rosângela Moraes, pela confiança e estímulo.

A minha orientadora Prof^a Dr^a Maria Jose Barbosa pela disponibilidade, apoio e incentivo transmitido a cada passo, indispensáveis à elaboração deste trabalho e, principalmente, pelo exemplo de profissional.

À preciosa amizade das colegas Cristiane Santos, Christiane Pimentel, Lissany Braga, Michele Sousa, Núbia Miranda, Larissa Goes, Alexandrina, Girlane, Ana Pires e Auzalina Ferrão.

Aos professores e colegas do Mestrado, especialmente a amiga Leny Silva, por todo apoio e valiosos comentários.

Aos amigos Ailton Pinheiro, Alan Monteiro, Aliandro Jaques e Rayane Menezes pela contribuição, sem a qual a construção deste estudo seria muito mais árdua.

Ao amigo Luiz Paulo pelo apoio decisivo e fundamental, em um momento crucial, sem o qual teria sido muito difícil levar a concluir este projeto.

A Associação de Apoio aos Portadores de Transtornos Mentais e seus Familiares - BRILHO E LUZ. A Coordenação Estadual de Saúde Mental.

A Coordenação do Centro de Atenção Psicossocial de Santa Izabel do Pará.

A Mariane Sarmento, Terapeuta Ocupacional pela valiosa atenção e contribuição. Aos meus amigos de trabalho Carlos Alberto Cardoso Freire Junior, Odilene Andrade e Odenise Monteiro.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho. O meu mais sincero agradecimento.

“A loucura, objeto de meus estudos, era até agora uma ilha perdida no oceano da razão; começo a suspeitar que é um continente”.

Machado de Assis

O Alienista

“Aos que lutam por uma sociedade sem manicômios”.

RESUMO

A interface trabalho e loucura têm sido construída e reconstruída ao longo da história, diante disto, o uso do trabalho não se constitui uma novidade no campo da saúde mental, ele está relacionado ao nascimento da psiquiatria, em um contexto de transformações das relações de produção, com a justificativa e finalidade de controle social, exploração de mão de obra e tratamento moral. No entanto, a partir do Processo de Reforma Psiquiátrica o trabalho entra em cena sob novas perspectivas. Nesse sentido, o presente estudo aborda a relação entre as políticas de saúde mental em que o trabalho é associado à economia solidária, a fim de compreender o sentido atribuído ao trabalho relacionado, buscando identificar suas práticas de inserção socioproductiva e como é incorporado ao campo da saúde mental no Estado do Pará. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com base em entrevistas, observações *in locos*, levantamento de material documental e institucional. Paralelamente, efetivou-se o tratamento do material recolhido, **com o intuito de** ordenar os dados obtidos, de evidenciar as experiências observadas por meios das oficinas de trabalho e/ou produção desenvolvidas nos serviços substitutivos, bem como, por meio das associações e cooperativas. Obteve-se como resultado as atividades sociais e produtivas relacionadas à saúde mental fazem parte dos serviços desenvolvidos nos CAPS, mas também são incentivadas a partir desses espaços como é o caso da Brilho e Luz, única associação de pessoas com transtornos mentais. Malgrado, se mostrarem incipientes e frágeis em sua constituição, necessitando de infraestrutura adequada e recursos, portanto, sem possibilidade de autonomia e independência em relação aos seus parceiros, principalmente governamentais, verifiquem-se aspectos positivos no âmbito individual das pessoas inseridas. Importa ressaltar que são experiências recentes no Brasil, sobretudo, no estado do Pará enquanto políticas públicas de saúde mental em interface com a economia solidária, constituindo-se em um processo em construção.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Mental. Inserção socioproductiva. Economia Solidária. Geração de Renda.

ABSTRACT

The work and madness interface has been constructed and reconstructed along the history, therefore, using the work is not a novelty in the field of mental health, it is related to the birth of psychiatry, in a context of transformation of production relation, with a justification and purpose of social control, exploitation of labor and moral treatment. However, from the Psychiatric Reform Process the job enters the scene from new perspectives. Accordingly, this study analyzes the relationship between the mental health policies where work is associated with the solidarity economy, in order to understand the meaning attributed to the associated work, seeking to identify their social productive insert practices and how that is incorporated into the Field of mental health in the State of Pará. this is a qualitative research, based on interviews, observations in locos, survey of documentary and institutional material. at the same time, was realized the study using the material, so that the data were organized, and highlight the experiences observed by means of workshops and / or production developed in replacement services, as well associations and cooperatives. Was Obtained in the result that the social and productive activities related to mental health services are part of the CAPS developed, but are also encouraged from these spaces as in the case of the Brightness and Light, the only association of people with mental disorders. Despite, if they show incipient and fragile in its constitution, requiring adequate infrastructure and resources, therefore, no possibility of autonomy and independence from their partners, especially government, it is found in the individual strengths of people entered. It is to note that recent experiments in Brazil, especially in state of Para public policies targeted mental health interface with the social economy, and constitute an ongoing process.

KEY WORDS: Mental Health. Social productive insert, supportive economy. Income generation.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

Figura 1- rede de atenção a Saúde Mental.....	71
Figura 2- Rede Social Identificada.....	113

FOTOGRAFIAS

Fotografia 1- Barraca, na Feira de Artesanato da Praça da República.....	103
Fotografia 2, 3, e 4 - Materiais produzidos na Oficina de Bijuteria.....	107
Fotografia 5, 6, 7 e 8 - Materiais produzidos na Oficina de Bordados: com fita, ponto de cruz, etc. e Oficina de Pintura em Tecido.....	108
Fotografia 9 - Material produzido na Oficina Arte-Terapia.....	109
Fotografia 10 - Feira do Artesanato.....	110
Fotografia 11 - Participação no Frutal Amazônia.....	111

TABELA

Tabela 1 – Sequência histórica do surgimento de locais para internamento de doentes mentais nos vários pontos do território nacional.....	40
Tabela 2 – Centros de Atenção Psicossocial distribuídos por tipo, UF e Indicador CAPS/100.000 habitantes por UF.....	74
Tabela 3 – Rede de Atenção à Saúde Mental no Estado do Pará.....	77
Tabela 4 – Iniciativas de geração de trabalho e renda em saúde mental no Pará.	79
Tabela 5 – Primeiras oficinas geradoras de renda.....	82
Tabela 6 – Iniciativas de geração de trabalho e renda para pessoas com transtornos mentais.....	88
Tabela 7 – Cronograma de Atividades – 2º Semestre / 2011.....	101
Tabela 8 – Material vendido na exposição durante a Festa de Natal – 2011.....	102
Tabela 9 – Venda de terços confeccionados na oficina ano 2011.....	104
Tabela 10 – Eventos promovidos pelo Brilho e Luz no ano DE 2011.....	116
Tabela 11 – Participação em eventos por convite no ano de 2011.....	116

LISTA DE SIGLAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial/ Centro de Apoio Psicossocial
CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Droga
CAPsi – Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CC – Centro de Convivência
CERSAM – Centro de Referência de Saúde Mental
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CIST – Cadastro Nacional das Iniciativas de Inclusão Social pelo Trabalho
CNS – Conferência Nacional de Saúde
CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental
CONAES – Conferência Nacional de Economia Solidária
DINSAM – Divisão Nacional de Saúde Mental
EAF – Entidades de Apoio e Fomento
EES – Empreendimentos de Economia Solidária
ES – Economia Solidária
FAT – Fundo de Amparo ao Trabalhador
FBES – Fórum Brasileiro de Economia Solidária
FEES – Fóruns Estaduais de Economia Solidária
GT – Grupo de Trabalho
IAP – Institutos de Assistência e Previdência
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS – Instituto Nacional de Previdência social
ITCPES – Incubadora Tecnológica de Cooperativas Populares e Empreendimentos Solidários
IBGE – *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística*
MLA – O Movimento de Luta Antimanicomial
MTE – Ministério do Trabalho e Emprego
MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial
OMS – Organização Mundial da Saúde
PSF – Programa de Saúde da Família
SEBRAE – Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas

SENAES – Secretaria Nacional de Economia Solidária

SIES – Sistema Nacional de Informações de Economia Solidária

SOSINTRA – Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Transtornos

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	15
CAPÍTULO I: AS INTERFASES ENTRE TRABALHO E LOUCURA.....	22
1.1 A institucionalização da loucura e sua relação com o trabalho.....	22
1.2 A institucionalização da loucura no Brasil.....	32
1.2.1 As colônias agrícolas.....	38
CAPÍTULO II: O TRABALHO NA PERSPECTIVA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA	45
2.1 Reforma Psiquiátrica no Brasil: os novos dispositivos em saúde mental.....	45
2.2 O lugar do trabalho na saúde mental: do compulsório à perceptiva da inserção social.....	56
CAPÍTULO III: A TRAJETÓRIA DA LOUCURA NO PARÁ: DA INTERNAÇÃO AOS SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS.....	61
3.1 A Atenção à Saúde Mental no Pará: destaque para os serviços substitutivos	68
3.2 Experiências de inserção social e produtiva de pessoas com transtornos mentais.....	77
3.2.1 Restaurante Popular do CAPS II no município de Santa Izabel do Pará.....	84
CAPÍTULO IV: SAÚDE MENTAL E ECONOMIA SOLIDÁRIA: LIMITES E POSSIBILIDADES.....	89
4.1 Saúde Mental e Economia Solidária: Proposta em construção.....	89
4.2 A Associação Brilho e Luz: formação, objetivos e trajetórias.....	100
4.2.1 Atividades desenvolvidas.....	101
4.2.2 Funcionamento e organização interna.....	109
4.2.3 Rede Social de Apoio ao trabalho de pessoas com transtornos mentais.....	111
4.2.4 Projeto Arte Cultura e Dignidade.....	114
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	117
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	122
ANEXOS.....	130
Anexo I: Banco de Dados - Iniciativas de Geração de Renda por Região.....	131
Anexo II: Portaria Nº 132, de 26 de janeiro de 2012.....	140

INTRODUÇÃO

A política de saúde mental no Brasil vem passando por intensas modificações desde o final da década de 1970, quando o Movimento da Reforma Psiquiátrica propôs mudanças nos métodos de tratamento, internação de longa duração, e do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico.

Esta reforma colocou em questão a necessidade de extinguir as práticas de exclusão silenciadoras e segregatórias, promovendo a redução de internações e a reintegração das pessoas com transtornos mentais¹, por meio da estruturação de uma rede de atendimento com base comunitária e no território. Este último, entendido não somente como área geográfica, mas também, fundamentalmente, constituído pelas pessoas que nele habitam, trabalham e se relacionam (BRASIL, 2004).

Desse modo, o Movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileiro contribuiu para iniciar um processo de transformação na assistência à loucura ao questionar o isolamento, abandono e desassistência, vivenciados nos Hospitais Psiquiátricos. Porém, malgrado as mudanças advindas deste processo, as pessoas com transtornos mentais ainda enfrentam grandes dificuldades, frequentemente são marginalizadas do convívio social, soma a este quadro a restrição no acesso à educação, trabalho, cultura, lazer e condições dignas de moradia.

Em meio a esta realidade, as atividades de trabalho têm sido colocadas pela política de saúde mental como uma possibilidade de intervenção e assistência psiquiátrica para a autonomia dos sujeitos em sofrimento psíquico, contribuindo para a desconstrução da ideia difundida de que são inaptos. Não obstante a este fato, problematiza-se para que, ou em que condições e sob quais relações esse trabalho se realiza?

O trabalho é um elemento central na organização da sociedade e na sua forma de produção e reprodução da vida. Por meio dele, o ser humano genérico se constrói enquanto ser social². Neste sentido, é compreendido como a forma mais

¹ Nessa dissertação serão abordadas, de várias formas, as pessoas com transtornos mentais, tais como: pessoas em sofrimento psíquico, usuários, pacientes, loucos.

² Para Marx (1988, pp. 297-298) o trabalho “[...] é um processo entre o homem e a Natureza, um processo em que o homem, por sua própria ação, media, regula e controla seu metabolismo com a Natureza [...] Ele põe em movimento as forças naturais pertencentes a sua corporalidade, braços

simples e fundamental de toda atividade humana, a qual tem adquirido características diferentes ao longo dos tempos, sobretudo na sociedade capitalista.

A teoria marxista busca compreender o trabalho a partir da relação entre homem e natureza em que ambos se transformam. Neste sentido, o trabalho e suas consequências para a vida humana e para a organização social não são dados a priori e nem são naturais, ao contrário, são atravessadas por conflitos e contradições a partir de um processo de constante metamorfose sócio histórica. A partir desta perspectiva se insere a interface entre trabalho e saúde mental.

O trabalho ocupou e ocupa lugar central dentro e fora das instituições psiquiátricas. Os loucos são instados a trabalhar em diferentes justificativas e finalidades: ocupar o tempo ocioso para não dar vazão a comportamentos impróprios; exploração de mão de obra e possibilidade de cura. Desse modo, para discutir o trabalho, visto como meio de inserção social das pessoas em sofrimento psíquico, remontam-se as variadas manifestações do trabalho, enquanto mediação entre o homem e a natureza a transformação da força de trabalho em mercadoria.

Sob esse prisma, busca-se, nesta dissertação, compreender o novo sentido que é atribuído ao trabalho no contexto da Reforma Psiquiátrica, para identificar as práticas de inserção socioproductiva em saúde mental desenvolvidas no Estado do Pará, a fim de qualificar essa prática social enquanto elemento de inserção sócio produtiva.

A aproximação com a temática de estudo foi possibilitada a partir do percurso profissional, quando ainda em assistente social inserida no Programa de Ensino, Pesquisa e Extensão Incubadora Tecnológica de Cooperativas Populares e Empreendimentos Solidários - ITCPES³ ainda por meio da experiência do estágio no Centro de Atenção Psicossocial do Município de Santa Izabel do Pará. Estas oportunidades instigaram a compreender as interfaces entre trabalho e loucura na atual política de saúde mental, e os diferentes papéis ocupados nesse percurso, seja na segregação social do louco, a partir da institucionalização da loucura, ao

e pernas, cabeça e mão, a fim de apropriar-se da matéria natural numa forma útil para sua própria vida. Ao atuar, por meio desse movimento, sobre a Natureza externa a ele e ao modificá-la, ele modifica, ao mesmo tempo, sua própria natureza. Ele desenvolve as potências nela adormecidas e sujeita o jogo de suas forças a seu próprio domínio. Não se trata aqui das primeiras formas instintivas, animais, de trabalho [...] Pressupomos o trabalho numa forma em que pertence exclusivamente ao homem.

³ Programa Integrado de ensino, pesquisa e extensão, criado no ano de 2003 com o objetivo de apoiar e acompanhar empreendimentos solidários no âmbito urbano e rural do Estado do Pará.

momento em que ele passa a ser compreendido como uma possibilidade de inserção socioprodutiva.

Malgrado a atualidade do tema que articula trabalho, saúde mental e economia solidária, percebe-se que são poucas as informações, discussões e divulgações dessas experiências no Estado. Destarte, optou-se por realizar uma pesquisa teórica e empírica visando conhecer essa problemática social, a fim de entendê-la pelo aspecto das ações relacionadas ao papel do trabalho na construção da autonomia; da satisfação pessoal e da autoestima das pessoas em sofrimento psíquico.

Essas são algumas questões abordadas, sem a pretensão de esgotá-las, mas problematizá-las, para que possa colaborar na produção de conhecimentos que poderão instigar novas pesquisas, quiçá subsidiar diretrizes de políticas públicas relacionadas com esta área pouca exploradas no âmbito da academia e das políticas sociais.

A pesquisa foi conduzida com base em abordagem qualitativa. Na construção desta investigação, seguiu-se o rito proposto por Minayo (2008, p. 26), denominado ciclo da pesquisa, ou seja, um "processo de trabalho em espiral [...] com a identificação do problema do trabalho na relação com a saúde mental, com uma pergunta e um produto capaz de dar origem a novas interrogações" para a abertura de estudos futuros.

O ciclo de pesquisa foi constituído por três momentos: a fase exploratória em que se constituiu os estudos preparatórios para a pesquisa de campo, inclusive com a elaboração de um roteiro de entrevista, visando validá-lo; o trabalho de campo e o tratamento do material obtido. Importa ressaltar que "a idéia de ciclo se solidifica não em etapas estanques, mas em planos que se complementam" (Ibdem, p. 27). Deste modo, além de delimitar o trabalho no tempo (cronograma), a pesquisa qualitativa também valoriza as partes e as integra ao todo, "com a visão de um produto provisório integrando a historicidade do processo social e da construção teórica" (idem).

Destarte, após a fase exploratória realizou-se o trabalho de campo, com a realização de 20 entrevistas⁴, observações, levantamento de material documental

⁴ As entrevistas envolveram diferentes espaços e atores sociais: CAPS, Coordenação Estadual de Saúde Mental e a Associação Brilho e Luz.

e institucional. Paralelamente ao trabalho de campo, optou-se por realizar o tratamento do material recolhido, sua ordenação e análise. Segundo Minayo (idem), estas fases conduzem “à teorização sobre os dados, produzindo o confronto entre a abordagem teórica anterior e o que a investigação de campo aponta de singular como contribuição”.

Para a realização da pesquisa de campo primeiramente estabeleceu contato com a direção e técnicos da Coordenação Estadual de Saúde Mental a fim de explicitar os objetivos da pesquisa e o percurso metodológico, com entrega de carta de apresentação institucional. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas⁵ para levantar dados sobre a realidade atual da política de saúde mental no estado e mapear/identificar as práticas de inserção socioprodutivas promovidas pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). O mesmo processo foi realizado com a Coordenação do CAPS do município de Santa Izabel. Em relação aos CAPS Bragança, CAPS Icoaraci, e CAPS Renascer em Belém, foi realizado somente contato via comunicação eletrônica com os coordenadores com o objetivo de solicitar/confirmar se as iniciativas de inserção socioprodutivas mapeadas pelo Ministério da Saúde estão ou foram implantadas.

Já para a realização da pesquisa na Associação Brilho e Luz foi realizado contato com a diretoria para a entrega de carta de apresentação institucional e apresentação dos objetivos da pesquisa e o percurso metodológico. Foi utilizado como técnica de coleta de dados: entrevista semiestruturada⁶, observação⁷, diário de campo, levantamento de documentos⁸. A inserção do pesquisador no contexto da pesquisa se desenvolveu de acordo com o cronograma de atividades das oficinas de bijuteria, pintura em tecido e reuniões. Na Brilho e

⁵ Para Gil (1999, p. 117), a entrevista é uma forma de interação social e técnica por excelência da investigação social.

⁶ Optou-se por esse tipo de técnica, pois o entrevistador dispõe de um roteiro-guia, contudo, não segue necessariamente a ordem determinada no roteiro, se oportuno, inclui novos questionamentos durante o encontro, no entanto nunca perdendo os objetivos da investigação.

⁷ Neto (2008, p. 59) coloca que a técnica de observação participante ocorre através do contato direto do pesquisador com o fenômeno observado, com o fim de obter informações sobre a realidade dos atores sociais em seus próprios contextos. Esta técnica possibilita a captação de uma variedade de situações ou fenômenos não obtidos por meio de perguntas, observados diretamente na própria realidade, capazes de transmitir o que há de mais imponderável e evasivo na vida real.

⁸ Relatórios e Estatuto Social.

Luz, os sujeitos envolvidos dizem respeito aos associados (pessoas com transtornos mentais e seus familiares).

Por isso, a análise dos dados foi realizada de forma descritiva analítica, considerando as categorias investigadas em campo, confrontando com os estudos teóricos que fundamentaram o trabalho.

Isto fez com que, no primeiro capítulo: **As interfaces entre trabalho e loucura** discutisse os diferentes lugares que o trabalho ocupou na história da psiquiatria, a fim de compreender seu processo de ressignificação na passagem de uma relação de trabalho segregatória para uma proposta de inserção social. Para tanto, fez-se uma breve trajetória da loucura na Europa e no Brasil ponderando suas particularidades.

Para essa compreensão apoiou-se em Foucault (1978) ao demonstrar que o louco ocupou lugares distintos ao longo dos tempos, e que o nascimento da psiquiatria marca decisivamente sua exclusão, tornando-se uma referência essencial para a construção desta dissertação.

A loucura toma diferentes significados até o entendimento do louco na sociedade atual, não como objeto, mas como sujeito. Uma possibilidade de inclusão que ganha força com a Reforma Psiquiátrica e o Movimento da Luta Antimanicomial.

Em História da Loucura, Foucault (1978) reconstitui os saberes e práticas acerca da loucura, considerando a organização da sociedade, no que concerne ao trabalho, à produção de saberes e poderes, possibilitando criar um fio condutor de análise crítica acerca do tratamento destinado aos loucos, e das instituições que os segregavam no decorrer da trajetória histórica da antiguidade à sociedade capitalista.

Analisou-se ainda, neste capítulo, a partir de Resende (2007) e Amarante (1995) as políticas de saúde mental, resgatando as particularidades das condições socioeconômicas em relação à Europa, no que diz respeito à emergência do louco como problema social. Resgatou-se ainda a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Esses estudos possibilitaram um retorno à política de atenção à loucura, quando foi possível verificar os pontos de ruptura e/ou de continuidade, de um trajeto demarcado pelas necessidades de construir novos percursos.

O segundo capítulo: **O trabalho na perspectiva da Reforma Psiquiátrica** discorre sobre o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, e como o trabalho foi introduzido, entretanto, não se tem a pretensão de reconstituir a vasta trajetória da Reforma Psiquiátrica, mas apenas alguns apontamentos, especialmente, a repercussão e a influência promovida pela experiência italiana, a qual contribuiu para as transformações e rupturas no saber psiquiátrico: nas suas formas de assistência, ainda nas relações entre trabalho e loucura, a fim de situar as modificações no campo da saúde mental, caracterizadas pelo surgimento de novos serviços e práticas de desinstitucionalização.

É nessa conjuntura que nasce os chamados serviços substitutivos⁹ ou novos serviços de saúde mental, em contraste ao modelo asilar e às suas práticas segregatórias, caracterizados por Amarante & Torre (2001), de rupturas com o modelo manicomial e de negação de seus referenciais, na medida em que promove a construção de outros parâmetros, saberes, práticas e relações com a loucura. Por outro lado, importou, neste capítulo, problematizar a partir de Deleuze (1992) se esses serviços estão reduzidos a mais um dispositivo de controle ou se estão possibilitando rupturas e autonomia.

No terceiro capítulo: **A trajetória da loucura no Pará: da internação aos serviços substitutivos**, busca-se aproximar, ainda mais, a discussão ao objeto de pesquisa, para tanto o estudo de Pedroso (2008) sobre a história da loucura e de suas instituições no Estado do Pará possibilitou demarcar traços diferenciais no que concerne ao tratamento dado às pessoas com transtornos mentais de outras realidades brasileiras.

No mesmo capítulo, faz-se um corte sobre os serviços substitutivos, bem como, sobre as experiências de inserção social e produtiva, realizadas no estado, quando se verificou que essas experiências ocorrem de modo diferenciado entre as regiões do Brasil. Alguns estados se apresentam mais avançados e, por isso, estão desenvolvendo ações inovadoras, como aquelas ligadas aos programas de geração de trabalho e renda. E outros, como no caso do Pará, em que algumas experiências, propostas de inserção social e produtiva são desenvolvidas nos

⁹ Segundo Anaya (2004, p. 84) a compreensão acerca dos chamados serviço substitutivo aparece pela primeira vez no livro Desinstitucionalização sendo este conceito utilizado por Rotelli ao fazer referência aos serviços de Trieste. Segundo a mesma autora, Rotelli os denomina como Serviços Fortes, Territoriais ou Substitutivos, “pode-se dizer que é um modelo inteiramente substitutivo da internação e da existência do hospital psiquiátrico por responder de forma transformada”.

Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, via incentivo do Governo Federal. Dentre essas experiências, encontrou-se o Restaurante popular do CAPS.

O capítulo final **economia solidária e Saúde mental**: limites e possibilidades discorre sobre a interface entre o Ministério da Saúde e a Secretaria Nacional de Economia Solidária/SENAES, do Ministério do Trabalho e Emprego, quando foi criada ação política de incentivo técnico e financeiro para as iniciativas de inserção social as pessoa com sofrimento psíquico, pelo trabalho. A política de saúde mental tem buscado na economia solidária, a inserção/reinserção social das pessoas com transtornos mentais. Hoje existem 640¹⁰ empreendimentos econômicos solidários mapeados no país, formados por usuários de serviços de saúde mental, os quais atualmente compõem a rede nacional de saúde mental e economia solidária.

A articulação entre a economia solidária e saúde mental se apresenta como uma novidade, ainda há de se ressaltar que o trabalho sempre esteve presente¹¹ na assistência psiquiátrica, desde a formação dos manicômios à atualidade.

Neste capítulo, objetivou-se também compreender a relação dessas iniciativas de inserção socioproductiva por meio da economia solidária no estado Pará. Para tanto, observou-se a experiência da Associação de Apoio aos Portadores de Transtornos Mentais e seus Familiares - BRILHO E LUZ, sua formação/constituição, enfatizando suas lutas, conquistas, desafios e potencialidades em termos da ocupação de espaços políticos, sociais, econômicos e culturais, ou seja, sua projeção social, na perspectiva da inserção socioproductiva, sob a base da economia solidária.

¹⁰ Dados do Ministério da Saúde (2011). Brasil. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental em Dados - 9, Ano VI, nº 9, julho de 2011. Brasília, 2011. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental, p11. Disponível em: www.saude.gov.br e www.saude.gov.br/bvs/saudemental.

¹¹ Conforme problematizado no primeiro capítulo. Importa ressaltar ainda que o registro histórico sobre as instituições psiquiátricas mostra a utilização do trabalho com distintos objetivos.

CAPÍTULO I

AS INTERFACES ENTRE TRABALHO E LOUCURA

1.1 A institucionalização da loucura e sua relação com o trabalho

Para se compreender o lugar que o trabalho ocupa no processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil e na atual política de saúde mental, fez-se necessário analisar a trajetória da loucura desde a Europa, especialmente, a partir do final do século XVII, ocasião em que as condições sócio-políticas permitiram a relação entre trabalho e loucura. Contexto em que esta foi institucionalizada, sendo a incapacidade para o trabalho a principal justificativa para o processo de segregação social dos loucos.

Uma das contribuições fundamentais para a compreensão desse processo é dada por Foucault (1978) no livro “A História da Loucura na Idade Clássica”. Nele o autor descreve o lugar ocupado pelo louco na sociedade, nos diferentes momentos da história. Inicialmente observava que a loucura apresentava similaridades históricas, sociais e culturais à lepra, objeto de exclusão social sob o isolamento, abandono e estigma.

Mas, foi necessário um longo período de latência, para que a loucura, assim como a lepra¹², desencadeasse reações de divisão e se constituísse num espaço moral de segregação. É somente a partir da metade do século XVII que a loucura aparece como uma nova “encarnação do mal, um outro esgar do medo,

¹² Durante a Idade Média a lepra foi considerada um grande mal, que “assobrava” as cidades. Nesse contexto, até o término das cruzadas houve a discriminação dos leprosários por toda Europa. A partir do final da Idade Média, teve início um processo de esvaziamento dos leprosários e o desaparecimento da lepra no mundo medieval. Para Foucault (1978) esse acontecimento foi resultado da segregação dos leprosos, os quais eram banidos das cidades e do convívio social, assim como da ruptura do contato do mundo europeu com os focos de infecção do oriente, após o fim das Cruzadas. A lepra se retira de cena, todavia os espaços outrora ocupados pelos leprosos permaneceram e serão preenchidos, quase dois séculos mais tarde, por novos personagens, que assumiram, não somente esses espaços, mas ao mesmo tempo os valores e papel deixado pelo lazarento no interior da cultura medieval. Entre esses indivíduos, estão: os loucos, os pobres, os vagabundos e os criminosos.

mágicas renovadas de purificação e exclusão”¹³. Uma nova lepra, um novo espantalho que herdará o lugar deixado pelo primeiro.

Foucault¹⁴ assinalou que antes da institucionalização da loucura, em meados do século XVII, ela estava “ligada obstinadamente, a todas as experiências maiores da Renascença”. Assim como observa Muchail:

A loucura, de certo modo, assumirá, no decurso de uma longa sucessão histórica, uma espécie de papel de herdeira da lepra. Contudo, numa sucessão histórica longa, isto é, cerca de dois séculos mais tarde (por volta da segunda metade do século XVII e no século XVIII), na chamada Idade Clássica. Antes disso, porém, no intermédio entre o final da Idade Média e o início da Idade Clássica, ou seja, no chamado período renascentista (por volta dos séculos XV a XVII), ela ocupará outra posição, ou melhor, circulará sem posição fixa. (MUCHAIL, 2004, p.41)

Conforme Foucault (2008, p. 80) a loucura durante a renascença fez parte do cenário, sua existência era “livre”, ela circulava, era uma “experiência quotidiana que se procura mais exaltar que dominar”. Para explicar esse processo, reporta-se à Nau dos Loucos¹⁵, estranho barco que transportava uma carga insana de uma cidade a outra. Frequentemente os loucos eram deixados sob a responsabilidade de marinheiros, peregrinos ou mercadores que se encarregavam de levá-los para portos longínquos, garantindo, desse modo, que eles não voltassem, tornando-os prisioneiros de sua própria sorte. Para Foucault:

Não é fácil levantar o sentido exato desse costume. Seria possível pensar que se trata de uma medida geral de expurgo que as municipalidades fazem incidir sobre os loucos em estado de vagabundagem: hipótese que por si só não dá conta dos fatos, pois certos loucos, antes mesmo que se construam casas especiais para eles, são recebidos nos hospitais e tratados como louco. (FOUCAULT, 2008, p. 80).

Pode-se apreender como um primeiro momento de exclusão da loucura, o fechamento das portas das cidades, as quais os baniam de seus muros,

¹³ Ibidem, p. 3.

¹⁴ Ibidem, p. 8

¹⁵ Eram embarcações que, na literatura européia de século XVI, transportavam os insanos em uma viagem pelos mares. A Nau de Loucos era um tipo de obra ficcional vinculada a uma tradição literária herdeira do ciclo dos argonautas, que fora revivido pelos escritores Renascentistas. Foram escritas diferentes obras relacionadas a esse tema, a exemplo: Nau dos Príncipes e das Batalhas da Nobreza, Nau das Damas Virtuosas, Nau da Saúde e, finalmente, uma Nau dos Loucos. Todavia Foucault assinala que “de todas essas naves romanescas ou sátiras, a *narrenschiff* é a única que teve existência real, pois eles existiram, esses barcos levavam sua carga insana de uma cidade para outra” (Foucault, 1978, p. 9).

tornando-os sujeitos errantes. Entretanto, ressaltasse que esse processo de escorraçar os loucos não ocorria de modo sistemático, na realidade, somente os estrangeiros eram expulsos, conforme o autor cabia à cidade cuidar daqueles que eram seus cidadãos.

Ainda Foucault (1978, p 11) observa que esse processo de movimentação dos loucos, “o gesto que os escorraça, sua partida e seu desembarque” não possui significado restrito a uma questão de utilidade social, que visava à segurança dos cidadãos e impedia que os loucos ficassem vagando entre os muros da cidade. Outros sentidos permeavam esse rito.

O desejo de embarcá-los em um navio representava também uma inquietude em relação à loucura no final da Idade Média. Este ritual elucidava certa posição diante da loucura, a qual ainda não tinha conotação médica, como uma doença a ser sanada. A sociedade da época apreendia a loucura como embaixadora de sua própria verdade. Nesse sentido, o louco era considerado mensageiro de um saber cósmico.

Por outro lado Resende (2007) demonstra que a relativa liberdade dos loucos, nesse período, estava relacionada a fatores como: o pequeno número de doentes; a população reduzida e com baixa expectativa de vida, o que não permitia determinados tipos de transtornos aparecessem em proporções significativas ainda mais nas sociedades pré-capitalistas, a aptidão para o trabalho não era critério importante na determinação do comportamento normal e do anormal.

Contudo, a partir da metade do século XVII a concepção da loucura foi mudada radicalmente, se antes ela era “sofrida em estado livre”¹⁶, deixará de circular, e “será reduzida ao silêncio pela era clássica através de um estranho golpe de força”¹⁷. Em nome de um projeto moderno de emancipação do homem, a partir do domínio da razão, a loucura será enclausurada¹⁸, e “demarcada por oposição à razão, a loucura é transformada em desrazão que, séculos mais tarde, se transmutará em doença mental”¹⁹, apropriada pela medicina, como um objeto do saber médico.

¹⁶ FOUCAULT, 2008, p.80.

¹⁷ FOUCAULT, 1978, p.45.

¹⁸ Para que os loucos fossem excluídos da sociedade tal como a lepra fora no passado.

¹⁹ MUCHAIL, 2004, p.44.

Essa ruptura entre loucura e razão é determinada no contexto de mudanças na ordem econômica capitalista. A partir do nascimento da modernidade, assinalada pelo pensamento cartesiano.

Marcando o domínio da razão sobre a loucura, assinala o fim da experiência renascentista, abrindo o limiar da idade clássica e, a partir dela, os caminhos que conduzirão à experiência moderna da loucura, num deslocamento que vai da Nau ao Hospital, do Hospital ao Asilo (Ibdem, p.43).

A mudança se dá nessa conjuntura em que é marcada pela “grande internação”, em que o Hospital Geral possui, nesse contexto, um caráter econômico, político, social e, sobretudo, moral. Longe de se constituir uma política de assistência à saúde, tais espaços eram, conforme, Foucault (1978, p. 50) “estruturas semi-jurídicas”, cuja função era a de decidir, julgar, e executar. Uma instância de ordem monárquica e burguesa com papel de assistência e repressão.

No que concerne à burguesia havia o interesse de “pôr ordem no mundo da miséria”, via isolamento e banimento, a fim de manter a ordem, vigiando e punindo aqueles que não se ajustavam ao novo sistema, dentre eles os loucos, para tanto, foram reativados, no século XVII, os leprosários desocupados desde a renascença.

Diante disto Foucault (Ibdem, p. 56) chama a atenção para um processo de redefinição do significado de miséria pela Renascença, uma vez que ela “despojou [...] sua positividade mística²⁰”. Em suas palavras, passa a existir “uma nova sensibilidade à miséria e aos deveres da assistência, novas formas de reação diante dos problemas econômicos do desemprego e da ociosidade, uma nova ética do trabalho”.

²⁰ No que diz respeito à miséria Foucault (1978, pp. 58-59-63) observa que esta perde sua relação dialética da humilhação e da glória para uma relação “entre desordem e ordem que a encerra numa culpabilidade”, assim sendo, “ela passa de uma experiência religiosa que a santifica para uma concepção moral que a condena”. Nessa perspectiva, o internamento do louco será justificado, ora a título de benefício, ora de punição. Para este autor (p. 62) se o louco havia sido considerado um personagem sagrado na Idade Média, era porque “para a caridade medieval, ele participava dos obscuros poderes da miséria. Mais que qualquer outro, ele a exaltava”, todavia a loucura será dessacralizada no século XII, em decorrência do processo de degradação da miséria, o louco passa a ser internado ao lado de todos os pobres, miseráveis e vagabundos até o final do século XVIII, ainda neste período é considerado um problema de polícia, à medida que perturba a ordem do espaço social. Deste modo, sendo, “despojada dos direitos da miséria e de sua glória, a loucura, como a pobreza e a ociosidade, devorante surge, de modo seco, na dialética imanente dos Estados” (Ibdem, p. 63).

Se outrora a miséria esteve relacionada à salvação divina, com a Reforma Protestante perde esse caráter. O espírito da Reforma acelera as transformações em curso, em conflito com a doutrina católica, predominante na época, que condenava a ambição do lucro e a usura. Lutero e Calvino colaboraram radicalmente para as mudanças das concepções anteriores ligadas ao trabalho. Conforme Weber (1981) a concepção de trabalho ganha uma nova perspectiva a partir do protestantismo, assim:

O trabalho vocacional é, como um dever de amor ao próximo, uma dádiva de gratidão à graça de Deus (...) não sendo do agrado de Deus que ele seja realizado com relutância. O Cristão deve assim mostrar-se industrioso em seu trabalho secular²¹. (WEBER, 1981, p. 209)

A doutrina defendida por Calvino foi oportuna à burguesia capitalista em ascensão, na medida em que o homem provava sua fé e demonstrava sua predestinação por meio do sucesso material e do enriquecimento. Calvino considerava a pobreza como sinal do desfavor divino e valorizava o trabalho, ideias que iam ao encontro das aspirações burguesas e tinham o trabalho como elemento imprescindível para acumular capital.

As alterações no cenário econômico, político e social, com o processo de declínio do feudalismo e a ascensão do capitalismo foram determinantes para a mudança no modo de percepção da loucura. Para Resende (2007) com fim do campesinato e declínio dos ofícios artesanais a loucura foi elevada a categoria de problema social.

Com o término do século XV, a Europa assistia o advento da manufatura, a divisão social do trabalho e grandes problemas sociais, decorrentes dessa transição. Fatores como o cercamento dos campos, levaram à migração para a cidade. Em linhas gerais, os artesãos foram, paulatinamente, despojados dos seus instrumentos de trabalho, alguns se constituíram trabalhadores assalariados, repartidos em espaços fechados, onde o saber e o fazer passaram por uma drástica ruptura, enfrentando elevadas jornadas de trabalho, e devendo adaptar-se aos novos ritmos e organização do trabalho, outros se tornaram assaltantes de estradas, ladrões e “vagabundos”.

Nesse contexto, em todo continente Europeu à mendicância, à vagabundagem, tal como a ociosidade passou por fortes repressões, para tanto

²¹ Ibidem, p. 205

foram criadas medidas legislativas, instituições, casas de correção e trabalho além de hospitais gerais, a fim de retirar das cidades os mendigos e os “antissociais”. Nesses espaços havia trabalho compulsório, punição e a educação moral (RESENDE, 2007).

Foucault (1978, p.64) esclarece que o internamento foi tratado como assunto de polícia em toda a Europa do século XVII e seus motivos foram distintos do cuidado e da preocupação com a cura, pois o que lhe “tornou necessário foi um imperativo de trabalho”. Nestes espaços se encontravam apenas a condenação da ociosidade.

Desta forma, em sua origem, o internamento, está relacionado à resposta a crise econômica que havia afetado o mundo ocidental, desempenhando um duplo papel: “reabsorver o desemprego ou pelo menos ocultar os seus efeitos sociais mais visíveis, e controlar os preços quando eles ameaçavam ficar muito altos”²². Em suas palavras:

Durante muito tempo a casa de correção ou os locais do Hospital Geral servirão para a colocação dos desempregados, dos sem trabalho, e vagabundos. Toda vez que se produz uma crise, e que o número de pobres sobe verticalmente, as casas de internamento retomam, pelo menos por algum tempo, sua original significação econômica²³. (FOUCAULT, 1978, p.64).

Para esse autor o internamento era uma medida assistencial, em que o trabalho era forçado, “fia-se, tece-se, fabricam-se objetos diversos que são lançados a baixo preço no mercado, para que o benefício permita o funcionamento do hospital”²⁴, portanto, o trabalho se apresentava como uma obrigação no mundo burguês em constituição em que o comércio deixa de ser considerado um pecado, como na Idade Média, característica assumida pela ociosidade, categoria que agrupava todos os residentes da instituição de internamento.

Como observado, na era Clássica, entre as diferentes funções do Hospital Geral estava à tarefa de evitar a mendicância e a ociosidade, bem como, as fontes de todas as desordens. Caracterizado, desse modo, como uma instituição destinada a promover o controle social da pobreza por meio da utilização de fortes aparatos repressivos.

²² Ibidem p. 70

²³ Ibidem p. 67

²⁴ FOUCAULT, 2008, p. 81.

O Hospital Geral e os estabelecimentos similares como as *Workhouses* inglesas estavam ligados às políticas de repressão à mendicância que se difundiram por todo o continente europeu. Contexto em que os loucos começaram a fazer parte de uma massa de indivíduos que, mostrando-se incapazes de adequar-se a uma nova ordem social e econômica, foram removidos das ruas e confinados em instituições de correção.

O hospital, antes do século XVIII, configurava-se como uma instituição de assistência aos pobres, no qual a função médica não aparecia. Nas palavras de Foucault (1979, p.101) uma “instituição de assistência, como também de separação e exclusão”, onde eram depositados os pobres doentes, prostitutas, os loucos e todos que representavam ameaça para a sociedade burguesa.

Como observado, o internamento estava relacionado a vários aspectos, dentre eles a questões econômicas e sociais, momento em que a incapacidade ao trabalho levava os loucos, ao lado de mendigos, criminosos, entre outros sociais a ocupar os antigos leprosários, local em que permaneceriam até a morte.

Esses mecanismos de repressão à pobreza permaneceram até o final do século XVIII. No entanto, por dentro dessas instituições, iniciou-se um processo de separação e diferenciação dos loucos, dos demais internos, sobretudo a partir da decadência do sistema monárquico. Com a difusão do liberalismo econômico e dos princípios iluministas, passou-se a se protestar a validade do internamento destinado à mendicância (FOUCAULT, 1978).

Pinel no final do século XVIII, sobre a influência do Iluminismo, em 1793 ao assumir a direção do hospital Bicêtre “rompe as correntes dos loucos, desalojando-os de seus calabouços”. Este fato é apontado na psiquiatria “como sendo a instauração da primeira revolução psiquiátrica” (BIRMAN, 1978, p. 1). Todavia para Amarante (1995, p. 26) “o gesto de Pinel ao liberar os loucos das correntes não possibilita a inscrição destes em um espaço de liberdade, mas ao contrário, funda a ciência que os classifica e acorrenta como objetos de saberes”. A ideia de patologia associada à loucura torna o louco objeto da medicina.

Deste modo, não há espaço para a pessoa considerada como louca no campo da autonomia, pois é vista como inapta para realizar suas próprias escolhas e de decidir sobre sua vida. O autor salienta que este ato de Pinel foi criticado e louvado. Sendo as principais críticas direcionadas “ao caráter fechado e autoritário da instituição” (idem).

Segundo Foucault (1978, p.48) é entre os muros do internamento que Pinel e a psiquiatria do século XIX encontrarão os loucos; é lá [...] que eles os deixarão, não sem antes se vangloriarem terem-nos “libertado”.

Ora, por que a situação dos loucos mudou do final do século XVIII ao início do XIX? Diz-se que Pinel liberou os loucos em 1793, mas os que ele liberou não eram senão enfermos, velhos, ociosos e prostitutas; ele deixou os loucos dentro dos estabelecimentos. Se isto se produziu nesta época, é porque a partir do início do século XIX a velocidade do desenvolvimento industrial se acelerou e, como primeiro princípio do capitalismo, as hordas de desempregados proletários eram consideradas como um exército de reserva da força de trabalho. Por essa razão os que não trabalhavam, sendo capazes de trabalhar saíram dos estabelecimentos. Porém, ali também, um segundo processo de seleção se operou: não os que não queriam trabalhar, mas os que não tinham a faculdade de trabalhar, a saber, os loucos, foram deixados dentro dos estabelecimentos e foram considerados como pacientes cujos distúrbios tinham causas que se referiam ao caráter ou de natureza psicológica (FOUCAULT, 2006d, p. 266).

Diante deste aspecto Resende (2007) observa que: as amarras que prendiam fisicamente foram suprimidas, outras surgiram mais perigosas e sutis. Foucault (2008, p. 84) apresenta crítica semelhante, ao afirmar que “Pinel, Tuke, seus contemporâneos e sucessores não romperam com as antigas práticas do internamento: pelo contrário, eles as estreitaram em torno do louco”.

Para Foucault “reconstituiu-se em torno deles (os loucos) todo um encadeamento moral que transformava o asilo numa instância perpétua de julgamento”, de modo que, o louco “tinha que ser vigiado nos seus gestos, rebaixado nas suas pretensões, ridicularizado nos seus erros”.

Já Castel (1978) o ato fundador de Pinel foi o ordenamento do espaço hospitalar por meio do isolamento. Tal como observa Foucault:

[...] se o século XVIII aos poucos abriu lugar para a loucura, se distinguiu certas figuras dela, não foi aproximando-se dela que o fez, mas, pelo contrário, afastando-se dela: foi necessário instalar uma nova dimensão, delimitar um novo espaço e como que uma outra solidão para que, em meio desse segundo silêncio, a loucura pudesse enfim falar. Se ela encontra seu lugar, isto acontece na medida em que é afastada; deve seus rostos, à uma indiferença que a isola. De modo que o máximo de distância será conseguido às vésperas do dia em que ela surgirá como “limitada” e transformada em “humana”, às vésperas do mesmo dia em que Pinel reformará a Bicêtre. (FOUCAULT, 1978, p. 393)

O hospital psiquiátrico, no século XIX era conforme Foucault um:

[...] lugar de diagnóstico e de classificação, retângulo botânico onde as espécies de doenças são divididas em compartimentos cuja disposição

lembra uma vasta horta. Mas também espaço fechado para um confronto, lugar de uma disputa, campo institucional onde se trata de vitória e de submissão. O grande médico do asilo [...] é ao mesmo tempo aquele que pode dizer a verdade da doença pelo saber que dela tem, e aquele que pode produzir a doença em sua verdade e submetê-la, na realidade, pelo poder que sua vontade exerce sobre o próprio doente. (FOUCAULT, 1979, p. 122)

É no século XVIII, por volta de 1780, que o hospital se torna um instrumento destinado a curar (Ibdem, p.99):

O hospital como instrumento terapêutico é uma invenção relativamente nova, que data do final do século XVIII. A consciência de que o hospital pode e deve ser um instrumento destinado a curar aparece claramente em torno de 1780 e é assinalada por uma nova prática: a visita e a observação sistemática e comparada dos hospitais. (IBDEM, p.99)

Conforme Foucault (2008) tanto os reformadores de antes de 1789, quanto à própria Revolução Francesa buscaram paralelamente extinguir o internamento, marca da antiga opressão, bem como, a “assistência hospitalar, sinal da existência de uma classe miserável”²⁵, entretanto, este autor assinala que para aquela sociedade os loucos tinham uma particularidade, livres, poderiam “tornar-se perigosos para a sua família e para o grupo que se encontravam”²⁶, como forma de resolver esse problema, a loucura será isolada.

Assim, a liberdade proclamada pelos ideais iluministas será restituída aos associas, com exceção dos loucos, estes assumiram o papel de legítimos herdeiros das antigas casas de internamento, e nelas permanecerão.

Dentre as razões para a contestação do internamento, está a comprovação de que eles não resolviam a problemática do desemprego e da pobreza, do mesmo modo, detinham mão de obra necessária ao processo de industrialização. Nesse movimento o internamento assume uma nova significação, “tornando-se uma medida de caráter médico” (Ibdem), sendo o Hospital Geral um “lugar privilegiado de produção e exercício do saber médico” (AMARANTE, 1996, p. 38).

Para Basaglia (1985), a psiquiatria ao distanciar o louco do seu convívio social, exerceu sobre ele, uma relação de opressão e violência. Do mesmo modo, salienta que as condições de medicalização da loucura estavam estabelecidas na caracterização do louco enquanto um marginal, doente e perigoso, características

²⁵ Ibdem, p 83

²⁶ Idem, p 83

que justificavam sua exclusão da sociedade nas instituições, sob a autoridade médica.

Para este autor a loucura, ao tornar-se objeto do saber médico, foi submetida à produção de falsas verdades, caracterizada por práticas diagnósticas e de medicalização que compreendiam também a estruturação necessária de aparatos institucionais que justificassem a gravidade da intervenção psiquiátrica, em decorrência do perigo a ser controlado.

Com o nascimento da Psiquiatria, a loucura apropriada pelo saber médico, é transformada em doença mental. O hospital se torna um espaço de diagnóstico, de classificação, um lugar em que o saber médico rege. Técnicas como: isolamento, punições, trabalho forçado, entre outros procedimentos, são utilizados sob a justificativa de tratamento e cura.

Nesse contexto, para a psiquiatria a cura para a doença mental, a possibilidade de se restabelecer a racionalidade ao louco, poderia ser alcançada pelo *tratamento moral*, dentro dos hospitais. Foi Pinel quem instituiu o método do *tratamento moral* com finalidade de restituir a razão do louco, educando-o por meio de normas, regras e rotinas. Para o médico francês o rigor da disciplina e a prescrição do trabalho eram os principais instrumentos de cura da alienação mental.

Foucault (1978) observa que o uso do trabalho no *tratamento moral* surge “em primeira linha” nos asilos²⁷, em suas palavras:

O trabalho será despojado de todo valor de produção; só será imposto a título de regra moral pura; limitação da liberdade, submissão à ordem, engajamento da responsabilidade com o fim único de desalienar o espírito perdido nos excessos de uma liberdade que a coação física só limita aparentemente²⁸. (FOUCAULT, 1978, p. 480)

Destarte, por meio de Foucault (1978), compreende-se que até a Renascença, à loucura estava vinculada à presença de transcendências imaginárias, não obstante foi a partir da era clássica, verifica-se uma mudança na percepção da loucura, em um período de condenação ética da ociosidade. Desta forma, nas interfaces históricas entre trabalho e loucura, verifica-se que o trabalho não nasce no território psiquiátrico, mas no território da política e da assistência,

²⁷ Ibidem, p. 480

²⁸ Idem, p. 480

enquanto recurso para manutenção da ordem, controle social e econômico, mas que será apropriado por esta e sob a justificativa de cura, será empregado.

1.2 A institucionalização da loucura no Brasil

Resende (2007) em sua revisão histórica sobre a política de saúde mental no Brasil observa que é parcialmente verdadeira a afirmativa de que as circunstâncias que produziram a emergência da loucura, e do louco enquanto problema social, justificando a criação de instituições para controlá-lo e tratá-lo, no Brasil no final do século XIX, foram às mesmas da Europa no século XVI e XVII. O autor aponta as peculiaridades locais, de ordem econômica, social e cultural do Brasil colônia como fatores que demarcaram algumas diferenças em relação à Europa.

Conforme Resende (2007) tanto na Europa quanto no Brasil colônia, o louco desfrutou de certo grau de liberdade e tolerância, processo rompido a partir da não adequação à ordem social vigente. No caso da Europa, a ruptura do sistema feudal e a ascensão do capitalismo mercantil trouxeram a necessidade de um “novo” homem, exigência que não podia ser satisfeita pelos loucos. Em decorrência, muitos se aglomeravam nas cidades e perturbavam a ordem.

Distinto do que se verificou na Europa, em que o insano passa a se constituir um problema à industrialização e à urbanização. No Brasil, a circulação do louco livre pelas cidades era impedida pelas autoridades, sob a justificativa de provocar desordem e ameaça a paz social. Fatores que segundo Resende (2007) levou muitos autores, dentre eles, Lopes (1965) e Tácito Medeiros (1977) a aceitar que antes da instalação do “progresso” no Brasil a circulação do louco demandava providências das autoridades.

Dessa forma, o louco aparece na cena pública muito antes de mudanças na organização social, o que “descarta a existência de uma revolução industrial e de um processo importante de urbanização como pré-condições para determinar uma baixa no limiar de tolerância da sociedade ao doente mental” (RESENDE, 2007, p.32).

Enquanto na Europa os loucos e todos aqueles indivíduos considerados inaptos à nova ordem social, sobretudo, aquelas relacionadas à produção,

inaugurada pela Revolução Industrial foram isolados nas Casas de Trabalho e nos Hospitais Gerais. No Brasil nos séculos XVIII e XIX em pleno regime escravista, a principal característica econômica, o uso do trabalho escravo, moldou preconceitos e motivou transformações e conseqüências que demandaram providências e ações efetivas.

A força de trabalho da economia brasileira nesse período era formada em grande parte por escravos, encarregados por todos, trabalhos pesados nas propriedades, em atividades produtivas e domésticas. Caio Prado (1983, p. 278) observa que tanto “no campo como na cidade, no negócio como em casa o escravo é onipresente. Torna-se restrito o terreno reservado ao trabalho livre”.

Nesse contexto, o uso do trabalho escravo nos vários aspectos da vida econômica e social, além de reduzir o espaço reservado ao trabalho livre, contribuiu, ao mesmo tempo, para o processo de estigmatização do trabalho, associado ao negro escravo e às condições servis.

Existia um repúdio ao trabalho por mulatos e, sobretudo por brancos, mesmos por aqueles que viviam na Europa na condição de indigentes ou criados. Para explicar este quadro a historiadora Viotti (1998, p. 15) chama a atenção para o fato de que o trabalho, no regime escravista era um elemento “dissociador e aviltante”. Por esta razão, “para o branco, o trabalho, principalmente o trabalho manual, era visto como obrigação de negro, de escravo [...]. A ideia de trabalho trazia consigo uma sugestão de degradação”.

A vida social era estratificada: existia de um lado uma minoria de senhores proprietários e, de outro, uma multidão de escravos. E entre estes, estava segundo Resende (2007) a massa indefinida, composta por homens livres, indivíduos sem trabalho, mestiços, mulatos também brancos pobres. Essa terceira categoria social constituída por “vadios” e desocupados era abundante, tanto nas cidades e/ou nos campos, não cessava de crescer e de tal forma caracterizada por sua ociosidade e turbulência se tornava uma das preocupações, e motivos de vigilância das autoridades.

Consoante Resende (2007) desordem, ociosidade, perturbação da paz social e obstáculo ao crescimento econômico, formavam as mesmas circunstâncias sociais que séculos antes determinaram o que Foucault (1978) denominou de “o grande enclausuramento”. Todavia como bem observa o autor, sob razões estruturais diferentes.

A loucura ao engrossar as levas de vadios e desordeiros nas maiores cidades e associada à desordem, à mendicância, à ociosidade, será reprimida. Nesse período, malgrado a existência das Santas Casas de Misericórdia, de acordo com Resende (2007). Estas não se ocupavam do cuidado ao doente mental, sua população era constituída de doentes pobres, velhos, órfãos e mendigos.

Até meados do século XIX, os doentes de loucura não se beneficiavam de nenhum tipo de assistência médica específica. Peregrinavam pelas ruas ou eram jogados nos porões das Santas Casas, entregues a guardas e carcereiros. Seus delírios e agitações eram contidos por espancamentos ou contenção em troncos, levados à morte por maus tratos, desnutrição e doenças (RESENDE, 2007).

No Brasil, a loucura também conduziu à segregação social, por caminhos semelhantes aos da Europa do século XVII. Segundo Resende (2007) as primeiras instituições psiquiátricas no Brasil foram criadas em meio a uma conjuntura de ameaça a ordem e a paz social, como resposta à livre circulação dos loucos e, ao mesmo tempo por apelos humanitários.

A data de 1852 foi conhecida como o marco institucional da Assistência Psiquiátrica Brasileira, quando foi inaugurado, na cidade do Rio de Janeiro, pelo Imperador Dom Pedro II, o primeiro hospício de alienados do Brasil, que recebeu o seu nome. O referido hospital estava situado em um bairro distante do centro urbano, sob a justificativa de promover calma, tranquilidade e espaços aos doentes, entretanto, como ressalva o referido autor, a intenção era isolar os hospícios, uma vez que os loucos representavam perigo e risco a sociedade.

O Hospital Dom Pedro II tinha capacidade para 350 pacientes. Na data de sua inauguração, contava com aproximadamente 144 internos, tendo sua capacidade máxima alcançada ainda nos primeiros anos de funcionamento.

O mesmo processo aconteceu em quase todos os hospitais dedicados aos tratamentos dos insanos que, uma vez implantados, rapidamente alcançavam sua capacidade máxima, dada à crescente demanda de internação, fator que justificou o amplo investimento para a construção de novos hospitais. Após a inauguração do Hospício Pedro II, novas instituições foram construídas no Brasil,

nos Estados de São Paulo, Pernambuco, Bahia e Pará²⁹, a fim de suprir a demanda existente (RESENDE, 2007).

Para os autores Amarante (1994) e Resende (2007) a Proclamação da República constituiu um marco decisório entre a psiquiatria empírica do vice-reinado e a psiquiatria científica. Da criação do Hospital Dom Pedro II à Proclamação, a administração desse hospital esteve subordinada à Santa Casa de Misericórdia³⁰. Com a República o mesmo foi desvinculado. É importante ressaltar que a ausência dos médicos na direção dos asilos havia motivado reivindicações por parte desses profissionais, os quais defendiam a necessidade de um projeto científico e de uma intervenção mais ativa no campo da doença mental e da assistência psiquiátrica.

A partir da desvinculação da Santa Casa, o hospital Dom Pedro II passou a ser denominado Hospício Nacional dos Alienados. No mês subsequente, foi estabelecida pela República, a primeira instituição pública de saúde Assistência Médica-Legal aos Alienados. A partir desse momento foi estabelecida uma nova forma de tratamento aos doentes mentais. As colônias agrícolas que eram inspiradas em experiências europeias.

As primeiras Colônias de Alienados da América Latina foram: Colônias de São Bento e Conde de Mesquita localizadas na Ilha do Galeão, atual Ilha do Governador, no estado do Rio de Janeiro e, posteriormente, a colônia de Vargem Alegre, situada no interior do Rio e a de Juqueri em São Paulo. Processos caracterizados, por Amarante (1994), como a primeira Reforma Psiquiátrica no Brasil, que tinha como objetivo a implantação do modelo de colônias na assistência aos doentes mentais.

Segundo Resende (2007) na década de 30, houve algumas iniciativas isoladas e que não produziram efeitos, mas que buscavam uma organização assistencial abrangente, com laboratórios e hospitais abertos. Contudo, o cuidado ao louco permanecia até então restrito ao hospital. A única ressalva era o

²⁹ Em relação ao Pará a discussão será aprofundada em um tópico específico sobre a história da psiquiatria no Estado.

³⁰ Inicialmente estas instituições ficavam sob a administração de pessoas ligadas a igreja.

ambulatório do Engenho de Dentro, com inspiração da Liga Brasileira de Higiene Mental - LBHM³¹, com objetivo de acompanhar os egressos.

Conforme Mendes (2007), as reformas na área da saúde mental, nos Governos de Getúlio Vargas (1930-1945), promoveram a implementação dos grandes asilos públicos urbanos, estruturando-se o tratamento manicomial estatal. Após 1950 o cenário nacional, é descrito por Resende (2007) como caótico, marcado pela superlotação dos hospitais, pela carência de recursos humanos e maus tratos, caracterizado pela quase completa desassistência ao louco. O exemplo dessa realidade era o Juqueri, o qual abrigava 14 a 15 mil doentes e o Hospital São Pedro, de Porto Alegre, acolhia mais de 3.000, apesar de sua capacidade ser de 1.700; além desses, os hospitais colônia de Curitiba e Florianópolis, malgrado na época apresentar uma construção relativamente recente, já atingia cada um, aproximadamente 800 pacientes, sem que suas instalações comportassem a metade (RESENDE, 1987, p.54).

O trabalho como atividade terapêutica, nas colônias agrícolas, fora abandonado, em virtude das mudanças econômicas e sociais. O país se industrializava e se urbanizava rapidamente. Assim, a reeducação para o trabalho rural se apresentava como um retrocesso. Somado a isso, aquelas famílias que recebiam recurso financeiro do Estado, para acolher o egresso e contribuir para a sua reinserção social, acabaram por estabelecer com esses uma relação de trabalho semisservil. Existia ainda uma rede de corrupção, na maioria dessas colônias, envolvendo funcionários. Além desses fatores a assistência psiquiátrica pública não acompanhava as mudanças que sofria a prática psiquiátrica na Europa e nos Estado Unidos, pós-segunda guerra mundial (RESENDE, 2007).

A década de 60 foi assinalada pelo crescente desenvolvimento da chamada “indústria da loucura”, caracterizada por uma significativa ampliação dos hospitais psiquiátricos da rede privada e um aumento no número de leitos nos

³¹ Segundo Costa (2007, pp. 45, 46 e 63) em 1923 foi fundada no Rio de Janeiro, a LBHM, cuja finalidade inicial era “melhorar a assistência aos doentes mentais através da renovação dos quadros profissionais e dos estabelecimentos psiquiátricos”. Todavia, essas aspirações iniciais foram ultrapassadas “com projetos de prevenção, eugenia e educação dos indivíduos”. O valor do homem “era dado única e exclusivamente em função da sua atuação biológica. Os mais fortes deveriam sobreviver, os mais fracos, desaparecer” (...). “Evidencia-se a preocupação dos governos de encontrar solução para abrigar e alimentar a elevadíssima percentagem de incapazes, de criminosos, de anormais que dificultam e oneram pesadamente a parte sã e produtiva da sociedade”, (...) “as medidas em prática consistem em estabelecer colônias e albergues para mendigos (...) manicômios e hospitais para loucos e degenerados, sem que os estabelecimentos criados comportem o número crescente de infelizes que surgem cada dia”.

hospitais já existentes, o que não se traduziu necessariamente em uma melhoria na assistência aos pacientes.

De acordo com Resende (2007) esse período ficou caracterizado pela divisão entre a assistência destinada ao doente mental indigente, e uma nova fase marcada pela ampliação da assistência psiquiátrica à massa de trabalhadores e seus dependentes. Assim, os hospitais da rede pública permaneceram reservados aos indivíduos sem vínculo com a previdência, e dada à ideologia privatista, alegando ainda motivos de ordem econômica, o Estado passou a comprar serviços psiquiátricos do setor privado.

Nos governos militares, especialmente após o golpe de 1964, foi adotado o modelo privatista na área da saúde, o que conseqüentemente afetou o tratamento psiquiátrico. A mercantilização da assistência nesta área passou a privilegiar o tratamento centrado no hospital, tendo como principal agente financiador o extinto Instituto Nacional de previdência Social - INPS, que destinava fundos públicos ao setor privado, garantindo a construção de extensa rede hospitalar concentrada nos grandes centros urbanos. O setor psiquiátrico sofreu as implicações destas mudanças, o que resultou na adoção de um modelo assistencial hospitalocêntrico, que veio fortalecer a cultura manicomial com suas práticas e concepções excludentes (MENDES, 2007, p. 21).

O período de 1965/70 foi assinalado pelo fenômeno de afluxo maciço de doentes mentais para os hospitais da rede privada. Nesse contexto, enquanto a população internada nos hospitais públicos permaneceu estável, a das instituições conveniadas saltou de 14.000 em 1965 para 30.000 no término do período. Nesta situação, a assistência psiquiátrica ainda era organizada em torno da “solução asilar”, a qual, segundo Amarante:

[...] é decorrente não apenas da natureza da função social e política do asilo psiquiátrico, como instrumento de segregação, negação e violência, ou ainda do não compromisso real com a saúde dos cidadãos (o que implica ausência de necessidade de organizar formas de cuidado e atenção eficientes e ‘terapêuticos’) mas, também, das condições ‘administrativas’. Torna-se mais fácil construir e administrar um pavilhão como se fora um hospital, do que organizar e gerir trâmites e procedimentos necessários à construção de um serviço mais sofisticado ou diversificado. (AMARANTE, 1998,p.p. 112-113)

Vale salientar que diante deste processo de privatização da saúde não ficou isento de resistências. Houve uma intensificação de denúncias, partidas de amplos setores, de representantes da área da saúde mental no país que cobravam,

em suma, mais eficiência do sistema, que condenavam, por ser “dispendioso” e “cronificador”³².

Como observa Mendes (2007, p. 21) até o começo da década de 1970 não existia visibilidade a respeito das implicações do tratamento hospitalar uma vez que “a prática assistencial era invisível sob os muros dos hospícios, protegida pelo estatuto de periculosidade e desrazão dos loucos desvalidos”. Entretanto, a partir do final da referida década, verificou-se um aumento da insatisfação diante deste modelo de tratamento.

Esse descontentamento resultou na organização de trabalhadores em movimentos que promoveram grande mobilização social, “denúncias e documentos os quais registraram a barbárie praticada no interior dos manicômios, onde as principais vítimas eram os pacientes internos, submetidos à violência, ao abandono e maus-tratos”.

A autora salienta ainda que o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil é contemporâneo ao "Movimento Sanitário" nos anos 70, o qual defendia mudanças dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado. Todavia, malgrado contemporâneo da Reforma Sanitária, o processo de Reforma Psiquiátrica desenvolveu sua própria história, “inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar” (Ibdem, p. 22).

Desse modo, desde o final da década de 1970 a saúde mental no Brasil vem atravessando significativas transformações, quando o Movimento da Reforma Psiquiátrica defendeu mudanças no modelo clássico da instituição psiquiátrica, em relação à prática excludente instaurada, o poder médico psiquiátrico, o número excessivo de internações psiquiátricas e em defesa da implantação de uma rede de serviços comunitários, onde o trabalho é apresentado sob a perspectiva da autonomia, conforme será problematizado no capítulo seguinte.

1.2.1 As colônias agrícolas

³² Resende, 2007, 62.

Para Amarante (2006) a origem de inúmeras instituições psiquiátricas, denominadas "colônias de alienados", disseminadas por vários países, dentre eles o Brasil, está relacionada ao uso do trabalho, uma das mais importantes aplicações do tratamento moral. O objetivo consistia em recuperar os pacientes por meio do trabalho. Desse modo, estes eram levados aos hospitais-colônia para trabalhar, principalmente, na lavoura. Para tanto, foram criadas, após a proclamação da República, as primeiras colônias de alienados do Brasil, na Ilha do Governador, estado do Rio de Janeiro.

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

[...] atividades rurais como o plantio de frutas e hortaliças e a criação de animais. Além disso, na colônia masculina funcionava oficinas de ferraria, mecânica, elétrica, carpintaria e marcenaria, tipografia e encadernação, sapataria, colchoaria e vassouraria e, por fim, pintura de paredes (SOARES *apud* GUERRA, 2008, p. 32-33).

Além do objetivo citado, a implementação das colônias buscava também neutralizar as denúncias de superlotação e violência presentes nos hospícios da época, conforme observa Amarante:

As colônias atualizam, então, o compromisso da psiquiatria emergente com a realidade do contexto sócio-histórico da modernidade. Na prática, o modelo das colônias serve para ampliar a importância social e política da psiquiatria e neutralizar parte das críticas feitas ao hospício tradicional. No decorrer dos anos, as colônias, em que pese seu princípio de liberdade e de reforma da instituição asilar clássica, não se diferenciam dos asilos pinelianos. (AMARANTE, 1995, p. 27)

Esse modelo asilar de colônias implementadas no Brasil segundo Amarante (1994) sofreu influências europeias, as quais foram baseadas em uma prática comum realizada na aldeia Geel na Bélgica, para onde os loucos eram levados em busca de uma cura milagrosa.

A ideia basilar desse modelo está relacionada à busca pela convivência entre loucos e comunidade, seja em casa, como no trabalho, haja vista que este último é "um valor decisivo na formação social burguesa e, como consequência, passa a merecer uma função nuclear na terapia asilar". Sendo assim, o retorno do

louco ao convívio social estava condicionado à sua possibilidade de adaptação às regras sociais (Ibdem, p. 76).

Assim, ao longo da primeira metade do século XX se proliferaram, conforme citado, por todo território nacional, locais para internação de doentes mentais. Houve, em todo o país, uma calorosa adesão à política de construção de colônias agrícolas.

A fim de ilustrar esse processo, reproduziu-se abaixo, a lista compilada por Tácito Medeiros e publicada por Resende (2007, p.p. 49 e 50), das instituições psiquiátricas no país até a década de 50, na qual se verifica a disseminação de hospícios mantidos pelo Estado, além das instituições que incorporavam a atividade laboral (colônias agrícolas). A crescente segregação entre homens e mulheres em locais distintos e ainda a construção dos manicômios judiciários, específicos para loucos que cometem crimes.

Tabela 1 - Sequência histórica do surgimento de locais para internamento de doentes mentais nos vários pontos do território nacional

ANO	CIDADE	INSTITUIÇÃO
1841	Rio de Janeiro	Asilo Provisório (em casa situada onde se construía o Hospício de Pedro II)
1852	São Paulo	Hospício Provisório de Alienados
	Rio de Janeiro	Hospício de Pedro II
1859/1863	Porto Alegre	Asylo dos Alienados (enfermaria da Santa Casa de Porto Alegre)
1860	Rio de Janeiro	Casa de Saúde Dr. Eiras
1864	São Paulo	Hospício de Alienados (Ladeira de Tabatinguera)
	Olinda-Recife	Hospício da Visitação de Santa Isabel
1865	Belém	Enfermaria do Hospital de Caridade
1873	Belém	Hospício de Alienados (Vizinhança do Hospital dos Lázaros)
1874	Salvador	Asilo de São João de Deus
1875	Paraíba	Enfermaria do Hospital da Santa Casa de Misericórdia
1878	Niterói	Enfermaria do Hospital de São João Batista
1883	Recife	Hospício dos Alienados (Tamarineira)
1884	Porto Alegre	Hospício São Pedro
1886	Fortaleza	Asilo de Alienados de S. Vicente de Paula (Porangaba)
1890	Rio de Janeiro	Colônias S. Bento e Conde Mesquita (Ilha do Governador)
1891	Maceió	Asilo Santa Leopoldina
1892	Belém	Asilo dos Alienados (Marco da Légua)

1893	Paraíba	Asilo do Hospital Santa Ana (Cruz do Peixe)
1894	Manaus	Hospício Eduardo Ribeiro
1895	Sorocaba (SP)	Hospício dos Alienados
1898	São Paulo	Hospício do Juqueri
1903	Barbacena (MG)	Hospital Colônia
	Curitiba	Hospício N. S. da Luz (Campo do Aú)
1904	Barra do Pirai (RJ)	Colônia dos Alienados de Vargem Alegre
1905	Teresina	Enfermaria da Santa Casa de Misericórdia
	Cuiabá	Enfermaria do Hospital da Misericórdia
1905-1941	Teresina	Hospital Psiquiátrico Aerolino Abreu
	Cuiabá	Asilo dos Alienados
	São Luís Cachoeiro do Itapemirim (ES)	Hospital Colônia Nina Rodrigues, Asilo Deus, Cristo e Caridade (Espírita)
1911	Rio de Janeiro	Colônia do Engenho de Dentro (para mulheres)
	Natal	Hospício de Alienados (no antigo Lazareto da Piedade)
1918	São Paulo	Atendimento Médico no Recolhimento das Perdizes (Posto Policial)
1921	Rio de Janeiro	Sanatório Botafogo
	Rio de Janeiro	Manicômio Judiciário
1922	Belo Horizonte	Instituto Neuro-Psiquiátrico
1923	Rio de Janeiro	Colônia de Jacarepaguá (para homens)
1924	Porto Alegre	Instituto Psiquiátrico Forense Dr. Maurício Cardoso(IPF)7
1927	Oliveira (MG)	Hospital Colônia
1927	Paraíba	Hospital Colônia Juliano Moreira e Sanatório Clifford Beers
1929	Barbacena (MG)	Manicômio Judiciário

Esperava-se que tais colônias pudessem dar conta do número crescente de doentes que as instituições urbanas produziam. Mas, na prática, este modelo evidenciou um aumento da população internada e a manutenção da função de desagregação social e de exclusão do convívio familiar. Para Resende:

Malogradas as intenções de recuperação do doente contidas nas propostas de seus criadores, restava ao hospital agrícola ater-se à única função que já caracterizava a assistência ao alienado no país, desde a sua criação, a de excluir o doente, de seu convívio social, e, a propósito de lhe proporcionar espaço e liberdade, escondê-lo dos olhos da sociedade. (RESENDE, 2007, p.52)

A distância geográfica dos hospícios-colônias também favorecia este processo. Assim, é que de acordo com este autor a análise da composição da

população das colônias de alienados revela "doentes" como moças que foram "desvirginadas" e "desonradas", crianças que se tornaram órfãs, mendigos ou arruaceiros encaminhados por algum chefe político local.

Como observado os hospitais eram construídos longe dos grandes centros urbanos, verdadeiras instituições asilares que segregavam, abrigavam, alimentavam, vestiam e "tratavam" os "doentes" e toda essa estrutura asilar apresenta características de uma "instituição total", definida por Goffman como:

Um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada li. (GOFFMAN, 2008, p. 11)

Por meio dos estudos deste autor, pode-se apreender o cotidiano das instituições totais, estabelecimentos fechados que funcionam em regime de internação, onde um grupo relativamente numeroso vivia em tempo integral. A instituição funciona como local de residência, trabalho, lazer e espaço para a realização de alguma atividade específica, sejam elas de caráter clínico, prisional sejam conventuais. O autor analisa o caráter de fechamento destas instituições, criando-se, desse modo, uma barreira entre o interior e o exterior.

No caso do hospital psiquiátrico o desejo de normatização é explícito, com o apartamento entre os dois sexos, a ruptura dos laços familiares e amigos, controle rígido do tempo, a onipresença do regulamento se encontra a serviço da exigência da ordem e da disciplina. Segundo o Goffman esse indivíduo ao entrar nesses espaços, perde sua identidade e no caso dos manicômios passa a ser definido pela instituição como doente mental.

No Brasil a política de adesão ao modelo asilar de colônias agrícolas para alienados encontrou um ambiente propício, político e ideológico para o seu desenvolvimento, haja vista que a referida proposta atendia aos interesses capitalistas os quais buscavam reverter à ideia tradicional de "moleza" do povo brasileiro, presente desde o período colonial e reforçada pelas concepções alienistas, como sendo uma característica da índole de determinados grupos sociais.

Esta concepção repercutiu como um obstáculo ao embrionário capitalismo brasileiro, em virtude da compreensão negativa do trabalho, era necessário reverter essa tendência, que não se limitou ao campo da psiquiatria, o

direito também aderiu, considerando a vadiagem um delito e uma contravenção punível com a prisão (RESENDE, 2007).

Verifica-se nesse contexto um processo de redefinição do significado do trabalho. Sobre este aspecto, Santos (1979) assinala que o conceito de cidadania não era definido pelo pertencimento do indivíduo à comunidade nacional, mas estava associado à inserção profissional, reconhecida e definida legalmente.

As colônias agrícolas foram implementadas com uma política voltada à assistência psiquiátrica propondo, como forma de tratamento, a recuperação de pacientes por meio do trabalho agrícola, com o intento de devolvê-los à comunidade como sujeitos produtivos e úteis. A ideia de que o doente mental deveria ser tratado com auxílio do trabalho foi então disseminada em todo o país.

Em poucas décadas, as colônias agrícolas passaram a integrar a rede de assistência psiquiátrica na maioria dos estados brasileiros, entre eles, Minas Gerais, São Paulo, Rio de Janeiro, Bahia, com finalidade de complementar os hospitais ou ainda como única opção de tratamento. Nestas, o trabalho tinha uma função principal na terapêutica asilar. Como observado, as colônias comumente eram construídas distantes dos centros urbanos, além da intenção de deixá-los afastados, buscava-se ainda recriar um ambiente rural pré-capitalista.

Do século XIX ao começo do século XX, no Brasil o principal meio terapêutico utilizado foi à chamada praxiterapia ou laborterapia, cujo objetivo consistia em levar o paciente ao trabalho, sobretudo, o trabalho agrícola, nos referidos hospitais colônia. Este modelo veio ao encontro da ideologia da época, que demandava cada vez mais homens aptos ao trabalho. Além disso, era um importante meio de arrecadar dinheiro para auxiliar nas despesas da manutenção dos asilos, que aumentavam a cada ano, e ainda como estratégia de impedir a ociosidade dos mesmos (AMARANTE, 1994).

Conforme Guerra (2008) o trabalho nas colônias agrícolas além de ser aplicado como um recurso no tratamento dos pacientes era ainda empregado enquanto recurso financeiro, para manutenção desses espaços, isto possibilitava ao mesmo tempo gerar renda para a sustentação das colônias; ocupar o tempo ocioso e ainda garantir a ordem social em um contexto de consolidação da República e do nascimento dos centros urbanos e industriais no país.

Há ainda a observação realizada por Resende (2007, p. 51) no que tange a questão do respeito ao objetivo dessas instituições, tal como sua

contradição, no que se refere à finalidade de recuperar e tratar os pacientes para retornar ao trabalho nas comunidades, como cidadão útil e produtivo, de devolver os doentes a uma realidade externa ao asilo. Pois para este autor, era duvidoso que o hospício pudesse fornecer trabalhadores disciplinados, eficientes e suficientes à nova dinâmica exigida pelas lavouras de café. Além disso, quando “devolvidos” à comunidade, a realidade externa era nova, já distante do modelo de sociedade rural “apregoadado por Júlio Prestes”.

Do mesmo modo, confere a intenção de recuperar o doente, Resende (2007) observa que talvez essa demanda jamais tenha sido feita pela sociedade. Assim, restava ao hospital agrícola cumprir a sua única função, desde a sua concepção, a de excluir a massa de alienados, escondendo-os dos olhos da sociedade. Em relação à reinserção social, o Estado para garantir esse retorno à sociedade, incentivaria às famílias humildes da redondeza dos hospitais agrícolas a adotar o ex-internado, estas além de receber por um tempo determinado verbas do governo, teria os serviços do egresso.

As mudanças dessa política se caracterizam por uma nova fase da organização sócio-política e econômica do país como ver-se-á no próximo capítulo.

CAPÍTULO II

O TRABALHO NA PERSPECTIVA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

2.1 Reforma Psiquiátrica no Brasil: os novos dispositivos em saúde mental

Segundo Amarante (1996, p. 13) há um debate em torno do que tem sido designado por Reforma Psiquiátrica. Para este autor, “desde o surgimento da psiquiatria como disciplina específica, se pensa e se fala em Reforma Psiquiátrica, embora sob outros títulos, sob outras concepções”, sobretudo, destaca-se no cenário do pós-guerra, iniciado a partir da década de quarenta, do século XX, que se intensificam as iniciativas teóricas e práticas de contestação ao modelo tradicional psiquiátrico.

Passos (2000) observa que a instituição psiquiátrica e seu modelo asilar dominante, desde sua origem, foram palco de controvérsias e sucessivas crises. Salienta que a partir do pós-guerra, verificou-se uma “espécie de guinada histórica”, com a consolidação de uma condenação da instituição psiquiátrica tradicional, caracterizada pelo modo repressivo, segregador e normalizador, baseado, no princípio da internação e do confinamento.

A partir da leitura de Foucault (2004) e Deleuze (1992), pode-se compreender que a Reforma Psiquiátrica está inserida em uma conjuntura de crise da sociedade disciplinar³³ e da ascensão de um tipo de sociedade que emergiu, após a Segunda Guerra Mundial, contexto de passagem para a sociedade de controle³⁴ preconizada por Deleuze (1992) pela construção de novos dispositivos de poder que se disseminam e se sofisticam com enorme rapidez.

³³ Em *Vigiar e Punir*, Foucault (2004) trata do tema da “Sociedade Disciplinar”, consistindo em um sistema de controle social através de várias técnicas.

³⁴ Deleuze aponta que a sociedade atual não se constitui mais numa base exatamente disciplinar, mas em uma era das sociedades de controle, cujo funcionamento não se daria primordialmente pelo confinamento, mas por um controle contínuo e “ao ar livre”, (p.220). Todavia, essa transição não significa a supressão total de tecnologias disciplinares, nem soberanas, mas uma predominância de novos processos de controle, em uma sociedade que vem estabelecendo uma espécie de vigilância generalizada, independente das distribuições dos indivíduos nos espaços de confinamento.

A Reforma Psiquiátrica apresentada nesta parte deste estudo, desde a década de quarenta do século XX, em distintos países, se processa em formas e intensidades variadas, com estratégias e características singulares, dado o contexto político, econômico, social e cultural de cada realidade.

No que se refere ao Brasil, Yasui (2006, p. 22) explana que esse processo está situado em um contexto histórico e político marcado pelo renascimento dos movimentos sociais e da redemocratização do país, na segunda metade dos anos 70. O autor caracteriza a reforma como “um amplo campo heterogêneo composto por distintas dimensões”, cuja compreensão exige um olhar sobre sua história, sua origem enquanto movimento social, a partir da articulação de diferentes atores sociais, que exigiam do Estado à materialização de direitos sociais.

A mudança na assistência psiquiátrica no Brasil recebeu uma importante influência da reforma realizada na Itália, no que diz respeito ao seu caráter crítico e questionador ao dispositivo médico-psiquiátrico, as instituições e os aparelhos terapêuticos a ele relacionados, bem como, a grande contribuição que esta experiência suscitou nas definições e estratégias assumidas pelo movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil³⁵, a partir do final da década de 70, sob a marcante influência que Franco Basaglia teve, desde a origem deste movimento no Brasil, a reconstrução do conceito de desinstitucionalização (AMARANTE, 1995).

Além da contribuição da Reforma Italiana, o movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira recebeu influência de outros países da Europa e dos Estados Unidos, apesar de não ter sido a única, a experiência italiana foi significativa na construção de um novo modelo de assistência no país, de maneira especial para a desconstrução dos manicômios. Amarante considera a Reforma Psiquiátrica um:

Processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e elaboração de propostas de

³⁵ No Brasil a Reforma Psiquiátrica é um processo que nasce no término da década de 1970, momento histórico de redemocratização, sendo um marco para a constituição desse processo o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). O referido movimento foi motivado segundo Amarante (1995) pelo episódio que ficou conhecido por “crise da DINSAM”, Divisão Nacional de Saúde Mental, em 1978, no Rio de Janeiro. Quando surgiram denúncias quanto à precariedade das condições de trabalho dos profissionais que atuavam na área, ausência de política salarial, carência de formação de recursos humanos, número insuficiente de profissionais, dentre outros fatores, como a crítica ao autoritarismo das instituições. Tal realidade contribuiu para a formação do MTSM, o qual, segundo Amarante (Ibidem, p. 52), tinha como finalidade “constituir-se em espaço de luta não institucional, em um lócus de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica”.

transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. No Brasil, a Reforma Psiquiátrica [...] surge mais concreta [...] a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 1970, fundado não apenas na crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas, também e principalmente, na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, no bojo de toda movimentação político-social que caracteriza esta mesma conjuntura de redemocratização. (AMARANTE, 1995, p. 87)

Para fins metodológicos o referido autor divide o processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira em três momentos, elencados como: Trajetória Higienista (meados do séc. XIX até a II Guerra mundial); Trajetória da Saúde Mental (pós-guerra até meados dos anos de 1970) e Trajetória Atual da Reforma Psiquiátrica (final dos anos 1970), que se subdivide em alternativa, sanitarista e desinstitucionalização. Embora, será dado enfoque na trajetória atual da Reforma Psiquiátrica, na fase de desinstitucionalização.

A Trajetória alternativa, segundo Amarante (1995) está situada em uma conjuntura assinalada pelo fim do regime militar; contexto em que nascem as primeiras mobilizações sociais na área da saúde, dentre elas o MTSM. Este movimento assumiu um relevante papel, ao denunciar o referido regime e o sistema nacional de assistência psiquiátrica. Neste momento, obras como as de Foucault, Goffman, Castel, Basaglia, entre outras, trouxeram contribuições importantes para o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira.

O segundo momento é marcado pela Trajetória sanitarista, iniciada na década de 1980, ocasião em que parte do movimento de reforma sanitária, assim como da psiquiatria passou a ser incorporado ou a incorporar-se no aparelho estatal; processo que se apresentou ao mesmo tempo, como uma estratégia de ocupação dos espaços públicos de poder e de tomada de decisão, uma oportunidade de introduzir mudanças no sistema de saúde, mas também se revelou como uma estratégia, por parte do Estado, de absorver no seu interior o pensamento e o pessoal crítico, a fim de atingir legitimidade.

A trajetória sanitarista é caracterizada ainda pela influência das diretrizes da Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS, a qual instigava a medicina comunitária, preventiva e de atenção primária; assinalada pela 'co-gestão' entre Ministério da Saúde e Assistência e Previdência Social; realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), marco da Reforma Sanitária, que veio a reestruturar o setor da saúde pública no Brasil. A trajetória sanitarista tem seu

término com a realização da I conferência de saúde mental em 1987, desdobramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde.

Até a Trajetória da desinstitucionalização ou da desconstrução/invenção, sinalizada pela realização do II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental; constituição do lema 'por uma sociedade sem manicômios'. A partir desse contexto, surgiram estrategicamente novos dispositivos, que no Brasil se efetivaram pelo surgimento do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), que passaram a orientar a formação de novos grupos de procedimento e a criação novos serviços de atenção em saúde mental, com a promulgação das Portarias Ministeriais 189/91, 224/92 e 336/02³⁶.

Ainda há a trajetória de desinstitucionalização, a mobilização em prol de uma sociedade sem manicômios, foi ampliada a outros segmentos sociais, não permanecendo restringida aos profissionais da área da saúde mental, mas passou a contar com o apoio de familiares, usuários, entre outros atores. Nesse contexto, as associações operaram na constituição de novas possibilidades de atenção e cuidados na luta pela transformação da assistência em saúde mental. Houve ainda o desenvolvimento de cursos de especialização em psiquiatria social, voltada a edificar uma mudança na formação dos profissionais desse campo.

Na trajetória de Reforma Psiquiátrica Brasileira a experiência italiana de desinstitucionalização, conduzida por Franco Basaglia, teve uma influência que repercutiu na década de 80. Neste contexto, foi verificada a emergência dos chamados "novos movimentos sociais", os quais de acordo com Gonh (1997) demarcaram novos aspectos no que diz respeito a reivindicações relacionadas a questões como: habitação, gênero, meio ambiente, saneamento público, entre outros.

No campo da saúde mental, registraram-se denúncias em relação à política de saúde mental e as condições em que eram realizados os atendimentos à população, tanto pelas instituições públicas, quanto pelas privadas, em decorrência da violência e desassistência. Essas instituições eram consideradas

³⁶ Dentre essas novas experiências, destacam-se a criação do CAPS Luiz da Rocha Cerqueira, inaugurado no ano de 1987, em São Paulo, do primeiro NAPS em 1989 na cidade de Santos, bem como, pelo surgimento de "novos atores no cenário das políticas de saúde mental: são os loucos, os loucos pela vida". Por exemplo: "a associações de familiares e usuários, como a SOSINTRA (RJ) [...] ou da Associação Franco Basaglia (SP)" (AMARANTE, p.95).

dispendiosas e cronificadoras ainda no que concerne ao setor privado, havia uma crítica contundente em relação à Chamada “indústria da loucura” (RESENDE, 2007, p. 62)

Para Amarante (1996) a desinstitucionalização é uma das mais importantes referências do atual projeto de Reforma Psiquiátrica, não somente no Brasil. O autor enfatiza que é a partir de Basaglia que a noção de desinstitucionalização deixa de ser compreendida como simples desospitalização. Tal como proposta original dos Estados Unidos – EUA, na década de 60, baseada nos projetos da psiquiatria preventiva e comunitária, a qual realizava um conjunto de medidas de desospitalização que não provocavam uma transformação do modelo manicomial, mas uma redução dos gastos públicos com a assistência psiquiátrica, para uma perspectiva ampliada, que remota o conceito de desconstrução.

Nessa mesma linha, Barros (1994, p. 173) sinaliza que a desinstitucionalização promovida nos EUA constituiu-se num “processo de desospitalização e de racionalização de recursos, criando uma rede de serviços de pequenas dimensões segundo uma proposta de hierarquização da assistência”.

Rotelli (2001) *apud* Yasui (2006, p. 62) enfatiza a atenção dada por este autor para o processo ocorrido na Europa e no Estados Unidos, relacionado à criação de serviços territoriais que conviviam com a internação sem, no entanto, substituí-la, resultando na transformação do sistema de saúde mental em um “circuito auto-alimentado”, e nesse sistema “a segregação em uma instituição total foi substituída pela dinâmica da circulação entre serviços especializados pontuais e fragmentados”.

Mediante a isso, ocorre uma desospitalização e não uma desinstitucionalização, uma vez que, somente se verificou um processo de mudança de instituição, e não uma transformação. Diante dessa realidade Yasui (2006) chama atenção para o risco presente no atual processo da Reforma Psiquiátrica, apesar da inspiração nos ideais e princípios de transformação assistencial, corre o risco de produzir apenas uma tímida desospitalização.

Assim, pode-se dizer que, não ocorreu apenas uma única proposta de desinstitucionalização, mas diferentes experiências, cujas particularidades estão na “forma do lidar prático e teórico da desinstitucionalização, conceito este que sofre uma metamorfose substancial e que abre novas possibilidades para o campo da

Reforma Psiquiátrica” (AMARANTE, 1996, p. 15). Para este autor, destacam-se três apreensões possíveis para a desinstitucionalização, quais sejam: a desinstitucionalização como desospitalização; desinstitucionalização como desassistência; e a desinstitucionalização como desconstrução.

A noção de desinstitucionalização nasceu originalmente no EUA, na década de 60, a partir dos projetos de psiquiatria preventiva e comunitária promovidos pelo governo Kennedy. Essa noção de desinstitucionalização realiza uma crítica ao sistema psiquiátrico, no que concerne a centralização da atenção na assistência hospitalar, mas não questiona as bases que fundamentam esse sistema.

Compreende que a Reforma consiste na “correta aplicação do saber e das técnicas psiquiátricas, ou simples rearranjo e condução administrativa”, resultando em “medidas saneadoras e racionalizadoras”³⁷, entre elas: a diminuição de leitos e do tempo de permanência das internações psiquiátricas e a implantação de rede de serviços com caráter preventivo/promocional e comunitário. Malgrado a crítica ao modelo da organização psiquiátrica, essas medidas não tinham por objetivo uma transformação na natureza da assistência, mas somente fins administrativos de reduzir os gastos públicos, são compreendidas como um “conjunto de medidas de desospitalização”³⁸.

Para Amarante (1996, p.18), alguns setores apreendem a desinstitucionalização como uma mera desospitalização, ou ainda como desassistência, ou seja, a abandono dos doentes “como se as políticas de desinstitucionalização não significasse a substituição do modelo hospitalar por outras modalidades de assistência e cuidado”. O autor considera que neste segmento estão determinados segmentos conservadores.

No que diz respeito à desinstitucionalização como sinônimo de desconstrução, Amarante (1996) aponta ser caracterizada pela predominância da crítica epistemológica ao saber médico, sendo que essa nova significação de desinstitucionalização tem sua trajetória prático-teórica desenvolvida pelo psiquiatra Franco Basaglia.

Este processo de desinstitucionalização pode ser compreendido em duas etapas: a primeira, assinalada pela experiência de Gorizia e a segunda pela

³⁷ Ibdem, p.16

³⁸ Idem, p.16

de Trieste. Na primeira, as mudanças no interior do hospital psiquiátrico possibilitaram a abertura de críticas ao manicômio, evidenciando um processo de construção de um projeto de transformação para além da singela reforma institucional e técnica. Na segunda, o projeto de desinstitucionalização foi realizado por meio da desconstrução gradual do manicômio e a subsequente construção dos serviços territoriais substitutivos, tornando-se um marco referencial para todo o mundo, sobretudo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Ao discorrer sobre o processo de desinstitucionalização na Itália, Amarante (1994) explana que Basaglia iniciou um movimento político crítico a institucionalização dos hospitais psiquiátricos. Processo iniciando no manicômio de Gorizia, por meio da humanização do hospital.

Gorizia empregou o modelo de comunidade terapêutica como estratégia para demonstrar a sociedade as contradições sociais e políticas do modelo psiquiátrico. Posteriormente essa experiência, Basaglia planejou uma ação em Trieste, em 1971, na qual buscou desmontar o aparato manicomial, organizando novos espaços e novas formas de lidar com a loucura, colocando a “doença entre parênteses”. Ao abrir as portas do grande manicômio de Trieste, o mesmo começa por desmontar este aparelho institucional, denunciando sua condição de estrutura repressiva.

Assim, a experiência protagonizada por Basaglia (1985) e sua equipe, na cidade de Trieste, influenciaram de maneira decisiva os rumos do processo de transformação da psiquiatria italiana, na década de 60. Basaglia promoveu uma ampla reforma institucional no Hospital Psiquiátrico Provincial de Gorizia, utilizando o modelo das comunidades terapêuticas, como dispositivo de transformação. A experiência de reforma promovida em Gorizia demonstrou que somente a mudança no modo como era organizada a instituição hospitalar não era suficiente. E verificou as limitações dessa transformação que se restringia ao interior do hospital.

Desta análise observou a necessidade de promover transformações estruturais que perpassavam a própria psiquiatria, enquanto disciplina científica, sobretudo, enquanto poder. A partir desse momento iniciou um percurso de denúncia às práticas tradicionais da psiquiatria, o que resultou na proposta de abolição da internação em hospitais psiquiátricos.

Para, Amarante (1996, p.24) diversamente da desinstitucionalização pela desospitalização, e pela desassistência à experiência italiana é assinalada

pela desconstrução, “a partir do interior da instituição psiquiátrica e por ser ao mesmo tempo prático e teórico, que insere transformações no campo do saber e das instituições”.

Como destaca Barros (1994, p. 173, 174) os italianos partiram do interior dos manicômios, “criando condições para sua desmontagem e subvertendo sua lógica e seu funcionamento”. A experiência italiana de desinstitucionalização trabalhou ao mesmo tempo o processo de “desconstrução do manicômio e, simultaneamente, [a] construção de serviços territoriais”.

O processo italiano representa, segundo esta autora, um contraponto fundamental, uma vez que assume uma trajetória prática e teórica diversa. “O movimento de transformação da psiquiatria, tardio na Itália, faria acertos e falimentos de outras experiências europeias e norte-americana uma fonte de reflexão”, do mesmo modo, realizou alianças com outros movimentos e sindicatos fortaleceram ainda as denúncias a respeito das instituições psiquiátricas, e seus métodos de tratamento contribuindo para a sua desmontagem. Iniciativas que colaboraram para a “desconstrução de uma materialidade, de um saber e das interferências de saberes que se consolidam dentro do saber psiquiátrico”.

Desse modo, a desinstitucionalização não está reservada à reestruturação técnica, de serviços, de novas e modernas terapias. A realidade, ela deve ser compreendida como um “processo complexo de recolocar o problema, de reconstruir saberes e práticas, de estabelecer novas relações”, logo, é “um processo ético-estético, de reconhecimento de novas situações que produzem novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos” (AMARANTE, 2009, p. 1).

A desinstitucionalização proposta por Basaglia, ao mesmo tempo em que propõe o desmonte do hospital psiquiátrico, tem em contrapartida, como originalidade, o fato de que defende a ampliação do leque de abordagens possíveis para lidar com a loucura, para além do modelo psiquiátrico tradicional, reportando o sentido da desconstrução do saber psiquiátrico.

Assim, à psiquiatria se somam outros saberes, outros campos de estudo. Desta feita, paralelamente, a desmontagem do aparato manicomial em Trieste, ocorre à promoção de novos espaços, assim “são constituídos sete centros de saúde mental, um para cada área de cidade, cada qual abrangendo de 20 a 40

mil habitantes, funcionando 24 horas ao dia, sete dias por semana” (AMARANTE, 1995, p.49).

Foram construídas, ainda, as residências terapêuticas e as cooperativas de trabalho as quais atualmente representam um novo espaço de produção artística, intelectual ou de prestação de serviços, que assumem um papel fundamental na dinâmica e na economia não somente em meio aos serviços de saúde mental, mas ao mesmo tempo de toda a cidade.

Como observado o processo de desinstitucionalização não se restringe ao hospital psiquiátrico, uma vez que a instituição psiquiátrica não é somente o manicômio, mas o “conjunto de saberes e práticas operadas sob o título de psiquiatria” (AMARANTE, 1996, p. 87). Fatores que apontam para a complexidade do processo de desinstitucionalização, o qual não perpassa apenas pela superação das instituições da violência, mas também por aspectos relacionados a valores, práticas e saberes. O conceito de desinstitucionalização, segundo:

[...] passou a designar as múltiplas formas de tratar o sujeito em sua existência e em relação com as condições concretas de vida. Nesta tradição, a clínica deixaria de ser o isolamento terapêutico ou o tratamento moral pineliano, para tornar-se criação de possibilidades, produção de sociabilidades e subjetividades. O sujeito da experiência da loucura, antes excluído do mundo da cidadania, antes incapaz de obra ou de voz, torna-se sujeito, e não objeto de saber. (AMARANTE, 1996, p.87)

Tendo como referência a proposta de desinstitucionalização enquanto uma desconstrução encaminhada por Basaglia, a Reforma Psiquiátrica Brasileira busca romper não somente com um saber hegemônico da psiquiatria sobre a doença, mas igualmente com a forma de realizar o tratamento, promovendo novos espaços de cuidado: os chamados serviços substitutivos.

Birman (1992) *apud* Amarante (1996) considera que o Movimento pela Reforma Psiquiátrica apresenta um amadurecimento teórico e político, observado no seu projeto das transformações em psiquiatria, que delineia uma ação para além de soluções técnicas ou administrativas, mas que busca questões de ordem teórica, política, cultural e ainda social. Neste novo panorama a cidadania, outrora negada passa a ser um elemento central, tal como o trabalho.

Assim, a Luta Antimanicomial se constitui como um movimento político que tem como eixo principal à construção da cidadania do louco e sua inserção social.

Nessa mesma linha, Engelman (2006) ressalva que um dos princípios dessa Reforma está relacionado à construção da cidadania, que historicamente havia sido negada ao louco, a amortização do hospital psiquiátrico e seus similares, e acrescenta ainda a criação de serviços substitutivos de assistência, tanto aos usuários, quanto a seus familiares, assim como, a intervenção junto à comunidade, de modo a criar condições favoráveis a reinserção do ex-paciente.

Para Nascimento (2009) o modelo hospitalocêntrico e segregador tem sido enfrentado por meio do fortalecimento de uma rede de serviços substitutivos, dentre esses estão: o Centro de Atenção Psicossocial³⁹, serviços territorializados, de base comunitária, formado por uma equipe multiprofissional, que disponibiliza uma variedade de serviços; a Saúde Mental na Atenção Básica de Saúde; os Centros de Convivência e Cultura; as Residências Terapêuticas⁴⁰, moradias protegidas aos egressos do hospital psiquiátrico; existe ainda as Cooperativas de Geração de Emprego e Renda, em que o trabalho assume uma nova perspectiva, deixa de ser percebida somente como uma atividade terapêutica, prescrita, orientada e protegida, como uma forma de ocupar o tempo ocioso, ou ainda, um mecanismo de disciplina e controle institucional para se assumir como uma ferramenta estratégica no processo de cidadania e autonomia.

O autor observa que tal rede substitutiva, dada a sua complexidade não se limita somente a esfera da saúde mental, atravessa outros espaços, dentre eles o da cultura, do trabalho e da assistência. Necessitando, portanto, de uma integração intersetorial de iniciativas e programas.

Desse modo, a saúde mental no que se refere ao planejamento de políticas sociais, demanda cuidados e esforços na promoção de políticas públicas de inclusão social, material e simbólica dos indivíduos, objetivando uma melhoria

³⁹ Conforme dados do Ministério da Saúde (2011) houve uma expansão regular dos serviços tipo CAPS ao longo dos anos. A cobertura em saúde mental no Brasil no final de 2002 correspondia a 424 CAPS, cobertura de 21%. Em dezembro de 2010 houve um aumento para 1620 CAPS e 66% de cobertura.

⁴⁰ As Residências Terapêuticas ou Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) são dispositivos instituídos pelo Ministério da Saúde, os quais fazem parte da rede de serviços substitutivos em saúde mental do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da portaria nº 106/2000/SM. Segundo a referida portaria, as residências terapêuticas são “moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e, que viabilizem sua inserção social”.

nas condições de vida e na efetiva proteção e garantia de seus direitos de cidadão, seja na escola, na família, na vida social e no trabalho.

Para Engelman (2006, p.p. 36-37) trata-se de refletir não mais a doença mental, mas a saúde, o que requer ações capazes de promover a substituição do manicômio por uma rede de atenção integral.

Nesta perspectiva, para a autora substituir não significa criar alternativas, mas negar a instituição hospitalar psiquiátrica tradicional, “no sentido dado por Basaglia, de desinstitucionalizar práticas e modos de tratar aderidos ao modelo biomédico”. Acrescenta ainda que “negar a instituição, para autores como Rotelli e Basaglia, é desconstruir por dentro, em constante abertura com fora, com o social”.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil faz parte de processo histórico, de âmbito internacional, apoiado no país pelo Movimento da Luta Antimanicomial e atualmente pela Política de Saúde Mental, busca uma formulação crítica e prática, a partir do questionamento e elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria, ainda que venha apresentando dificuldades na implantação de suas propostas, tem alcançados avanços em aspectos técnico-assistenciais, político-jurídicos, teórico-conceituais e sócio-culturais.

Constitui-se em um processo importante para a garantia dos direitos da pessoa em sofrimento psíquico e, representa um marco na assistência psiquiátrica, existem muitos desafios a serem superados, no que concerne à garantia desses direitos, materializados via políticas públicas, que possam promover autonomia e participação social.

A busca pela superação e transformação do modelo manicomial é árdua e complexa, para além da renúncia à prática da psiquiatria. Na realidade, é uma pesquisa teórica e prática arquitetada nos caminhos cotidianos, em busca de modos de atuar que contribuam para a construção da cidadania da pessoa em sofrimento psíquico, por meio da ruptura das barreiras que comumente separam, e segregam aqueles indivíduos considerados loucos ao acesso aos mais diversos ambientes e serviços.

Sua complexidade chama atenção ao fato de que não basta somente abolir os muros físicos das instituições, pois como observa Deleuze o controle se opera ao “ar livre”, no espaço social aberto:

Não se deve perguntar qual é o regime mais duro, ou o mais tolerável, pois é em cada um deles que se enfrentam as liberações e as sujeições. Por exemplo, na crise do hospital como meio de confinamento, a setorização, os hospitais dia, o atendimento a domicílio puderam marcar de início novas liberdades, mas também passaram a integrar mecanismos de controle que rivalizam com os mais duros confinamentos. Não cabe temer ou esperar, mas buscar novas armas. (DELEUZE, 1990, p. 220).

Nesta perspectiva, os desafios da Reforma Psiquiátrica perpassam pela mudança nas relações estabelecidas entre a sociedade, os sujeitos e as instituições, com a loucura, engendradas no sentido da “superação do estigma, da segregação, da desqualificação dos sujeitos ou no sentido de estabelecer com a loucura uma relação de coexistência, de troca, de solidariedade, de positividade e de cuidados” (AMARANTE, 1997, p.165).

Os serviços substitutivos não estão livres de conflitos e contradições, é no exercício cotidiano que se processa o desafio de superar paradigmas considerados ultrapassados para que não se façam presentes nas práticas cotidianas, na construção de uma práxis transformadora.

2.2 O LUGAR DO TRABALHO NA SAÚDE MENTAL: do compulsório à perspectiva da inserção social

A partir da leitura de Foucault (1978) se pode apreender que as interfaces entre trabalho e loucura estão presentes desde o século XVII, e que este processo está relacionado às mudanças de ordem econômica e social da época.

Conforme Guerra (2008, p. 24) no século XVII o uso do trabalho no campo psiquiátrico teve por objetivo auxiliar a manutenção da ordem social, contexto em que os grandes asilos ainda estavam sob a tutela leiga, “antes da instalação da psiquiatria médica”. A partir do fim do século XVIII, com Pinel, a loucura passa a ser considerada uma patologia, e o uso do trabalho terá um caráter curativo. É somente no século XX, no campo da Reforma Psiquiátrica que o trabalho assume o papel de reinserção social, “na busca pelo resgate da cidadania”

Estes diferentes lugares ocupados historicamente pelo trabalho são divididos, por Guerra (2008), em três lógicas que se superpõem até hoje, quais sejam: a lógica do desvio social, a do desvio moral e a tentativa de superação da ortopedia psiquiátrica clássica.

Na primeira os loucos e os desocupados terão seu lugar ao lado dos pobres também serão submetidos às regras do trabalho compulsório, com algumas distinções importantes, haja vista que os loucos eram considerados inábeis para o trabalho. Desse modo, o que os unia era a condenação ética e moral da ociosidade. Como observa Martins (2008) o trabalho era empregado como solução ao ócio. Forma encontrada pelo Estado e pela burguesia de manter afastado do convívio de todos os “desviantes da ordem social”, para tanto no século XVII foram construídos diversos espaços de confinamento aos “incapazes” ou “inválidos” para a vida produtiva.

A lógica do desvio moral é marcada por mudanças ocorridas no fim do século XVIII na Europa. Neste contexto a figura do médico assume um relevante papel e Pinel seu maior expoente aparece com uma série de críticas à atenção destinada aos loucos. Dentre as críticas estava à necessidade de criar um ambiente específico para alojá-los, e em meio a este contexto de segregação e confinamento da loucura, a psiquiatria adquire novo *status*, permeada de cientificismo.

Nesta conjuntura o trabalho reaparece como uma técnica no processo que envolve o lidar com a loucura, sua função é contribuir para a “correção dos desvios e o afastamento da loucura, reaproximando o doente da razão através da normatização” (MARTINS, 2008, p. 250).

Com Pinel a moral do trabalho se transformou no alicerce do funcionamento asilar, portador de grande valor terapêutico, “tornou-se o mais poderoso instrumento de cura, de manutenção de saúde, da ordem e dos bons costumes” (BIRMAN, 1978, p. 410).

Segundo Birman (1978, p. 441), Pinel afirmava que “o meio mais seguro e talvez a única garantia da manutenção da saúde, do bom comportamento e da ordem, é a lei de um trabalho mecânico rigorosamente executado.” Esta era à base do *tratamento moral*, proposto por Pinel. Diz-se que como algo relevante sobre o trabalho não foi instituído como medida de sanidade mental apenas no interior do asilo, ou ainda nas prisões. Tanto a valorização, quanto a dignificação do trabalho era fundamento para a constituição de uma sociedade em ascensão, organizada em torno da produção capitalista, a qual demandava a sujeição do ritmo da vida ao tempo da produção.

A indicação do trabalho como medida terapêutica nasce no bojo de reformas sociais, políticas e econômicas, da nascente sociedade industrial e da transformação da loucura em doença mental, que estavam em curso no final do séc. XVIII e início do XIX, na Europa, mais fortemente na França, “correspondia à moral da sociedade industrial fundada no trabalho”, nesta perspectiva “curar um homem para esta ordem, correspondia a devolvê-lo em estado ótimo para funcionar como força-de-trabalho” (Ibdem, p.412).

Porém no final do século XX novos questionamentos a respeito da loucura reaparecem. Se o século XVII foi caracterizado pelo grande internamento e o século XIX, pelos manicômios, o século XX foi assinalado pela Reforma Psiquiátrica, por um novo modelo, a saúde mental, sobretudo “a partir da segunda metade do século, no período pós-guerra, experiências da psiquiatria reformada surgem no cenário mundial” (GUERRA, p.29, 2008).

Neste contexto marca uma nova fase de críticas e questionamentos a psiquiatria tradicional. A assistência à saúde mental passou a se estruturar a partir de modelos abertos e comunitários, buscando o resgate da cidadania, da singularidade e da inserção social (GUERRA, 2008).

No caso do Brasil, conforme apontado neste capítulo, o modelo italiano teve uma influência marcante na condução das reformas legislativas, teóricas e práticas em direção à desinstitucionalização, inclusive no que diz respeito à inserção das pessoas em sofrimento psíquico no trabalho, principalmente, a partir da experiência italiana que desconstruiu e inventou novos serviços, dentre eles as cooperativas sociais, onde o trabalho foi pensado como uma possibilidade concreta de inserção social.

As primeiras experiências e projetos de geração de trabalho e renda para usuários de saúde mental no Brasil surgiram nos anos de 1990, dentre elas Leal (2008) destaca como grandes experiências:

- A Unidade de Reabilitação Psicossocial desenvolvida pelo Programa de Saúde Mental de Santos;
- A Associação Franco Basaglia, associação de pacientes, familiares e usuários do CAPS Luiz Cerqueira, em São Paulo;
- O Núcleo de Oficinas e Trabalho desenvolvido pelo Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, em Campinas.

Leal (2008) observa que o uso das oficinas geradoras de renda no campo da Reforma Psiquiátrica no Brasil é atividade recente, todavia em relação a outros países não é uma questão nova. Na realidade faz parte de uma tradição internacional da atenção psicossocial, a exemplo, a experiência americana, anglo-saxônica, francesa e italiana.

No que se refere à experiência italiana, Guerra (2008) destaca seu caráter de ruptura e superação do manicômio, em sua forma material e simbólica, substituindo-o por outros serviços. Nessa perspectiva crítica e política, questiona-se dentre outras práticas a utilização do trabalho (ergoterapia) com o intuito de manter os internos ocupados, ou ainda para explorar sua mão de obra.

Neste contexto o trabalho é pensado a partir da demanda que nasce da necessidade do contato com o social, da convivência com a realidade para além dos muros do espaço asilar de confinamento e exclusão, assim:

A noção de 'terapêutico' passa por metamorfoses ideológico-conceituais da idéia (pineliana) originária de se 'curar a doença mental', passando pelo conceito de 'promoção a saúde mental' (psiquiatria comunitária) até chegar à noção de 'ampliação das possibilidades de trocas na vida pública', associando o caráter político ao clínico com a psiquiatria democrática. Dessa forma, rompe com a base ergoterápica de utilização moral e educativa da atividade e do trabalho dentro do hospital, passando a tocar o território econômico e vivo no qual realmente se dão as trocas sociais. (GUERRA, 2008, p.31).

Essa análise da ênfase na história, no que diz respeito às origens do uso do trabalho, enquanto um recurso para manter a ordem social, pois tal análise mostra a possibilidade de repetição dessas práticas, às quais podem estar disfarçadas com o "discurso politicamente correto ou cientificamente suposto sobre a loucura".

No Brasil o uso do trabalho e das atividades relacionadas à saúde mental é influenciado pela psiquiatria democrática italiana. Conforme Amarante a partir dessa contribuição (1995) delinea-se um novo momento no panorama da saúde mental no Brasil. O louco deixa de ser um simples objeto de intervenção médica, para se tornar um ator de transformação da realidade, construtor de novas possibilidades, até então não vivenciadas. E, neste sentido, seja no ambiente das associações, ou em trabalhos culturais, operam-se novas formas de expressão política, social, cultural e de participação, que passam a construir um sentido de cidadania que outrora jamais havia sido consentido.

No que diz respeito às cooperativas⁴¹, segundo Amarante (1997) estas passam a envolver os usuários como sujeitos sociais ativos, rompendo com as noções de ergoterapia, arte-terapia e terapia ocupacional, uma vez que estes agem como um sujeito em sua possibilidade plena de produzir e criar. Assim para esse autor as cooperativas são:

Constituídas com o objetivo não mais terapêutico, isto é, rompendo com a tradição da terapia ocupacional, mas de construção efetiva de autonomias e possibilidades sociais e subjetivas. Por um lado, o trabalho nas cooperativas surge como uma construção real de oferta de trabalho para pessoas em desvantagem social para as quais o mercado não facilita oportunidades. Por outro, surge como espaço de construção de possibilidades subjetivas e objetivas, de validação e reprodução social dos sujeitos envolvidos em seus projetos (Ibdem, 1997, p.176).

Martins (2008) assinala a importância das iniciativas de geração de trabalho e renda na saúde mental, no que tange ao processo de reabilitação psicossocial, à medida que estas experiências contribuem para a participação na comunidade, ampliando a possibilidade de ressocialização, fornecendo ainda para além dos espaços dos empreendimentos, o incentivo a autogestão e a participação democrática; autonomia e protagonismo; aprimoramento de habilidades profissionais, favorecendo ainda descobertas pessoais e novas possibilidades de inserção social.

Do exposto, verifica-se que a correlação entre trabalho e saúde mental, é histórica e assume papéis diferentes, conforme o contexto político e social de cada época. Sendo adotado, em alguns casos, com o discurso moral e possibilidade de cura e em outros momentos como uma estratégia no processo de inserção social das pessoas com transtornos mentais. Ele tem sido capaz de responder as necessidades e/ou demandas destes? Qual é esse tipo de trabalho que mais uma vez entra em cena, e que adquire um novo papel: o de possibilitar, em tese, à autonomia, à emancipação, sobretudo à cidadania?

Com base na análise da Reforma Psiquiátrica no Brasil, passa-se para a análise desse processo no Pará, como pode ser verificado no próximo capítulo.

⁴¹ Importa ressaltar que o universo da economia solidária é formado por diferentes iniciativas, o qual pode ser dividido em: a) Empreendimentos de Economia Solidária (EES), tais como cooperativas populares, associações, bancos populares e clubes de trocas; b) Entidades de Apoio e Fomento (EAF), compostas, por exemplo, de incubadoras de universidades e de diversos tipos de entidades organizadas da sociedade civil c) instâncias governamentais, que tem como maior exemplo a Secretaria Nacional de Economia Solidária (SENAES); e d) fóruns e redes de articulação, como o Fórum Brasileiro de Economia Solidária.

CAPÍTULO III

A TRAJETÓRIA DA LOUCURA NO PARÁ: DA INTERNAÇÃO AOS SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS

Segundo Figueiredo & Rodrigues (2009) o problema da loucura, na Amazônia, ganha notoriedade entre médicos e governantes somente no término do século XIX, anterior a esse período não havia referência sobre a presença dos loucos no espaço público. Para os autores, quiçá, a primeira referência encontrada a esse respeito no Pará, foi registrada pelo historiador Arthur Vianna, o qual se refere à prisão de um indivíduo denominado José Raimundo, que recolhido no Hospital da Caridade, em decorrência de graves desordens não havendo espaço adequado para abrigá-lo, foi alojado na botica⁴² onde “quebrou vidraças e móveis, forçou as portas e fugiu para a cozinha, fazendo aí grandes desatinos”⁴³.

A partir dos registros esparsos nos documentos do referido hospital, tal como nos policiais que são revelados a presença da circulação na cidade de Belém, de “vadios”, “mentecaptos”, ciganos, entre outros, sujeitos que traziam preocupação por parte das autoridades locais, uma vez que sua presença “destoava com o discurso de limpeza urbana que tomou conta da agenda pública na virada do século XIX para o XX”⁴⁴.

Os autores observam que nesse período houve a intensificação por uma resposta ao problema da circulação dos loucos na cidade, para tanto foi criada uma intuição com a finalidade de recolhê-los “a ferro, como presos de alta periculosidade, os doentes mentais mofavam nas celas das cadeias da cidade”⁴⁵.

Sarges (2002) aponta que ocorreu na cidade de Belém no final do século XIX ao início do século XX, um processo de reforma urbana. Neste contexto a capital paraense, dada a economia de exportação, sofreu graves consequências decorrentes do *boom* da borracha, a exemplo: o crescimento populacional, o

⁴² Denominação dada na época a Farmácia.

⁴³ VIANNA, 1902 apud FIGUEIREDO; RODRIGUES, 2009, p. 44.

⁴⁴ FIGUEIREDO; RODRIGUES, 2009, p. 44.

⁴⁵ Idem.

aumento da insalubridade, bem como a escassez, habitacional, resultando no agravamento dos problemas sociais.

A fim de enfrentar a crise urbanística, tal como, restaurar o espaço urbano, a elite local impôs ao Estado o encargo “de direcionar a atividade econômica, de planejar a cidade e criar mecanismos de controle da vida social de seus habitantes” (Ibdem, p. 185).

Sarges (1999, p. 58) esclarece que para difundir o ideal de moralidade, limpeza e higiene relacionado aos desígnios republicanos de ordem e progresso “o poder público impôs à cidade uma disciplinarização do espaço expressa na revisão do código de posturas, adequando-os aos novos métodos de modernidade”. A autora analisa as transformações ocorridas no espaço urbano da capital paraense, em sua relação com a renovação material sucedida na cidade de Paris na metade do século XIX. Para autora, essas alterações no espaço urbano estavam diretamente relacionadas com a intenção de introduzir, na cidade, um princípio de racionalidade, ordenação, mobilidade na circulação de pessoas e mercadorias, trazendo como resultando “a regulação cotidiana da cidade que ia desde a fiscalização dos gêneros destinados ao consumo, passando pelo asseio das vias públicas, segregação dos pedintes, loucos e embriagados até a moral e os bons costumes”.

Santana (2006) observa que nesse período histórico, verificou-se amplo controle sobre a vida social, havia tanto uma normatização dos espaços, como também dos sujeitos sociais. E considerando a pretensão do governo de elevar a cidade de Belém ao modelo “civilizatório” europeu, foram criados os códigos de posturas municipais, os quais tinham por escopo disciplinar o uso do espaço urbano por parte da população, estabelecendo regras de higiene e padrões de comportamento, para tanto havia uma vigilância dos moradores, fazendo uso da força policial.

Para Silva (2005, p. 54) ressalta que entre as regras existentes no código de postura da municipalidade de 1880, o artigo 89 estabelecia que “os loucos que andarem vagando pelas ruas ou praças da cidade serão entregues as pessoas incumbidas de sua guarda, ou na falta d’estas, serão recolhidas a lugar para este fim determinado”. Sob a justificativa de mostrar aos investidores estrangeiros uma cidade limpa e segura no que concerne ao controle daqueles que aos olhos da elite local eram considerados “desregrados sociais”.

As primeiras instituições hospitalares psiquiátricas passaram a existir no Brasil e no Estado do Pará na metade do século XIX, no período colonial. Na capital paraense, em 1833 a Santa Casa de Misericórdia, ficava sob a responsabilidade da Igreja Católica e prestava assistência pública aos “enfermos mentais”, em um espaço denominado por Enfermaria dos Lázaros (PEDROSO, 2008).

Os denominados “enfermos mentais” ficavam em celas e de elas saíam, somente após a morte ou ainda depois de uma avaliação esporádica dos dirigentes da Santa Casa. Pedroso (2008) observa que neste contexto não existia uma medicina apta para atender tais pacientes no hospital, sendo os serviços realizados, por esta instituição, incompatíveis com a necessidade dos mesmos.

Assim, era uma questão de tempo para que se sucedesse um processo de “saturação psiquiátrica” ⁴⁶ dada às condições de humilhação, violência e autoritarismo em que os pacientes eram submetidos, fatores que acarretavam o aumento da cronificação.

Conforme Pedroso (2008) a fim de solucionar a questão do inchaço da Santa Casa, na década de 1870, a direção do hospital recorreu ao governo imperial e estadual, com a finalidade de propor parceria para ampliação da ala psiquiátrica, em virtude da carência de uma estrutura hospitalar adequada, os internos foram transferidos para o asilo do Tucunduba, do mesmo modo Figueiredo & Rodrigues (2009) observam que o espaço da Santa Casa era pequeno, e havia procura pela população, por internação de familiares, além do recolhimento por parte da polícia urbana dos loucos de rua, fatores que resultaram na necessidade de buscar um local mais amplo.

Deste modo, com sete loucos, em 1871 foi inaugurado o Asilo de Alienados do Tucunduba. No entanto, o mesmo não oferecia boas condições de atendimento, na realidade, era um *depósito* de enfermos, o qual ficava localizado distante do centro da cidade, originalmente dirigido pela Irmandade da Misericórdia. Abrigava hansenianos, “doentes” mentais, bem como, alguns casos de doenças contagiosas (PEDROSO, 2008).

⁴⁶ PEDROSO, 2008, p. 93.

Dadas às inúmeras fugas dos loucos do referido Asilo, responsáveis pelas ameaças e perturbações a ordem social, foi assinado por profissionais da época, dentre eles, funcionários públicos, e liberais um documento solicitando ao governo, um Hospital de Alienados, preocupados com o perigo que estes representavam, e considerando que a partir do crescimento da cidade, o asilo perdera seu isolamento, bem como, sua incomunicabilidade, diante das constantes fugas, a sociedade fazia um pedido de saneamento técnico, a fim de excluir a loucura. Mediante um discurso segregatório, os loucos que vagavam pelas ruas eram vistos como improdutivos, além disso, existia uma repulsa aos males que estes podiam ocasionar.

Pedroso (Ibdem, p. 99) citando o editorial de “A Província do Pará” (1887), e o documento “Belém necessita de um Hospital de Alienados”, ressalta que ambos demonstravam o imperativo de que “os alienados tinham que admitir a organização hospitalar, em sua ideologia e em seus ditames psiquiátricos” e nesse caso, o trabalho terapêutico, realizado no hospital ou no asilo deveria estabelecer restrições. O autor observa que uma das práticas terapêuticas mais incentivadas foi o trabalho nas colônias agrícolas, espaço de reabilitação social⁴⁷.

Nessa perspectiva, o governador da época José Paes de Carvalho compartilhou da ideia de trabalho agrícola, propondo que os hospitais e asilos para alienados deveriam ficar localizados em um ambiente rural, como uma das formas de tratamento. Além do ambiente novo o mesmo indica a necessidade de cuidados médicos, ou seja, nas palavras de Pedroso (2008, p. 102) “o governador propunha a associação da exclusão à aquisição de uma base técnica como meio para combater a doença mental”. Porém, observa Figueiredo & Rodrigues (2009) no Pará a colônia agrícola para alienados, não pode ser implementada em decorrência da crise da borracha, instaurada a partir de 1910.

Segundo Braga (2009) em 1887 foi autorizada a construção do Hospício de Alienados, que inaugurado cinco anos depois, em 1892, passou a receber os doentes do Tucunduba. Um dos fatores que colaboraram para a concretização do Hospital dos Alienados foi sua localização geográfica, situado no final do Marco da

⁴⁷ Conforme o autor, a referida experiência foi iniciada na entrada do século XX, por Franco da Rocha, no estado de São Paulo, todavia como ressaltado anteriormente buscava-se reproduzir, de modo artificial, o ambiente rural daquele período (RESENDE, 2007).

Léguas, o qual com o passar dos anos mudou sua denominação para Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira⁴⁸.

Assim como a Santa Casa e o Asilo do Tucunduba, o Hospital dos Alienados reproduziu o isolamento geográfico-espacial, conforme outros espaços destinados aos alienados no Brasil (PEDROSO, 2008).

Além desse fator, há Fuckner (2009) a construção do referido hospital no Pará, estava relacionado ainda a uma grande reforma estabelecida no país, e uma série de medidas higienizadoras, que, no caso de Belém, havia sido instituída por Antônio Lemos.

Para Pedroso (2008, p. 106) a construção do Hospital representou apenas a transferência dos doentes do Asilo do Tucunduba para um espaço onde “se concentrava um amontoado de loucos, vigiados por uma equipe de médicos e enfermeiros e controlados por funcionários”.

Pedroso (2008, p.106) observa que o Hospital dos Alienados tinha uma tendência a medicalização, “é uma fase de legitimação científica”, sendo que a proposta de reestruturação dos serviços hospitalares ficava restrita ao melhoramento da planta física, a reformulação administrativa e a redistribuição dos leitos, assim como, das medidas que disciplinaram as internações dos alienados. Havia uma ampla incapacidade de lidar com aspectos sociais, psicológicos e culturais dos pacientes, de modo que era quase nula a possibilidade de reintegração e de ressocialização.

Goffman (2008, p.16) analisa o caráter de fechamento destas instituições, criando-se, desse modo, uma barreira entre interior e exterior “o caráter total é simbolizado pela barreira à relação social com o mundo externo e por proibições à saída que muitas vezes estão incluídas no esquema físico- por exemplo, portas fechadas, paredes altas, arame farpado, fossos”.

Como observa Pedroso (2008, p.109) a “exclusão implicava em vigília cotidiana, transitada e julgada pela sociedade, que *automaticamente recusava* àqueles que não se adaptavam às condutas da própria sociedade”. O que justifica a ausência segundo o autor de registros de estatísticas atinentes à ressocialização das pessoas com transtornos mentais no estado.

⁴⁸ Em homenagem ao Psiquiatra Juliano Moreira.

Constata-se nos estudos realizados por Pedroso (2008, p. 112) a história da loucura revela a apropriação e o sequestro de identidades, um processo de medicalização, disciplinamento, de inscrição de amplos segmentos sociais no âmbito de um saber que promove a exclusão e a tutela, em “uma instituição hospitalar que custodia e violenta o paciente”. Revela ainda, que pouco se discutiu sobre a perspectiva extra-hospitalar no estado.

Nessa perspectiva Pedroso observe que no ano de 1965 a Secretaria de Estado de Saúde Pública - SESPA recebeu um documento da Organização Mundial de Saúde – OMS, o qual recomendava que:

O isolamento psíquico por motivos baseados na personalidade, nos interesses diferentes, no temperamento, em pontos de vista, atitudes e sentimentos de indivíduos não podia ser considerado fora dos padrões de uma sociedade democrática. (PEDROSO, 2008, p.p. 138-139)

O referido documento da OMS leva ao estabelecimento de uma unidade ambulatorial, cujos objetivos seriam: promover a redução do volume de internações que não haviam sido realizadas com triagem; reduzir a permanência do paciente, em regime de internação e ainda agilizar o atendimento ambulatorial e a avaliação do caso. No entanto, como observa o autor à proposta da OMS não teve sucesso, e distinto da realidade de outros estados e países, em que a tendência era a redução das internações, no Pará as internações não cessavam de crescer, somado a isso, foi dada evidência na institucionalização dos doentes. Processo observado nos investimentos financeiros realizados entre as décadas de 1950 a 1960, em que apenas 3% eram destinados aos serviços ambulatoriais, enquanto 97% a hospitalização.

Pedroso (2008) aponta as dificuldades dos serviços hospitalares em recuperar e reintegrar os pacientes, o que resultava no aumento do número de internados e no tempo de permanência no hospital. Sendo essa situação agravada, no ano de 1968, com a reunião dos Institutos de Assistência e Previdência (IAP), em um único órgão, o Instituto Nacional de Previdência social (INPS) em que a atribuição da formulação da Política Nacional de Saúde é transferida ao Ministério da Saúde. O autor salienta que essas ações “privilegiavam uma assistência eminentemente curativa, individual e especializada, executada mediante a contratação de serviços de terceiros e de hospitais da rede privada”.

Para Nascimento (2009) o Pará reproduziu a lógica da exclusão social e do descaso com as mínimas condições de cuidados as pessoas em sofrimento psíquico. Um exemplo dessa realidade foi o incêndio ocorrido em partes das instalações do hospital Juliano Moreira em 1982, bem como, o desabamento de uma de suas alas.

Conforme Braga (2009) em 1984, o hospital Juliano Moreira deteriorado em virtude do incêndio de 1982, foi desativado, permanecendo somente o pavilhão “Benedito Klautau” e o seu anexo “Aluizio Fonseca”. Este último transformou-se em Unidade de Referência Psiquiátrica, com atendimento de urgência e emergência, com trinta leitos para internações breves. Realidade que resultou em impactos, haja vista o aumento da demanda resultante da redução drástica de leitos.

No ano de 1989, foi inaugurada a Unidade Psiquiátrica do hospital de Clínicas “Gaspar Viana”, dotada de serviço de urgência e emergência, de ambulatório, de enfermarias de internação breve, prolongadas e de hospital-dia, dando início a uma política de incremento ao atendimento ambulatorial (BRAGA, 2009).

Foi somente a partir da década de 1990 que a política de assistência à saúde mental se delineou sob novo percurso, com o processo de construção de uma rede assistencial.

Por meio da análise da trajetória da saúde mental no estado, pode-se verificar que a condução da assistência psiquiátrica ao longo dos anos foi marcada pelo isolamento e violência, demonstrando que as mudanças quanto à organização dos cuidados a pessoa em sofrimento psíquico foi relativamente incipiente e de natureza quantitativa, no primeiro momento, estes ficavam nas dependências da Santa Casa de Misericórdia, sob os cuidados de freiras, em seguida ao Asilo do Tucunduba até a construção do Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira, que reproduziu assim como os demais: o isolamento social, a perda de liberdade e da cidadania. Tal análise demonstra o quão difícil é a construção de um novo modelo de atenção à saúde mental que não repita a função controladora e segregatória dos hospitais psiquiátricos.

Diante disto a assistência psiquiátrica no Pará, em sua prática privilegiou o “isolamento, a incomunicabilidade e a passividade” de modo que os serviços de saúde mental “estiveram dissociados das necessidades do sujeito que sofre”, além

disso, considerou como “prioridade o tratamento das pessoas já doentes” (PEDROSA, 2008, p. 178).

3.1 A Atenção à Saúde Mental no Pará: destaque para os serviços substitutivos

A Reforma Psiquiátrica Brasileira tem sido construída de modo distinto, conforme as particularidades regionais. O Pará está entre aqueles estados em que a promoção da atenção à saúde mental, constitui-se um desafio.

No que concerne a esse processo de mudança do modelo assistencial no Pará, Nascimento (2009) aponta como uma singularidade, o seu atraso em relação aos demais estados do país e a ausência de grandes estruturas manicomiais, este último, considerado pelo autor um aspecto positivo no processo de Reforma. O mesmo esclarece que a luta antimanicomial⁴⁹ no Estado tem-se firmado contra o preconceito, e ainda no enfrentamento a carência de ofertas de serviços substitutivos à população.

Nascimento (2009) demonstra a importância desse movimento no Estado, o qual contribuiu para um cenário promissor no campo da saúde mental, sobretudo com a implementação em Belém, de quatro CAPS, ainda com a criação da Lei Municipal de Saúde Mental (Lei 7892/98).

O Movimento da Luta Anti-Manicomial – MLA reivindica o fim da desassistência, de cárceres privados e da política de aumento de leitos psiquiátricos, na defesa da promoção de uma assistência fundamentada em uma lógica distinta da manicomial, pautada no resgate do exercício da cidadania das pessoas com sofrimento mental. Nesta perspectiva, tem atuado na defesa da saúde mental, suas ações buscam contribuir de forma expressiva na construção de serviços substitutivos, dentre eles os serviços de saúde mental do município de Belém (Casa Mental do Adulto – CAPS III, Casa Mental da Criança e do Adolescente – CAPS I, Casa Mental de Mosqueiro – CAPS I e a Casa AD – CAPS

⁴⁹ Os princípios do Movimento da Luta Anti-Manicomial - MLA estenderam-se por todo o país e transformações passaram a ocorrer gradualmente, com dificuldades e grandes obstáculos de natureza econômica, política e social. No Estado do Pará, o MLA foi constituído no final da década de 90 e, ao longo desses anos tem efetivado a luta em prol de um investimento ativo na Reforma Psiquiátrica por parte do poder público

AD para tratamento de usuários de álcool e outras drogas) rede substitutiva que começou a ser organizada somente a partir da década de 90.

Como se viu até o momento, à atual política de saúde mental no Brasil, alinhada aos pressupostos da Reforma Psiquiátrica recomenda a progressiva substituição dos hospitais psiquiátricos por uma rede de serviços de atenção em saúde mental, constituída por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); Ambulatórios de Saúde Mental; Residências Terapêuticas; Centros de Convivência e Cultura; Serviços de Saúde Mental e Emergências Psiquiátricas em Hospitais Gerais e ainda atendimento em saúde mental na Rede Básica de Saúde.

Dentre esses serviços os CAPS são considerados a principal estratégia política de assistência e para a organização da rede de atenção a saúde mental, em consonância com a Reforma Psiquiátrica no Brasil. São dispositivos que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), criados com o fito de substituir o hospital psiquiátrico clássico, constituindo-se como locais abertos ao acolhimento, tratamento e (re) inserção do louco no seio familiar e social (BRASIL, 2004). Por meio de modalidades⁵⁰ de serviços:

CAPS I – Têm menor porte e capacidade operacional para dar cobertura assistencial a uma população entre 20.000 e 70.000 habitantes. Funciona em regime de 2 turnos.

CAPS II – Têm capacidade operacional para dar cobertura assistencial a uma população entre 70.000 e 200.000 habitantes. Funciona em regime de 2 turnos.

CAPS III - Têm capacidade operacional para dar cobertura assistencial a uma população acima de 200.000 habitantes. Funciona 24 horas, diariamente, inclusive fins de semana e feriado. Tem no máximo 5 leitos para observação e/ou repouso.

CAPSiI - Têm capacidade operacional para dar cobertura assistencial a uma população acima de 200.000 habitantes ou outro parâmetro populacional justificado pelo gestor local. Funciona em regime de 2 turnos. Tem como público alvo crianças e adolescentes com transtornos mentais.

CAPS ad - Têm capacidade operacional para dar cobertura assistencial a uma população acima de 100.000 habitantes ou outro parâmetro populacional justificado pelo gestor local. Funciona em regime de 2 turnos, com 2 a 4 leitos para desintoxicação e repouso. Seu público alvo é paciente com transtornos decorrentes do uso e/ou dependência de álcool e outras drogas.

⁵⁰ Ver Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 que define e caracteriza as modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial na rede do Sistema Único de Saúde – SUS.

Para Delgado et al. (2007, p. 59), os CAPS são serviços de saúde abertos e comunitários, os quais oferecem atendimento diário às pessoas com transtornos mentais, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social destas pessoas por meio do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Conforme o Ministério da Saúde compete a serviços:

- prestar atendimento em regime de atenção diária;
- gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado;
- promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas. Os CAPS também têm a responsabilidade de organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território;
- dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, PSF (Programa de Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde);
- regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área;
- coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território;
- manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental (BRASIL, 2004, p. 13).

Entretanto, para garantir os referidos objetivos esses serviços necessitam estar articulados não somente a rede de serviços de saúde, mas também a outras redes sociais, de outros setores afins, utilizando recursos afetivos (as relações pessoais, familiares, amigos, vizinhos e etc.), sociais (moradia, trabalho, escola, esporte e etc), econômicos, culturais e de lazer, para fazer face à complexidade das demandas de inserção daqueles que foram segregados da sociedade por transtornos mentais (BRASIL, 2004). Como se ver na Figura 1

Figura 1 – Rede de Atenção a Saúde Mental



Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2004, p. 11.

O CAPS vem se apresentando como um serviço proposto dentro da Reforma, de aproximação dos espaços, onde os indivíduos comumente vivem, seja em casa, no trabalho ou na escola, para que sua reinserção social e seu retorno ao convívio em comunidade ocorram sem maiores dificuldades (BRASIL, 2004).

Entretanto, o exercício do trabalho em rede, que garanta o bom funcionamento destes serviços constitui um grande desafio. Como a figura demonstra, esta estratégia não pode ser formulada ou implementada de forma fragmentada, é necessário promover a integração e articulação entre as políticas, as quais necessitam ser trabalhadas em conjunto, no diálogo entres os campos da educação, da inserção no mundo do trabalho, da cultura, do esporte e lazer, da saúde e assistência social.

Este aspecto da transversalidade aparece como um dos elementos fundamentais para evitar que os serviços substitutivos permaneçam voltados sobre

si mesmos, ou seja, “permaneçam exclusivamente referidos à malha formada pelos dispositivos sociais que tomam a experiência da loucura exclusivamente em seu aspecto negativo”. A ausência de articulação aumentaria o risco de os serviços de base territorial repetirem as características próprias das estruturas asilares (LEAL, 2008, p. 12).

Para tanto é importante observar que os CAPS são espaços de acolhimento às pessoas com transtornos mentais, seus objetivos perpassam pelo estímulo a integração social e familiar; apoio em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecendo a este atendimento médico, social e psicológico, mas, sozinhos correm o risco de não alcançar esses objetivos.

O primeiro serviço substitutivo ao manicômio em território brasileiro, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Professor Luiz da Rocha Cerqueira, foi criado em 1987, em São Paulo, marcando o formato de outros Centros que, a partir dos anos de 1990, espalharam-se pelo país⁵¹. A partir dessa década, verificou-se uma crescente ampliação desses serviços e um acelerado aumento a partir de 2002. Os CAPS passam de 424 para 1123, no ano de 2007, atualmente totalizam cerca de 1650⁵², o que demonstra um avanço na criação desses serviços (BRASIL, 2007).

No entanto, todas as conquistas no campo da reforma psiquiátrica, na prática a reestruturação da assistência tem acontecido de forma heterogenia. No caso do Estado do Pará, Nascimento (2009) observa que malgrado os avanços, considerando o atraso na implementação da reforma no estado, a realidade atual impõe dois desafios: o primeiro, relacionado à construção da rede substitutiva, restringida ao CAPS e a retaguarda hospitalar⁵³, e o segundo diz respeito à própria necessidade de expansão da rede de CAPS.

⁵¹ “A criação desse CAPS e de tantos outros, com outros nomes e lugares, fez parte de um intenso movimento social, inicialmente de trabalhadores de saúde mental, que buscavam a melhoria da assistência no Brasil e denunciavam a situação precária dos hospitais psiquiátricos, que ainda eram o único recurso destinado aos usuários portadores de transtornos mentais” (BRASIL, 2004, p. 12).

⁵² Ver Tabela 2, p. 72.

⁵³ Conforme dados do Ministério da Saúde, existem cadastrados no estado do Pará 19 estabelecimentos de saúde, os quais disponibilizam no total 174 leitos do tipo psiquiátrico, sendo 34 deles são da rede privada (<http://cnes.datasus.gov.br>, acessado em 01/02/2012).

Os desafios apontados pelo referido autor, tornam-se perceptíveis a partir dos dados disponibilizados, na tabela 2⁵⁴, pelo Ministério da Saúde sobre a atual rede de CAPS existente no país. Observa-se que no Estado do Pará existem atualmente, 45 CAPS. De acordo com dados da Coordenação Estadual de Saúde Mental (ver tabela anexa), a rede assistencial de saúde mental conta atualmente com 66 serviços substitutivos (CAPS) nas diversas modalidades de atendimento, quais sejam: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS Ad e CAPS i, no entanto, dentre eles, 49 serviços são habilitados juntos ao Ministério da Saúde os demais se encontram em funcionamento, porém aguardando habilitação, a referida informação corresponde com os dados disponibilizados pelo DATASUS.⁵⁵

⁵⁴ Ver página 72.

⁵⁵ Conforme dados do Ministério da Saúde, existem cadastrados no estado do Pará 66 Centros de Atenção Psicossocial. (<http://cnes.datasus.gov.br>, acessado em 01/02/2012).

Tabela 2 – Centros de Atenção Psicossocial distribuídos por tipo, UF e Indicador CAPS/100.000 habitantes por UF

UF	População	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPS ad	CAPSad III	Total	Indicador CAPS/100.000 hab
Acre	732793		1			1		2	0,27
Alagoas	3120922	37	6		1	2		46	0,88
Amazonas	3480937	5	4	1				10	0,23
Amapá	668689				1	2		3	0,45
Bahia	14021432	121	31	3	7	16		178	0,85
Ceará	8448055	45	29	3	6	17		100	0,94
Distrito Federal	2562963	1	2		1	2		6	0,21
Espírito Santo	3512672	7	8		1	3		19	0,44
Goiás	6004045	11	14		2	4		31	0,42
Maranhão	6569683	36	13	1	3	6		59	0,63
Minas Gerais	19595309	81	46	8	12	20		167	0,67
Mato Grosso do Sul	2449341	9	6	1	1	4		21	0,69
Mato Grosso	3033991	24	2		2	5		33	0,69
Pará	7588078	24	12	1	2	6		45	0,44
Paraíba	3766834	38	8	3	7	8		64	1,23
Pernambuco	8796032	26	18	2	6	12		64	0,59
Piauí	3119015	27	6	1	1	4		39	0,83
Paraná	10439601	35	27	2	8	22		94	0,74
Rio de Janeiro	15993583	34	39	1	16	18	1	109	0,58
Rio Grande do Norte	3168133	12	11	1	2	6		32	0,84
Rondônia	1560501	11	5			1		17	0,74
Roraima	451227	1				1		2	0,33
Rio Grande do Sul	10695532	65	37		15	24		141	1,01
Santa Catarina	6249682	43	13	2	6	11		75	0,87
Sergipe	2068031	19	4	3	2	4		32	1,16
São Paulo	41252160	61	76	22	30	62		251	0,56
Tocantins	1383453	7	2			1		10	0,47
Brasil	190732694	780	420	55	132	262	1	1650	0,68

Fonte: Saúde Mental em dados, nº 9, p. 7, Brasília, 2011.

Considerando o quadro acima, o Pará se encontra numa posição entre os 4 Estados com a menor cobertura de saúde mental do país, junto com os Estados da região Norte: Amazonas e Amapá.

Há uma pequena diferença de dados, fator que pode estar relacionado ao período de realização da pesquisa, entretanto, importa analisar que apesar dos 66 serviços em funcionamento, há ainda uma carência destes serviços, considerando a grande extensão territorial do Estado, constituída por municípios

pequenos, distantes entre si, em alguns casos com acessibilidades que dependem de transporte fluvial, características que dificultam o acesso à rede de saúde pública de um modo geral, permanecendo, desta feita o desafio da expansão de serviços às populações.

Desta feita, verifica-se que avanços, a política de saúde mental no país ainda enfrenta dificuldades e tem sido edificada de modo heterogêneo. Algumas regiões avançaram nas transformações da assistência psiquiátrica por meio da implantação de serviços substitutivos, tais como: CAPS, NAPS, CERSAM's, Residências Terapêuticas, Centros de Convivências, Hospital-Dia, inclusão da Saúde Mental na Atenção Básica e no Programa de Saúde da Família - PSF, projetos de inserção no trabalho e cooperativas, entre outros dispositivos que buscam assinalar um novo lugar às pessoas com sofrimento psíquico, promovendo ações destinadas ao processo de inserção dessas na rede social⁵⁶.

No que concerne à residência terapêutica, apesar destas se constituírem como dispositivos estratégicos no processo de desinstitucionalização de pessoas que permaneceram um logo período de suas vidas internadas, a cobertura e a expansão do número de moradias no país ainda é um grande desafio.

De acordo com o Ministério da Saúde (2011) a expansão desses serviços foi uma das principais preocupações do processo de desinstitucionalização nos últimos anos, a cobertura das residências no país, ainda é baixa. Entre os fatores que dificultam essa expansão estão às dificuldades políticas e técnicas dos processos de desinstitucionalização, as questões sócio-culturais emergentes na resistência das comunidades ao processo de reintegração de pacientes de longa permanência e a baixa articulação entre o programa e a política habitacional dos estados.

No caso do Estado do Pará conforme informação da Coordenação Estadual de Saúde Mental existe atualmente somente uma única Residência Terapêutica, localizada na capital paraense. Diante desse cenário, Nascimento (2009) enfatiza que é premente a necessidade de implantação por parte dos gestores municipais de dispositivos como o programa de volta pra casa⁵⁷,

⁵⁶ Outras regiões como a Amazônia ainda estão buscando implementar uma rede estruturada de serviços de atendimento na capital e no interior do estado.

⁵⁷ Conforme dados do Ministério da Saúde (2011) o Programa de Volta para Casa, que estabeleceu em 2003 (Lei 10.708/03) o auxílio-reabilitação psicossocial para egressos de longas internações

residências terapêuticas, a saúde mental na atenção básica, entre outras ações, como o fomento a geração de trabalho e renda.

O autor ressalta uma importante conquista para o avanço da Reforma no Estado, a aprovação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), no dia 13 de agosto de 2008, da implantação de 5 CAPSIII, 1 CAPS na região do Marajó⁵⁸; 2 residências terapêuticas há 8 núcleos de apoio ao Programa Saúde da Família, com a participação de um profissional de saúde mental em cada núcleo. Todavia no que se refere às residências terapêuticas, como apontado, até o momento somente um desses serviços foi implementado no Estado e em relação à região do Marajó, segundo dados da Coordenação Estadual de Saúde Mental há 4 CAPS (modalidades I e II) nos municípios: Soure, Breves, Melgaço e Portel.

A rede nacional de saúde mental conta atualmente com 1.650 CAPS, 596 Residências Terapêuticas, 3.832 beneficiários do Programa De Volta Para Casa, 92 Consultórios de Rua e ainda, 640⁵⁹ iniciativas de inclusão social pelo trabalho de pessoas com transtornos mentais, de acordo com o Cadastro Nacional das Iniciativas de Inclusão Social pelo Trabalho (CIST).

No estado do Pará a atual rede de atenção à saúde mental é composta pelos seguintes serviços, conforme tabela a seguir:

Tabela 3 - Rede de Atenção à Saúde Mental no Estado do Pará

SERVIÇOS	QUANTIDADE
Centros de Atenção Psicossocial (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS Ad e CAPS i)	66
Serviço Residencial Terapêutico	01
Hospital das Clínicas	01

psiquiátricas, tem sido de fundamental importância para o processo de desinstitucionalização no Brasil. Malgrado os avanços alcançados nos últimos anos existe uma grande dificuldade para a desinstitucionalização da população moradora de Hospitais Psiquiátricos, o número de beneficiários do Programa de Volta para Casa ainda é muito baixo apenas 1/3 do número estimado de pessoas internadas com longa permanência hospitalar no Brasil recebe o benefício.

⁵⁸ “Arquipélago, formado por um conjunto de ilhas que constitui a maior ilha fluvial do mundo, com 49.606 Km², está integralmente situado no Estado do Pará e constitui-se numa das mais ricas regiões do País em termos de recursos hídricos e biológicos” (BRASIL, 2007, p. 7). São 16 municípios que compõem a mesorregião geográfica do Marajó.

⁵⁹ Ver nota de rodapé, p.19.

Em relação à geração de trabalho e renda e saúde mental no Estado do Pará, a Coordenação Estadual de Saúde Mental por ter passando por um processo de mudança na gestão, não pode informar no período em que a pesquisa foi realizada, a existência de uma política direcionada para esta área, apesar de ter conhecimento de algumas experiências realizadas em alguns CAPS, não sabia informar a respeito de um mapeamento delas, sobre o que? Ou como produziam.

Por meio da pesquisa, verificou-se uma fragilidade dessa política no Estado, malgrado, constitui-se enquanto uma política de caráter nacional. Vale ressaltar ainda que essa realidade faz parte do próprio movimento de economia solidária no Estado, pois distinto de outras regiões do país, não apresenta uma articulação nessa área, tão pouco um grupo de trabalho para discutir a temática. Há somente o interesse, conforme informado pela Coordenação Fórum Estadual de Economia Solidária, em constituir esse grupo, dada a importância da articulação entre as políticas. Assim, serão consideradas nesta dissertação somente as iniciativas mapeadas pelo Governo Federal, no total de 06 iniciativas.

Tendo em vista este panorama, observa-se que a condução da política de saúde mental, tem sido assinalada pela diversidade e por fortes desigualdades regionais, que revela sua complexidade.

3.2 Experiências de inserção social e produtiva de pessoas com transtornos mentais

No Estado do Pará às atividades sociais e produtivas relacionadas à saúde mental fazem parte das ações de um serviço substitutivo o CAPS, por meio das oficinas, em outros casos elas são incentivadas a partir desses espaços como é o caso da Associação Brilho e Luz. Experiências que revelam a necessidade de ampliação da possibilidade de intervenção na esfera do trabalho, moradia, lazer, entre outros.

⁶⁰ Essas iniciativas serão trabalhadas no subitem: **Experiências de inserção social e produtiva de pessoas com transtornos mentais.**

De acordo com o Ministério da Saúde nos CAPS as oficinas são desenvolvidas com o objetivo de promover uma maior integração social e familiar; a manifestação de sentimentos e problemas; o desenvolvimento de habilidades corporais; a realização de atividades produtivas; o exercício coletivo da cidadania. E podem ser classificadas de modo geral em:

•**Oficinas expressivas:** espaços de expressão plástica (pintura, argila, desenho etc.), expressão corporal (dança, ginástica e técnicas teatrais), expressão verbal (poesia, contos, leitura e redação de textos, de peças teatrais e de letras de música), expressão musical (atividades musicais), fotografia, teatro;

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

•**Oficinas de alfabetização:** esse tipo de oficina contribui para que os usuários que não tiveram acesso ou que não puderam permanecer na escola possam exercitar a escrita e a leitura, como um recurso importante na (re)construção da cidadania (BRASIL, 2004, p. 20, 21).

No Estado do Pará, por meio dos dados do Ministério da Saúde (2011) e ainda dados referentes ao CIST, há atualmente cadastrados seis (6) iniciativas de geração de trabalho e renda em saúde mental, conforme organizadas na tabela abaixo:

Tabela 4 – Iniciativas de geração de trabalho e renda em saúde mental no Pará

MUNICÍPIO	NOME DA INICIATIVA	PRODUTOS E SERVIÇOS
Belém	Oficina de corte e costura	Confecção
Belém	Caminhando Rumo a Cidadania	Marcenaria e Confecção
Belém	Projeto de Inclusão Social pelo Trabalho/ Caps Icoarací	Confecção e Produtos Alimentícios
Bragança	Oficinas de Reciclagem	Reciclagem
Canaã dos Carajás	Associação Cultural e Esportiva Cavaleiros da Dama	Reciclagem, Confecção e Esporte
Conceição do Araguaia	Arte-Tude: Arte que constrói o futuro	Confecção, Cerâmica e artesanato

Fonte: Cadastro de Iniciativas de Inclusão Social pelo trabalho.

Apesar de cadastradas e fazer parte da estatística nacional de iniciativas de geração de trabalho e renda e saúde mental, encontradas nos documentos oficiais do governo federal, algumas dessas iniciativas não foram efetivadas.

Consoante contato institucional o **Projeto de Inclusão Social pelo Trabalho/ CAPS Icoaraci**, não foi concretizado. As atividades de geração de trabalho e renda neste CAPS são realizadas por meio de oficinas, fruto da iniciativa da equipe técnica e do interesse de alguns usuários. Conforme a direção “ainda são poucos os incentivos relacionados à geração de trabalho e renda e saúde mental no Estado, os projetos existentes são resultados do trabalho dos membros dos CAPS, os quais reconhecem a importância e a necessidade de promover a inserção social por meio do trabalho” (sic).

Em relação à **Oficina de Corte e Costura do CAPS Renascer**, de acordo com as informações da vice-coordenação do CAPS a iniciativa existiu, a pessoa responsável por prestar maiores informações encontrava-se, no período em que foi realizada a pesquisa, afastada das atividades do CAPS em virtude de licença saúde. Portanto, em relação a essa atividade não foi possível constatar sua efetividade e resultados.

Já em relação à iniciativa “**Caminhando Rumo a Cidadania**”, segundo informações de um dos técnicos do CAPS foi realizada durante um período, tendo a venda dos produtos comercializada em uma barraca da Praça da República, a iniciativa deixou de existir em decorrência de problemas relacionados à gestão, quanto a esse aspecto somente o Coordenador do CAPS poderia esclarecer, entretanto, apesar dos contatos não foi possível captar as razões para o término do projeto.

Diferente das demais iniciativas a **Oficina de Reciclagem do CAPS de Bragança** ainda está sendo desenvolvida, informações cedidas pela técnica do CAPS esse projeto iniciou primeiramente a partir da participação de alguns usuários no curso de reciclagem de papel em uma escola que possui um laboratório de reciclagem, na época o CAPS não tinha material e equipamentos para colocar a oficina em prática. Todavia, com a abertura do edital do Ministério da Saúde, foi possível financiar a iniciativa.

De acordo com a técnica (Terapeuta Ocupacional) o projeto tem sido desenvolvido desde maio de 2011, por meio de oficinas, com a participação de duas artesãs, coordenadas por ela. Na ocasião ocorre a definição de um produto a

ser confeccionado, o qual será construído pelos usuários. Dentre os objetivos deste projeto a técnica destaca:

- a) Proporcionar atividades coletivas, na medida em que os indivíduos com sofrimento psíquico possam ampliar seus potenciais de convívio interpessoal, passando por acontecimentos onde as frustrações e conquistas possam ser compartilhadas e expressas;
- b) Promover a convivência e interação entre os usuários, os técnicos, os familiares e a sociedade como um todo;
- c) Propiciar um espaço descobridor de habilidades, buscando utilizá-las de forma positiva no processo de reconstrução de suas rotinas e atividades sociais;
- d) Fazer uso da criação artística como atividade e como um espaço que propicia a experimentação constante;
- e) Proporcionar um espaço de realização de atividades manuais, onde são construídos produtos úteis à sociedade;
- d) Expor suas produções para outros espaços, acontecimentos, escolas, etc.
- e) Incentivar a geração de renda para os usuários, por meio da venda dos produtos confeccionados,
- f) Contribuir para a (re)inserção social dos usuários do CAPS, incluindo o indivíduo com sofrimento psíquico nos vários segmentos de nossa sociedade, bem como garantir a expressão de suas idéias e produções” (sic).

Estão envolvidos neste projeto duzentos usuários-artesãos do CAPS. A respeito da importância dessa iniciativa, a técnica destaca “a criação de um canal de troca, de convivência, de (re)construção do laço com o trabalho, de aproximação e fortalecimento dos projetos, serviços, usuários, familiares e técnicos, de modo que possam constituir além de uma rede de produção, uma rede afetiva”(sic).

Em relação à **iniciativa do município de conceição do Araguaia “Arte-tude: arte que constrói o futuro** e ainda a **iniciativa de do município de Canaã dos Carajás** apesar das inúmeras tentativas não foi possível contato institucional⁶¹.

Por meio da pesquisa realizada, verifica-se que os dados das iniciativas de geração de trabalho e renda em saúde mental mapeadas no estado do Pará

⁶¹ Em virtude da distância territorial, que impedia o deslocamento da pesquisadora e dificuldades de comunicação eletrônica.

não condizem com a realidade, apesar o Ministério da Saúde apontar no mapeamento um avanço destas iniciativas. Observa-se uma fragilidade em sua implantação e posteriormente em sua sustentação. Houve um fomento a sua formação, todavia não existiu um acompanhamento/avaliação sobre os resultados/impactos gerados.

Além desses fatores, foi observado ainda que essas iniciativas fazem partes da realidade dos CAPS por meio das oficinas, processo verificado em outras regiões do país desde a década de 1990, em que as oficinas exercem um papel, tanto terapêutico quanto gerador de renda.

Sobre este aspecto Leal (2008, p. 12) explana que as atividades que buscam criar tais oportunidades tornaram-se, no período mais recente, parte da tarefa do cuidado nos serviços de saúde mental, especialmente em CAPS que trazem o território como recurso assistencial e alicerce de apoio para suas ações.

Para estes serviços o fomento a geração de renda e trabalho se apresenta como "dispositivo capaz de promover novas relações entre os sujeitos e criar redes sociais permeáveis à articulação de pessoas com transtornos mentais graves" e do próprio serviço, promovendo "o enfrentamento da desqualificação de que são vítimas esses pacientes".

O trabalho nessas oficinas, sob a perspectiva de geração de renda tem sido abordado por diversos autores, sob diferentes aspectos. Segundo Leal (2008) esse debate das oficinas geradoras de renda e das iniciativas que visam garantir trabalho às pessoas com transtornos mentais desenvolvidas no contexto da Reforma Psiquiátrica no Brasil, tem início nos anos de 1990, como ressaltado. A autora destaca três grandes experiências, organizadas na tabela a seguir:

Tabela 5 – Primeiras oficinas geradoras de renda

EXPERIÊNCIAS	ESTADO	IMPLEMENTAÇÃO
Programa de Saúde Mental	Santos - SP	Funcionou articulada aos NAPS e a várias secretarias municipais
CAPS Luiz Cerqueira	São Paulo - SP	Desenvolveu-se a partir de uma associação de pacientes, familiares e amigos dessa unidade - Franco Basaglia - que agencia ainda hoje várias atividades de geração de renda para os seus usuários
Serviço de Saúde Dr. Candido Ferreira	CAMPINAS - SP	Desenvolveu-se a partir da Criação do Núcleo de Oficinas e Trabalho (NOT). Atualmente, mais de 100 pacientes ⁶² são acolhidos pelo núcleo

Fonte: LEAL (2008, p. 11).

Além das iniciativas sistematizadas no quadro acima, a autora aponta ainda o Projeto Loucomotiva de Natal, oficina geradora de renda também articulada ao CAPS; O Núcleo de Saúde Mental e Trabalho (NUSAMT) que articula secretarias estaduais e municipais de trabalho e saúde, no Rio de Janeiro, com o objetivo de criar vagas para pessoas com transtornos mentais no mercado de trabalho e ainda a Cooperativa da Praia Vermelha, a qual articula três instituições: o Hospital Phelippe Pinel; Instituto de Psiquiatria e Hospital Psiquiátrico, no Rio de Janeiro.

Assim, começam a surgir oficinas geradoras de rendas, incentivadas dentro ou fora dos CAPS, com ou sem vínculo com a luta da Economia Solidária, este último mais recente como se pode observar no próximo capítulo. Diante do exposto pela autora, pode-se observar ainda que essas iniciativas trabalham de modo articulado, característica que pode ter contribuído para o sucesso dessas ações.

Segundo os autores: Guerra (2008), Lima (2008) e Leal (2008) as oficinas foram originadas a partir do uso do trabalho como estratégia de assistência a pessoa com transtorno mental. No século XX, no campo da Reforma Psiquiátrica o trabalho se firmou como uma estratégia de reabilitação social, uma possibilidade de resgate da cidadania do louco. Como ressaltado nesse estudo, a relação entre

⁶² Conforme a autora esses pacientes inicialmente egressos do Hospital Candido Ferreira, passaram a vir de todas as unidades de saúde mental do município.

trabalho e loucura, não é recente, sendo que em sua origem, não era empregado enquanto uma possibilidade de cuidado.

Yasui (2006, p. 172) ou discorrer sobre *Oficinas terapêuticas: será arte, trabalho, inclusão?* Assinala que nas reflexões sobre as oficinas as categorias: *arte e trabalho* são complexas e centrais. De acordo com o autor os produtos produzidos nesses espaços, podem assumir a forma de bens e serviços, e com isso estão gerando valor de uso, de troca, e valor social. Assim, ressalta nesse aspecto a “perspectiva de análise marxista sobre o valor social do trabalho”, bem como sobre o fundamental papel que a arte apresenta nesta discussão, enquanto “questionadora e geradora de reflexão crítica”.

Verifica-se que essa interface entre trabalho e saúde mental tem sido reconstruída ao longo dos séculos, assumindo papéis diferentes. No que se refere ao Estado do Pará, em relação a esse processo deve-se considerar o fato de ser uma estratégia ainda em formação, que se apresenta, portanto, em fase de implantação, que precisa de continuidade e atenção por parte do Estado para que possa ser fortalecida enquanto estratégia política, capaz de gerar trabalho e renda, que realmente contribua para a reprodução da vida das pessoas em sofrimento psíquico.

Para tanto, faz-se cada vez mais premente a articulação entre as políticas, uma vez que a desarticulação entre elas, como podemos observar, pode resultar no fracasso destas iniciativas, quando deveriam ser duradouras e realmente capazes de causar impactos positivos das pessoas em sofrimento psíquico, suas famílias e comunidade.

Pois como aponta Delgado (2006a, p. 9), durante a realização da Oficina Nacional foi identificada uma diversidade de experiências, com características comuns:

A angústia por serem frágeis e com pouca sustentação institucional e financeira, e a certeza dos bons resultados obtidos e da adesão dos usuários. São boas e frágeis, eficazes, porém inseguras. E aposta na construção de um suporte institucional de apoio e financiamento, a partir do estabelecimento da transversalidade entre as duas políticas.

Apesar da importância da problematização dessa interface entre a política de saúde mental e trabalho, observa-se que são poucas as produções sobre essas experienciais. Nos últimos anos tem-se verificado uma importância crescente do

tema, sobretudo com a articulação entre a política de economia solidária, como será abordado no Próximo capítulo.

3.2.1 Restaurante Popular do CAPS no município de Santa Izabel do Pará

No município de Santa Izabel do Pará⁶³ o CAPS II⁶⁴ foi instituído em setembro de 2001. Atualmente possui uma demanda que abrange os municípios pactuados, num total de 191.560 habitantes, assim distribuídos: Bujarú, Concórdia do Pará, Colares, Santo Antonio do Tauá, São Caetano de Odivelas e Vigia de Nazaré.

Os CAPS, conforme orientações do Ministério da Saúde precisam possuir em sua equipe, diferentes categorias profissionais⁶⁵ de acordo com a possibilidade do município e do serviço. Devem procurar desenvolver ações em parceria com os recursos existentes na comunidade, ampliando, dessa forma, os próprios recursos já existentes (AMARANTE, 2007).

Hoje os CAPS são regulados pela Portaria GM/MS nº 336 de 19/02/2002, que busca especificar melhor as características do serviço. Segundo esta portaria os CAPS têm a:

[...] missão de dar um atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo exercício da cidadania da inclusão social dos usuários e suas famílias” (BRASIL, 2004, p. 12).

⁶³ Município localizado na região nordeste do Estado do Estado do Pará, a 36 quilômetros da capital do Estado. Conforme dados do Censo 2010 do IBGE a população deste município é de 59.386 habitantes. Atualmente por meio de um decreto foi incluído na região metropolitana de Belém. A economia deste município é baseada nas atividades do setor primário, principalmente na agricultura, destacando-se também na avicultura e pecuária. Na atividade agrícola, encontram-se as seguintes produções: dendê, coco, mandioca, e ainda o cultivo de hortaliças, esta última destaca o município como um grande produtor. No setor secundário, malgrado ser pouco expressivo, o município tem se destacado no setor de produtos alimentícios (MORAES, 2006). No que diz respeito à rede pública de saúde, esta é constituída basicamente pelos Programas de Saúde Família e Unidade Básica de Saúde. Na área da saúde mental há no município dois CAPS nas modalidades: II e AD. [Informações disponibilizadas no site: www.censo2010.ibge.gov.br/dados_divulgados](http://www.censo2010.ibge.gov.br/dados_divulgados). Acessado em 20/11/2011.

⁶⁵ A equipe que atua no CAPS II, em Santa Izabel do Pará, no período em que foi realizada a pesquisa era constituída por uma coordenação; 02 psiquiatras 02 psicólogos, 01 assistente social, 01 terapeuta ocupacional, 01 professor de educação física, 01 técnico de enfermagem, 01 assistente administrativo, 01 visitadora sanitária, 01 auxiliar de serviços gerais e 01 motorista.

Os CAPS podem oferecer diversos tipos de serviços e atividades terapêuticas. Para além do uso de consultas e de medicamentos, para tanto são desenvolvidas práticas de atenção psicossocial, provocando mudanças nas formas tradicionais de compreensão e de tratamento dos transtornos mentais. As atividades podem ser realizadas em: grupo, individual, às famílias, e ainda atividades comunitárias. Dentre os vários recursos terapêuticos, destaca-se:

- Atendimento individual: prescrição de medicamentos, psicoterapia, orientação;
- Atendimento em grupo: oficinas terapêuticas, oficinas expressivas, oficinas geradoras de renda, oficinas de alfabetização, oficinas culturais, grupos terapêuticos, atividades esportivas, atividades de suporte social, grupos de leitura e debate, grupos de confecção de jornal;
- Atendimento para a família: atendimento nuclear e a grupo de familiares, atendimento individualizado a familiares, visitas domiciliares, atividades de ensino, atividades de lazer com familiares;
- Atividades comunitárias: atividades desenvolvidas em conjunto com associações de bairro e outras instituições existentes na comunidade, que têm como objetivo as trocas sociais, a integração do serviço e do usuário com a família, a comunidade e a sociedade em geral. Essas atividades podem ser: festas comunitárias, caminhadas com grupos da comunidade, participação em eventos e grupos dos centros comunitários;
- Assembléias ou Reuniões de Organização do Serviço: a Assembléia é um instrumento importante para o efetivo funcionamento dos CAPS como um lugar de convivência. É uma atividade, preferencialmente semanal, que reúne técnicos, usuários, familiares e outros convidados, que juntos discutem, avaliam e propõem encaminhamentos para o serviço. Discutem-se os problemas e sugestões sobre a convivência, as atividades e a organização do CAPS, ajudando a melhorar o atendimento oferecido (BRASIL, 2004, p. 17).

No CAPS II em Santa Izabel do Pará são desenvolvidas as atividades de acolhimento; psicoterapia individual e grupal; atendimento social individual e grupal; consultas médicas; grupo de educação física, grupo de terapia ocupacional, assembléia geral, oficinas, visitas domiciliares, atividades de lazer, reuniões técnica, entre outras atividades. Contudo, a coordenação do CAPS ressalta a relevância e necessidade de promover iniciativas que possam contribuir para ampliação da renda das pessoas com transtorno mentais, conforme portaria nº 1169/GM de 07 de julho de 2005, a qual destina incentivo financeiro aos municípios que desenvolvem projetos de inserção social.

Nessa perspectiva que nasceu a iniciativa de desenvolver um projeto com intuito de incentivar a inserção social e produtiva dos usuários do CAPS II,

impulsionada pela abertura de edital “Projetos de Arte, Cultura e Renda de Saúde Mental”. Conforme entrevista com a Coordenação do CAPS II, a equipe técnica apresentou a chamada de seleção de projetos em assembleia ordinária aos usuários, na ocasião estes demonstraram interesse em desenvolver um projeto e indicaram como proposta a implantação de um Restaurante Popular, sugestão elaborada a partir de um processo coletivo construído em assembleia ordinária onde participaram profissionais e usuários do serviço.

De acordo com a Coordenação do CAPS II o projeto tem por objetivo ampliar a autonomia dos usuários; constituir espaços de convivência e sustentação das diferenças na comunidade, tendo como eixo principal a inserção social, a geração de renda por meio da comercialização de refeições.

O projeto visa atender 10 a 50 usuários, os quais serão qualificados nas áreas de manipulação de alimentos, empreendedorismo, reaproveitamento de alimentos e associativismo, o processo de seleção será realizado por critérios: patologia; interesse na proposta; situação socioeconômica e frequência.

As atividades de produção e comercialização de refeições foram iniciadas em maio de 2011, todavia a priori foi realizada a formação dos integrantes, reuniões⁶⁶, e divulgação. Esta última etapa foi realizada por meio de visitas as instituições e empresas do município, publicação em jornais de circulação local e anúncio em rádio. Esse processo teve por objetivo informar os serviços à sociedade, bem como tornar público o projeto e ainda sanar dúvidas resultantes de preconceito em relação à pessoa em sofrimento psíquico.

O restaurante utiliza o espaço do CAPS para a produção das refeições, para tanto foram realizadas compras de bens duráveis por meio dos recursos advindos do projeto, dentre esses bens estão: fogão industrial; caldeirão; freezer entre outros. Iniciou com capital de giro no valor de R\$ 1.050,00, sendo a renda bruta proveniente da comercialização dos alimentos revestida manutenção/ampliação da atividade e a sobra distribuída entre os integrantes do projeto.

As atividades do projeto são acompanhadas pelos técnicos e são realizadas as reuniões para avaliação, prestação de contas, entre outras necessidades. Conforme entrevista e documentação cedida pela coordenação,

⁶⁶ Espaço para construção de cardápio da semana; realização de compras e distribuições de papéis e responsabilidades: tesouraria, relações públicas, entre outras.

verificou-se que no primeiro mês de inauguração do restaurante foram comercializadas 432 refeições, no valor de R\$ 5,00 a unidade, uma média diária de 20 refeições, considerando que este mês teve 22 dias úteis.

Malgrado a remuneração do trabalho não condizer ainda com as necessidades dos usuários, a Coordenação ressalta como positivos os resultados alcançados por meio do projeto, sobretudo, os aspectos subjetivos, destacando entre eles: aumento da autoestima; desmistificação de ideias preconceituosas acerca do espaço do CAPS, em alguns casos relacionadas à violência e periculosidade; reconhecimento e apoio da sociedade; possibilidade de trabalhar o relacionamento interpessoal dos usuários, entre outros fatores como parceria com a Secretaria Municipal de Saúde, no fornecimento de alimentação a Campanha Municipal de Saúde e ainda Comunidade do bairro do Jurunas.

O projeto foi iniciado com 6 participantes, os quais permanecem durante 4 meses, haja vista que o objetivo da iniciativa é estimular a geração de trabalho e renda para além do espaço CAPS, tendo o cuidado e a preocupação de não promover um processo de institucionalização, mas de autonomia, para tanto é realizado um diálogo entre os participantes para ser trabalhado esse processo de desligamento, apesar destes compreenderem que este é um dos critérios do projeto.

O Restaurante Popular do CAPS é um projeto piloto, que faz parte da política de incentivo do governo federal a inserção social e produtiva, que apesar de inicial tem apresentado bons resultados, mas também apresenta grandes desafios, entre eles: a articulação intersetorial entre as várias linhas de atuação governamental, para assegurar o devido apoio político, financeiro a essas iniciativas a fim de contribuir para o processo de autonomia, de modo que essas ações possam se tornar efetivas e duráveis.

Importa ressaltar que esse processo interfere diretamente na execução desses projetos, no caso Restaurante Popular do CAPS, verificou-se que o curso de empreendedorismo, que apesar de constar no projeto, não foi realizado até o momento da pesquisa, haja vista a dificuldade de articulação com instituições que possam contribuir nesse processo de formação. Fator que demonstra que o Estado precisa não somente fomentar as referidas iniciativas, mas também oferecer o suporte necessário e o acompanhamento, para que estas possam torna-se

efetivas, do mesmo modo, demonstra que a política de saúde mental ainda precisa fortalecer e integrar a rede institucional.

Além desse trabalho desenvolvido pelo CAPS II, o município de Santa Izabel do Pará também foi contemplado com o projeto de **Inclusão social, geração de renda e resgate da cidadania por meio do uso da avicultura no CAPS ad**, portanto ambas iniciativas fazem parte do Projeto de Arte, Cultura e Renda na Rede de Saúde Mental no Governo Federal, por meio da Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Este último não foi estudado, pois até o momento da pesquisa ainda não tinha sido implantado.

Conforme disponibilizado no portal do Ministério da Saúde, foram recebidas mais de 560 inscrições, com 126 projetos aprovados, estes distribuídos em 24 estados brasileiros. Foi dada prioridade na seleção os projetos das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, bem como aqueles municípios em processo de desinstitucionalização, sendo que os municípios selecionados receberão incentivo financeiro para implantação do projeto ou para apoiar projetos já existentes. Segundo os termos da chamada para seleção, os Projetos de Arte Cultura e Renda deverão:

1. Constituir-se como dispositivos públicos componentes da rede de atenção substitutiva em saúde mental, oferecendo às pessoas com transtornos mentais e/ou com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cidade;
2. Promover ações que ampliem a autonomia dos usuários e o exercício de direitos dos usuários da rede de saúde mental;
3. Constituir-se como espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade, facilitando a construção de laços sociais;
4. Ter como eixos a solidariedade, a inclusão social, o respeito às diferenças e a Geração de alternativas concretas de vida.

Destarte, deve-se atentar ao tempo transcorrido dessa experiência, iniciada em maio de 2011. Além disso, de modo geral o fomento a estes projetos consiste numa estratégia recente, emergida no âmbito do Governo Lula, logo as observações realizadas neste estudo foram iniciais e indicativas para reflexão, o que abriu perspectiva para realização de novas pesquisas sobre o tema.

CAPÍTULO IV

SAÚDE MENTAL E ECONOMIA SOLIDÁRIA: LIMITES E POSSIBILIDADES

4.1 SAÚDE MENTAL E ECONOMIA SOLIDÁRIA PROPOSTA em construção

A economia solidária é constituída por um conjunto de atores sociais organizados, que “(re) criam alternativas de inserção sócio-produtivas individuais e coletivas (empreendimentos informais, cooperativas, associações e grupos de produção e serviços), com objetivo de geração de trabalho e renda (MIRANDA, 2009, p. 27) entre outras “experiências que se apóiam sobre o desenvolvimento de atividades econômicas para a realização de objetivos sociais, concorrendo para a afirmação de ideais de cidadania” (FRANÇA FILHO, 2002, p. 13).

Conforme França Filho e Laville (2004, p. 15) o termo economia solidária indica a existência de uma “outra economia que se gesta em diferentes partes do mundo a partir de iniciativas, sobretudo de natureza cooperativista e associativista, oriundas da sociedade civil e dos meios populares”. As quais assumem:

[...] diferentes configurações, desde aquelas que criam o seu próprio circuito de produção e consumo, alimentando cadeias socioprodutivas autônomas e, em alguns casos, fortemente baseadas em relações não-monetarizadas, até outras que empreendem relações mais permanentes com o mercado e desenvolvem diferentes tipos de parcerias com os poderes públicos. As formas assumidas por esta economia também variam de acordo com as diferentes regiões e países: de cooperativas de produção e prestação de serviços, passando por bancos populares, clubes de trocas e associações de serviços em países latino-americanos, até as empresas sociais, as sociedades cooperativas de interesse público, as empresas sociais ou sistemas de trocas locais, entre outros, em países europeus (FRANÇA FILHO; LAVILLE, 2004, p. 15).

Para Miranda (2009) a economia solidária pode ser compreendida como uma construção coletiva, a qual não se traduz apenas por uma transformação na estrutura econômica, mas, na forma de produzir e organizar a produção, bem como em outros âmbitos da vida social, à medida que promove o exercício da autogestão coletiva dos trabalhadores livremente associados, abrangendo uma dimensão social, cultural e política.

Para Eid (2003, p. 14) ela “parte de valores distintos aos valores predominantes na economia capitalista, destacam-se: autonomia, democracia, fraternidade, igualdade e fraternidade”, ou seja, converge, sua ação, para a

construção de novos valores que suscitam uma prática social, para além dos aspectos econômicos, pois permeia outros espaços da vida, além de se constituir como uma forma de resistência às implicações do capitalismo (idem).

Na mesma perspectiva Gaiger (2004), aponta que a economia solidária surgiu como um movimento de resistência às desigualdades sociais originadas pelo desenvolvimento capitalista, propondo uma lógica diferenciada de produção, organização social e econômica pautada pela propriedade coletiva dos meios de produção, que articula os campos: econômico, político, social, cultural e ambiental (Idem).

França Filho e Laville (2004), com base na contribuição de Polanyi, sinalizam que a economia não está restringida ao mercado. Há outros princípios que fazem parte do comportamento econômico, são eles: a domesticidade, a reciprocidade e a redistribuição.

Estes princípios podem resumir-se a três formas de economia: economia mercantil, estabelecida no mercado autorregulado; economia não mercantil, fundada na redistribuição e a economia não monetária, fundada na reciprocidade. A partir dessa compreensão a economia é pensada por esses autores enquanto economia plural, em que coexiste uma variedade de lógicas em interação, entre a troca mercantil, não mercantil e não monetária.

Outro que discute esta questão é Pinto (2006), Laville influenciado pelos estudos de Polanyi faz uma crítica à subordinação da dimensão social à economia de mercado, nessa perspectiva a economia admite uma pluralidade de formas de produzir e distribuir riquezas, de modo que essa forma de conceber a economia permite ampliar o olhar sobre o econômico para além da visão dominante, que reduz seu significado à ideia de economia de mercado, permitindo, com isso, perceber certas singularidades, próprias às práticas de economia solidária.

Assim, esse olhar ampliado do fenômeno econômico é conceituado como uma economia plural. Logo, esta compreensão permite considerar outras formas de produção e distribuição de bens e serviços na sociedade.

Para Pinto (2006, p. 46), Laville confere às associações operárias do começo do século XIX “um sentido de reafirmação (...) da precedência do social frente ao econômico”, de modo que “o movimento associativo imprimia, assim, no processo de produção e distribuição, a lógica da reciprocidade” em que a finalidade não estava relacionada à acumulação de lucros ou na rentabilidade do capital

aplicado, mas sim, na produção de vínculos sociais e benefícios mútuos. Nesta perspectiva o trabalho apresenta um caráter de produção de vínculos sociais.

A economia solidária tem alcançado crescente destaque e visibilidade, Eid (2003) assinala que a partir da década de noventa, verificou-se um aumento no interesse por investigações científicas a respeito das iniciativas solidárias a fim de avaliar seus impactos na qualidade de vida, bem como, no desenvolvimento local e regional em diversas áreas do país. O referido interesse, para o autor, pode ser observado tanto na academia quanto na agenda governamental, nas esferas: municipal, estadual e, também federal.

Em relação ao governo federal em meados de 2003, na primeira gestão do governo de Luiz Inácio Lula da Silva foi criada a Secretaria Nacional de Economia Solidária (SENAES), ligada ao Ministério do Trabalho e Emprego (MTE)⁶⁷, tendo como secretário o economista e professor Paul Singer, precursor na contribuição teórica sobre a economia solidária no país. Neste mesmo ano foi aprovado na III Plenária Nacional da Economia Solidária, os princípios gerais da economia solidária, quais sejam:

A valorização social do trabalho humano;

A satisfação plena das necessidades de todos como eixo da criatividade tecnológica e da atividade econômica;

O reconhecimento do lugar fundamental da mulher e do feminino numa economia fundada na solidariedade;

A busca de uma relação de intercâmbio respeitosa com a natureza;

Os valores da cooperação e da solidariedade;

O valor central da economia solidária é o trabalho, o saber e a criatividade humana, não o capital-dinheiro e sua propriedade sob quaisquer de suas formas;

A Economia Solidária representa práticas fundadas em relações de colaboração solidária, inspiradas por valores culturais que colocam o ser humano como sujeito e finalidade da atividade econômica, em vez da acumulação privada de riqueza em geral e de capital em particular;

A Economia Solidária busca a unidade entre produção e reprodução, evitando a contradição fundamental do sistema capitalista, que desenvolve a produtividade, mas exclui crescentes setores de trabalhadores do acesso aos seus benefícios;

⁶⁷ Para o MTE a economia solidária é definida como um modo distinto de produzir, comercializar, comprar e trocar, o que se precisa para viver; sem explorar os outros, sem querer levar vantagens e sem destruir o meio ambiente. *site*: www.mte.gov.br/ecosolidaria.

A Economia Solidária busca outra qualidade de vida e de consumo, e isto requer a solidariedade entre os cidadãos do centro e os da periferia do sistema mundial;

Para a Economia Solidária, a eficiência não pode limitar-se aos benefícios materiais de um empreendimento, mas se define também como eficiência social em função da qualidade de vida e da felicidade de seus membros e, ao mesmo tempo, de todo o ecossistema;

A Economia Solidária é um poderoso instrumento de combate à exclusão social, pois apresenta alternativa viável para a geração de trabalho e renda e para a satisfação direta das necessidades de todos, provando que é possível organizar a produção e a reprodução da sociedade de modo a eliminar as desigualdades materiais e difundir os valores da solidariedade humana.⁶⁸

Princípios que sinalizam um projeto emancipatório fundamentado na cultura da cooperação, da solidariedade e da partilha, para produzir riqueza, considerando as dimensões sociais e culturais de uma atividade econômica.

No que se refere à articulação entre saúde mental e economia solidária, no ano de 2004, teve início no âmbito do poder público federal à construção de políticas públicas integradas entre os Ministérios da Saúde e do Trabalho e Emprego, via SENAES, no sentido de estabelecer ações e programas intersetoriais voltados para a promoção da inserção/reinserção social e econômica das pessoas com transtornos mentais. Para tanto, no mesmo ano, os referidos Ministérios promoveram a realização da “Oficina Nacional de experiências de geração de renda e trabalho de usuários de serviços de saúde mental”⁶⁹.

Na ocasião, construíram as primeiras propostas relacionadas a uma política nessa esfera. Desse modo, a citada oficina realizada nos dias 22 e 23 de novembro em Brasília, constituiu o marco inaugural da interface entre a saúde mental e a economia solidária.

O evento contou com a participação de 78 experiências oriundas de diferentes regiões do Brasil, representadas por técnicos, coordenadores municipais e estaduais, usuários e familiares e teve por finalidade reunir projetos formais e informais de geração de renda e trabalho de usuários de serviços de saúde mental, a fim de promover uma rede de discussão e a ampliação dessas iniciativas. Dessa

⁶⁸ Carta aprovada em junho de 2003, na referida III Plenária Nacional de Economia Solidária, após debates em 18 Estados brasileiros, para ser a identidade do FBES criado na mesma ocasião.

⁶⁹ O evento está sistematizado no documento: **Saúde Mental e Economia Solidária: inclusão social pelo trabalho**, Brasília, Editora do Ministério da Saúde, 2005. Vale ressaltar outro documento de grande importância, o Relatório Final do Grupo de Trabalho Saúde Mental e Economia Solidária, de 2006.

interface nasceu o projeto que fomenta as experiências de Geração de Renda na área de Saúde Mental.

Assim, durante o evento foi aprovado um conjunto de ações a serem desenvolvidas de forma articulada entre os dois ministérios, quais sejam: criação e consolidação da Rede Nacional de Experiências de Geração de Renda e Trabalho em Saúde Mental; criação de um mecanismo de articulação entre a Área Técnica de Saúde Mental e a Secretaria Nacional de Economia Solidária e suas respectivas políticas e a criação e manutenção de incubadoras que apoiem, capacitem e fomentem iniciativas de geração de renda e trabalho em saúde mental.

Essas proposições buscaram responder, na época, a uma demanda de mais de 390 empreendimentos econômicos solidários mapeados no país, constituídos por usuários da saúde mental, que formavam a rede nacional de saúde mental e economia solidária⁷⁰.

Dentre as deliberações da Oficina, importa ressaltar a criação da portaria interministerial GM/MS n.º 353, de 7 de março de 2005, que instituiu o grupo de trabalho de saúde mental e economia solidária, formado pelos Ministérios da Saúde e do Trabalho e Emprego, e por duas representações (titular e suplente) dos gestores de saúde mental e de economia solidária, das experiências de geração de renda e trabalho em saúde mental, do Fórum Brasileiro de Economia Solidária, e dos usuários de saúde mental inseridos em experiências de geração de renda e trabalho. De acordo com a Portaria, o Grupo Interministerial apresenta as seguintes atribuições:

I - propor e estabelecer mecanismos de articulação entre as ações das políticas de saúde mental e economia solidária;

II - elaborar e propor agenda de atividades de parceria entre as duas políticas;

III - realizar mapeamento das experiências de geração de renda e trabalho, cooperativas, bolsa-trabalho e inclusão social pelo trabalho, realizadas no âmbito do processo de Reforma Psiquiátrica;

⁷⁰ De acordo com o Ministério da Saúde (2011) no período 2005-2010, verificou-se uma expansão e fortalecimento das experiências de iniciativas de geração de trabalho e renda fortalecidas por meio da construção de redes de empreendimentos sociais solidários, bem como do repasse de incentivo financeiro aos municípios, instituído pela Portaria n.º 1169, de 7 de julho de 2005. Nesse período, foram apoiados financeiramente pelo Ministério da Saúde 388 projetos. No ano de 2007 existiam 256 experiências mapeadas e, em dezembro de 2010, observou-se um incremento de pelo menos 384 iniciativas, totalizando mais de 640 iniciativas de geração de trabalho e renda no campo da saúde mental. O Ministério da Saúde utiliza o CIST para mapear tais experiências, disponível no sítio do Ministério da Saúde.

IV - propor mecanismos de apoio financeiro para as experiências de geração de renda e trabalho;

V - propor atividades de formação, capacitação e produção de conhecimento na interface saúde mental e economia solidária, bem como do marco jurídico adequado;

VI - estabelecer condições para a criação de uma Rede Brasileira de Saúde Mental e Economia Solidária;

VII - propor mecanismos de parceria interinstitucional, no âmbito nacional e internacional.

Dentre as ações e discussões realizadas pelo grupo de trabalho de saúde mental e economia solidária, importa destacar: a publicação da Portaria nº 1169, no dia 7 de julho de 2005 a qual destina incentivo financeiro para municípios que desenvolvem projetos de Inclusão Social pelo Trabalho, destinados às pessoas com transtornos mentais e/ou com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, estimulando efetivamente estas iniciativas.

O processo que se apresentou acima deu início ao Projeto de Inclusão Social pelo Trabalho em Saúde Mental dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e Emprego. Contudo, anterior à realização da "Oficina de experiências de geração de renda e trabalho de usuários de serviços de saúde mental" que materializou a interface entre as duas políticas, outro evento de relevância já sinaliza a articulação da saúde mental com a economia solidária, bem como, o direito ao acesso a diversos bens e serviços da sociedade. Trata-se da III Conferência Nacional de Saúde Mental.

Na III Conferência realizada em dezembro de 2001, cujo tema central foi à "Reorientação do Modelo Assistencial", vinculado, ao tema proposto pela Organização Mundial da Saúde, "Cuidar, sim. Excluir, não". A temática da inserção no trabalho das pessoas com transtornos mentais e/ou com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas foi amplamente discutida, conforme consta no Relatório Final. De acordo com o mesmo, a política de saúde mental precisa ter como pressupostos básicos a inclusão social e a habilitação da sociedade para conviver com a diferença.

Observa-se que neste sentido, torna-se imprescindível que a política de saúde mental esteja articulada às demais políticas sociais, quais sejam: educação, trabalho, lazer, habitação, cultura e esporte, para que possam garantir o exercício da cidadania das pessoas com transtornos mentais, já que tais ações ao serem

trabalhadas de modo integral são promocionais à saúde, a partir de uma concepção ampliada do processo saúde/doença, compreendido como uma resultante de um conjunto complexo de múltiplas e articuladas determinações, cujas ações de cuidado se constituem a partir da integralidade das políticas e da garantia da cidadania.

Ainda com base no Relatório, para a materialização da Reforma Psiquiátrica é premente a presteza no processo de superação dos hospitais psiquiátricos, ao mesmo tempo, à formação de uma rede substitutiva capaz de garantir o cuidado, a inserção social e a emancipação das pessoas com sofrimento psíquico.

Percebe-se que diante desta situação é fundamental que essa rede possa promover práticas pautadas em relações que possam potencializar a subjetividade, a autoestima, a autonomia e a cidadania, em que as pessoas com transtornos mentais sejam reconhecidas como sujeitos de direitos.

A referida Conferência pode se constituir como um grande salto, no que concerne a reorientação da política nacional de saúde mental, quando ratifica os princípios do Sistema Único de Saúde – SUS, de atenção integral, do acesso universal e gratuito, equidade, participação e controle social; apresentando princípios, diretrizes e estratégias para a mudança da atenção em saúde mental, reafirmando a saúde como direito do cidadão e dever do Estado e a necessidade de garantir, nas três esferas de governo, que as políticas de saúde mental priorizem a construção da rede de atenção integral em saúde mental.

No que se verifica sobre a Política de saúde mental e organização de serviços, consta no relatório a aprovação de 29 propostas, dentre elas a de:

Garantir que na agenda de 2002 sejam criados mecanismos para implementar, nos municípios, serviços substitutivos com equipes multiprofissionais, oficinas terapêuticas, CAPS e outras formas de atenção em saúde mental tais como: cooperativas sociais, clubes de lazer, serviços residenciais terapêuticos e visitas domiciliares, de acordo com as diretrizes do SUS e da Reforma Psiquiátrica. (Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental, 2001, p. 27).

Foi ressaltada ainda a necessidade de priorizar, no âmbito da assistência em saúde mental, políticas que promovam a autonomia das pessoas com transtornos mentais, estimulando desse modo o exercício de cidadania, em detrimento de iniciativas tutelares. Para tanto, o fomento a criação de parcerias

entre o poder público e sociedade, parece se constituir em uma nova modalidade de atenção as pessoas em sofrimento psíquico.

Deu-se grande evidência às medidas de inclusão social, relacionadas à inserção no mundo do trabalho, por meio de projetos de geração de renda ou formação de cooperativas sociais. Neste sentido foram aprovadas as seguintes propostas:

Que os governos nas três esferas desenvolvam e apoiem projetos de geração de renda, e cooperativas de trabalho aos portadores de transtornos mentais investindo em cursos profissionalizantes.

Que os serviços substitutivos, associações de usuários e familiares e ONGs da saúde mental busquem constituir parcerias com o FAT e SEBRAE, grupos de economia solidária e outros, visando promover cursos de qualificação profissional e formação de cooperativas de trabalho e empresas sociais para usuários de saúde mental. (Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental, 2001, p. 122 e 123).

Como observado, os documentos sinalizam que os cuidados na área da saúde mental demandam ações estratégicas que resultem na ampliação do acesso às políticas sociais. Neste sentido, o trabalho na perspectiva da economia solidária é apresentado como uma via para o exercício da cidadania, e para a ampliação do protagonismo e da emancipação dos usuários da rede de saúde mental. Para Pedro Gabriel a economia solidária e o movimento anti-manicomial (apud SINGER, 2005, p.11):

nascem de uma matriz comum [...] nossa vontade de mudar a sociedade, de modo que ela possa ser uma sociedade mais generosa, mais inclusiva, mais solidária, etc. Essa é a matriz que nos interessa. Na verdade, a reforma psiquiátrica não é uma tecnologia de montar serviços de saúde mental, mas um movimento social de transformação profunda e de fato das concepções sobre a loucura e sobre a diferença⁷¹.

Como foi apresentada a articulação entre o Ministério da Saúde e a SENAES, permitiu a criação de uma política de incentivo técnico e financeiro para as iniciativas de inserção social por meio do trabalho.

O Programa de Inclusão Social pelo Trabalho foi criado com o objetivo de impulsionar a implantação de iniciativas de geração de trabalho no campo da saúde mental, por meio de incentivos financeiros e capacitações regionais sobre empreendimentos solidários. Sendo o repasse do referido incentivo financeiro aos

⁷¹ Informação verbal fornecida por Gabriel Delgado (**Saúde mental e economia solidária: inclusão social pelo trabalho**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005, p.11)

estados e municípios, estabelecido pela Portaria nº 1169 de 7 de julho de 2005, conforme citado anteriormente, a qual segundo dados do Ministério da Saúde (2011) proporcionou expansão e fortalecimento dessas experiências⁷².

Exemplos com maior visibilidade desse processo no país são: a Cooperativa da Praia Vermelha (RJ), o Núcleo de Oficinas Terapêuticas (SP), a Geração POA (RS), a Trabalharte (MG) e a Suricato (MG). Todavia, há ainda outras experiências nas capitais e no interior do País, conforme tabelas **“BANCO DE DADOS - INICIATIVAS DE GERAÇÃO DE RENDA e: INICIATIVAS DE GERAÇÃO DE RENDA - LEVANTAMENTO POR REGIÃO”**⁷³

É importante ressaltar outro importante documento no que diz respeito à geração de renda como política nacional da Reforma Psiquiátrica, qual seja: o relatório final do Grupo de Trabalho (GT) Saúde Mental e Economia Solidária. Ele instituiu um plano de trabalho, estruturado em 4 eixos norteadores das ações: Eixo 1: Mapeamento, Articulação, Redes de Comercialização e Produção; Eixo 2: Formação, Capacitação, Assessoria e Incubagem; Eixo 3: Financiamento; Eixo 4: Legislação. Cada um destes eixos deliberam propostas que devem ser realizadas pelas iniciativas de geração de trabalho e renda e redes de saúde mental, Gestores Estaduais e Municipais, e Ministérios da Saúde e do Trabalho e Emprego.

Desse modo, o GT identifica como iniciativa de geração de trabalho e renda as experiências que:

1. Contribuam para o processo de emancipação do usuário;
2. Favoreçam a participação de pessoas da comunidade;
3. Incentivem a auto-gestão e a participação democrática;
4. Busquem o aprimoramento das habilidades profissionais e das técnicas de gestão; produção e/ou comercialização;
5. Participem da articulação de arranjos produtivos solidários – redes - e na implementação de estratégias para o desenvolvimento local;
6. Busquem parcerias, tanto de apoio técnico e tecnológico, como de participação na vida social e comunitária.

Os referidos documentos sinalizam um aumento crescente das iniciativas de geração de trabalho e renda em saúde mental país. No entanto, torna-se importante pontuar novamente a significativa diferença entre as regiões,

⁷² Ver nota de rodapé, p.81.

⁷³ Ver anexo.

sobretudo a região sul e sudeste do país, as quais concentram o maior número de iniciativas. Malgrado a ampliação dessas em quase todos os estados brasileiros existe exceções, quais sejam: Amapá e Roraima. Conforme a tabela abaixo a Região Norte apresenta o menor número de iniciativas.

Tabela 6 – Iniciativas de geração de trabalho e renda para pessoas com transtornos mentais.

UF	Nº INICIATIVAS DE GERAÇÃO DE RENDA
Acre	3
Amapá	0
Alagoas	14
Amazonas	7
Bahia	48
Ceará	18
Distrito Federal	9
Espírito Santo	5
Goiás	9
Maranhão	11
Minas Gerais	59
Mato Grosso do Sul	13
Mato Grosso	14
Pará	6
Paraíba	25
Pernambuco	22
Piauí	9
Paraná	46
Rio de Janeiro	114
Rio Grande do Norte	14
Rondônia	1
Rio Grande do Sul	38
Santa Catarina	34
Sergipe	9
São Paulo	99
Tocantins	13
TOTAL	640

Fonte: Saúde Mental em dados, nº 9, p. 7, Brasília, 2011.

Malgrado trabalho, enquanto possibilidade de inserção social, das pessoas com transtornos mentais ser reconhecido pela política nacional de saúde mental e economia solidária como um dos eixos de desinstitucionalização,

verificasse que não há uma unidade entre as regiões do país, o que se observa são iniciativas focalizadas em estados que avançaram no processo de Reforma Psiquiátrica. No caso do Pará, isto fica claro, mediante a carência de uma política estadual/programa de geração de trabalho e renda e saúde mental, soma a este quadro a inexistência de um GT no Fórum Estadual de Economia Solidária.

Nesse sentido é imperativo analisar se essa interface entre as duas políticas estão possibilitando a ampliação do debate entre as duas temáticas de relevância social, bem como, se estão contribuindo para que os usuários da rede de saúde mental tenham acesso a programas e serviços, entre outros recursos fundamentais para conquista de autonomia. Ampliando as reflexões analíticas a partir de Eid (2003) cabe analisar se a referida interface estaria “reproduzindo as relações históricas da caridade e do assistencialismo? [...] ou irão no sentido de contribuir na construção da cidadania através da autonomia e da emancipação”?

Em meio a estas questões importa sinalizar que se trata de experiências recentes no Brasil, sobretudo no estado do Pará, portanto, a relação entre as políticas de economia solidária e saúde mental é um processo em construção que tem trazido problematizações importantes.

Não obstante a isto que se observou a segregação vivenciada historicamente pelas pessoas com sofrimento psíquico reflete a necessidade do fomento de projetos que possam possibilitar a reinserção psicossocial, mas que sejam capazes de promover o protagonismo destes indivíduos.

Cabe ainda problematizar se esses projetos de geração de renda e trabalho deveriam estar interligados ou não aos serviços de saúde ou serem desenvolvidos dentro destas unidades, uma vez que o local do trabalho e de tratamento são espaços heterogêneos, ambos possuem funções e papéis distintos. Considera-se ainda que projetos elaborados para além desses espaços de tratamento podem favorecer e possibilitar uma participação e circulação social mais ampliada, e ao mesmo tempo evitar um processo de institucionalização.

Parte-se da ideia de que no Pará esses projetos se mostrarem incipientes e frágeis em sua constituição, necessitando de mais infra-estrutura, mais recursos, encontrando-se ainda sem condições de vislumbrar uma possibilidade real de autonomia e independência em relação aos seus parceiros, principalmente governamentais, verifica-se aspectos positivos no âmbito individual e subjetivo das pessoas que buscam resgatar sua cidadania, via do trabalho.

4.2 A Associação Brilho e Luz: formação, objetivos e trajetórias.

Como ressaltado no capítulo anterior às associações tiveram um papel fundamental na construção de novas possibilidades de atenção à saúde mental, por meio da luta pela transformação da assistência e dos cuidados a ela relacionados. O final dos anos oitenta é caracterizado pelo surgimento desses novos atores: as associações de usuários e familiares.

No cenário paraense, esse processo é contemporâneo. A primeira associação foi fundada em 04 de agosto de 2004, e sua constituição foi impulsionada *a priori* na Unidade de Saúde da Pedreira, a partir do diálogo entre trabalhadores de saúde mental, usuários do sistema de saúde mental e seus familiares, com o escopo de organizar um grupo de produção artesanal e atividades sociais e culturais, como elementos de inserção social das pessoas com transtornos mentais. A Associação Brilho e Luz desde então, apresenta um histórico de lutas, resistências, conquistas e desafios.

O objetivo principal da Brilho e luz conforme seu estatuto social é “promover a autonomia das pessoas portadoras de transtornos mentais, criando mecanismos para sua participação efetiva, como protagonista de sua história, na família e na sociedade”. A associação visa ainda:

Capacitar os associados inscritos para a produção de trabalhos manuais / artesanais com vista à geração de emprego e renda e à sua inserção social;

Proporcionar formas de condicionamento físico, através de atividades específicas, além, do recurso da musicalização (coral dança folclórica, teatro);

Estimular a participação dos associados, na formação de uma associação forte, para que possam lutar pelos seus direitos como cidadão comum, em busca de melhores condições de saúde, de emprego, moradia, entre outros;

Sensibilizar a consciência pessoal e social sobre a questão de ser portador de Transtorno Mental, ajudando a superar toda forma de preconceito.

A formação da Brilho e Luz é resultado de um processo de persistência e de superação de muitas dificuldades relacionadas ao preconceito da sociedade, bem como a fatores de ordem material, como pode ser analisado por meio de fala de um dos associados:

no início as atividades da Associação foram marcadas por muitas dificuldades, como a falta de espaço para reuniões. Chegamos a nos reunir várias vezes na rua por falta de sede, mas nada fez agente desistir, por isso estamos aqui (informação oral).

A Associação Brilho e Luz possui até o momento da pesquisa, sede provisória em um espaço cedido na casa de um dos associados, situada na travessa Manoel Evaristo, bairro Umarizal em Belém do Pará, constituindo-se como maior desafio a aquisição de sede própria.

4.2.1 Atividades desenvolvidas

Na associação Brilho e Luz são realizadas atividades produtivas e culturais. As atividades econômicas são desempenhadas de modo coletivo por meio de oficinas de produção relacionadas ao artesanato, quais sejam: bordado em fita, crochê, fuxico, bijuteria, embalagens para presente, acessórios femininos, pintura em tecido, plásticos e acrílicos. Conforme o cronograma de atividades:

Tabela 7 – Cronograma de Atividades – 2º Semestre / 2011

OFICINAS / ATIVIDADES	HORÁRIO	Nº de PARTICIPANTES
Massagem Terapêutica	9 às 11 horas	02 (dois)
Pintura em Tecido	9 às 11 horas	12 (doze)
Crochê	15 às 17 horas	12 (doze)
Arterapia (Terapêutica pelas Artes Plásticas)	9 às 11 horas	12 (doze)
Embalagens para Presentes	15 às 17 horas	12 (doze)
Massagem Terapêutica	9 às 11 horas	02 (dois)
Bijuteria	15 às 17 horas	12 (doze)
Bordados: com fita, ponto de cruz, etc.	15 às 17 horas	12 (doze)

Fonte: Associação Brilho e Luz, agosto, 2011.

O resultado final da produção oriunda das oficinas é a venda direta ao consumidor, sendo que os principais espaços para a venda são: as feiras livres e exposições eventuais, especiais. Há ainda uma articulação com as igrejas para a

venda do terço⁷⁴ por meio de uma loja chamada Lírio Mimoso⁷⁵. Há também outras formas de venda a partir da encomenda de lojas da rede varejista de Belém, mas esta última não ocorre com frequência.

Em relação à oficina de bordado os associados aprendem a produzir diversos bordados em toalhas dentre elas: toalha de mão, toalha de rosto e toalha de banho. Em média são produzidas, 10 toalhas de cada tipo mensalmente.

Tabela 8 – Material vendido na exposição durante a Festa de Natal – 2011

MATERIAL VENDIDO	VALOR RECEBIDO – R\$
01 Pano de Crochê	10,00
01 Toalha de Rosto	10,00
01 Toalhinha	2,00
01 Toalha de Rosto	10,00
01 Pano de Prato	10,00
01 Embalagem p/ presente	1,00
01 Toalha de Rosto	10,00
01 Pano de Prato	10,00
02 Panos de Pratos	20,00
02 Panos de Pratos	24,00
01 Toalha de Rosto	10,00
01 Camisa Pintada	10,00
01 Toalha de Rosto	10,00
02 Toalhas de Rosto	20,00
01 Pano de Prato	5,00
01 Pano de Prato	10,00
01 Pano de Prato	10,00
TOTAL DAS VENDAS RECEBIDO	R\$182,00

Fonte: Associação Brilho e Luz, janeiro, 2012.

A associação contava com uma barraca, na Feira de Artesanato da Praça da República em Belém do Pará, conforme fotografia 1. Neste espaço era realizada a comercialização dos produtos provenientes das oficinas de produção. Mas, em decorrência de fatores relacionados à saúde de um dos associados não

⁷⁴ Os terços são vendidos no valor de R\$8,00 a unidade.

⁷⁵ Em relação a essa articulação com as igrejas, os associados observam de modo positivo. Existe uma venda por consignação. Esclarecem que há uma reposição dos produtos que estão danificados.

foi possível dar continuidade a esse trabalho. Entretanto, há perspectivas futuras de retomar com a atividade, pois a mesma é vista pelos associados de forma positiva, um espaço estratégico para a venda dos artesanatos.

Fotografia 1 - Barraca, na Feira de Artesanato da Praça da República.



Fonte: Arquivos Brilho e Luz, junho, 2008.

Em relação à produção de terços proveniente da oficina de bijuteria podemos observar por meio da tabela a seguir, que esta atividade varia conforme as festividades religiosas, dentre elas o Círio de Nossa Senhora de Nazaré.

Tabela 9 – Venda de terços confeccionados na oficina ano 2011⁷⁶

Meses de produção	Faturamento mensal
Janeiro	R\$ 248,00
Março	R\$ 352,00
Julho	R\$ 288,00
Novembro	R\$ 848,00
Total	R\$ 1.736,00

Fonte: Arquivos Brilho e Luz, janeiro, 2012.

Em relação a essa produção os associados informaram sobre “o trabalho desenvolvido não é simples”, é um processo que requer criatividade, classificação das sementes pelo formato, atenção em relação à harmonia das cores, acabamento, entre outros cuidados importantes para garantir a qualidade dos produtos.

Para atrair os clientes buscam produzir peças originais e que estão na “moda”, para isso “acompanham pela televisão os desfiles de moda para observar os acessórios, a fim de adequar a produção a moda atual”. A capacidade criativa de todos os envolvidos é sempre estimulada, pois consideram importante a produção de novos modelos.

No que se refere à satisfação em desenvolver essa atividade os associados relatam “ficamos satisfeitos, gratificados ao ver as coisas que produzimos, que fabricamos sendo vendidos em exposições, nas feiras. Sendo comprada e utilizada por outras pessoas”.

Em relação aos objetivos da associação, dentre eles “capacitar os associados inscritos para a produção de trabalhos manuais / artesanais com vista à geração de emprego e renda e à sua inserção social”, informam que é alcançado, pois “alguns associados produzem fora da associação, a partir do aprendizado nas oficinas”, contudo, em geral o que prevalece é o trabalho voltado para a própria associação.

Os produtos oriundos das oficinas são vendidos para arrecadar fundos para a associação. Por ser uma entidade sem fins lucrativos com o intuito de

⁷⁶ Os valores arrecadados com a venda da produção dos terços não passaram pelo caixa, logo foram depositados diretamente no banco. Os meses que aparecem foram referente aos meses de vendas, no outros meses não ocorreram produção nem venda. Assim, o valor total é o total anual.

promover o bem estar social das pessoas com transtornos mentais, não possuem uma grande produção. Assim, o recurso é investido na própria associação, para a compra de novos materiais para confecção; limpeza; pagamento de energia elétrica; telefone; alimentação, e em alguns casos especiais, contribui ainda para a compra de passagens aqueles que, por razões financeiras, não poderiam comparecer nas atividades.

Como observado, na Associação Brilho e Luz o resultado do trabalho realizado coletivamente é usufruído de modo coletivo. Percebe-se nessa prática a força da dimensão não monetária o que está fortemente ligada ao princípio da reciprocidade, assim sendo a economia solidária está inserida, nesse contexto, como uma forma de economia plural conforme as considerações de França Filho e Laville (2004).

Em relação à produção ser resultado dos trabalhos desenvolvidos nas oficinas, Yasui (2006) observa que não existe apenas aspectos de caráter econômico, há ainda dimensões subjetivas importantes a se destacar nesse processo. Para este autor, nesses espaços não há somente a produção de objetos de consumo, mas produção de vida. Produzem-se relações entre os sujeitos, se produz relações sociais, “relações [...] potencialmente produtoras [...] de rupturas, de resistências, de lutas sociais” (idem, p. 173, grifo nosso).

A palavra oficina, segundo o dicionário Aurélio, significa “lugar em que se verificam grandes transformações”. Talvez essa definição nos traga o essencial daquilo que se objetiva: possibilitar grandes transformações. Trata-se de construir um espaço de acolhimento ao sofrimento psíquico; de possibilitar a re-significação e construção de sentidos existenciais; de produção de uma subjetividade talvez menos oprimida; de circulação e de reconquista dos espaços sociais; de transformação da qualidade de vida (YASUI, 2006, p. 173).

Assim, com base nessa compreensão a Associação Brilho e Luz se constitui em um espaço em que os sujeitos sociais estão envolvidos não somente por uma questão econômica, mas também por princípios de solidariedade, isto é: autogestão, democracia, cooperação, centralidade do ser humano, valorização da diversidade, emancipação, valorização do saber local, da aprendizagem e justiça social.

Para Yasui (2006) as oficinas “não são um fim”, [elas] “são apenas trilhas, veredas”. São possibilidades de construção de novos territórios existenciais,

a partir de um encontro com alguém e da produção de um algo. Alguém que ocupe este lugar de acolhimento, de respeito à singularidade, de escuta, por vezes de incentivo, por vezes de intervenção na relação. Um lugar de suporte de uma relação que aposta no bom encontro, na provocação, na criação. É um algo produzido que é muito mais do que a concretude do objeto. É um algo que condensa relações de troca, marcas subjetivas, afetos. Um algo que produz linguagem. Convida ao diálogo, convida a uma reinvenção. É nessa perspectiva apontada pelo autor que são desenvolvidas as atividades na Brilho e Luz e são esses os resultados mais significativos para os associados.

Para alguns associados a Brilho e Luz constitui a única referência de família, dada à condição de abandono a que estão submetidos muitos usuários dos serviços de saúde mental. Nesta perspectiva a associação contribui para um processo de fundamental importância, como assinala Eva Faleiros (2002, p. 36), “a desconstrução da não existência social, do zero de trocas sociais” contribuído paralelamente para a troca afetiva e social, “relações fragilizadas ou destruídas por interações, medos, preconceitos e incompreensões”.

Do exposto é possível que a economia solidária possa ser compreendida, na esfera da saúde mental não somente como uma estratégia inovadora de geração de trabalho, adversa ao atual modelo de desenvolvimento centrado no crescimento econômico e na lógica segregatória do mercado, mas também como uma ferramenta estratégica de promoção de práticas democráticas capazes de criar “novos significados partilhados, novas solidariedades, que requalificam os sentidos do trabalho, da produção, do consumo e das trocas” (PINTO, 2006, p. 16).

Para os associados o trabalho coletivo pode contribuir no processo de inserção social das pessoas com transtornos mentais, na conquista de autonomia e fortalecimento de suas redes sociais. Do mesmo modo, a associação ao longo desses seis anos tem se constituído em um espaço de socialização de saber, de solidariedade e resistência que estimula práticas de colaboração para a tomada de consciência dos sujeitos, frente a temas que não se esgotam na gestão do empreendimento, levando estes ao exercício da cidadania.

Além disso, a participação na associação, bem como nas atividades desenvolvidas, dentre elas as oficinas tem possibilitado novas experiências,

descobertas, espaço de convívio, amizade que colaboram para a ampliação e fortalecimento da rede social dos mesmos.

Fotografia 2, 3, e 4 - Materiais produzidos na Oficina de Bijuteria.



Fonte: Arquivos Brilho e Luz, junho, 2007



Fonte: Arquivos Brilho e Luz, junho, 2007.



Fonte: Arquivos Brilho e Luz, junho, 200

Fotografia 5, 6, 7 e 8 - Materiais produzidos na Oficina de Bordados: com fita e
Oficina de Pintura em Tecido



Fonte: Arquivos Brilho e Luz.



Fonte: Arquivos Brilho e Luz

Como ressaltado, além das atividades produtivas a Associação apresenta outras atividades, dentre elas a oficina de Arteterapia. Processo terapêutico que ocorre por meio da utilização de diferentes modalidades expressivas, contribuindo para que o participante expresse através de símbolos seus conflitos e afetos. Seu papel social é expressar a compreensão da realidade, podendo recriá-la, proporciona ainda a organização das percepções, sentimentos e sensações (BECK, 2009).

A oficina Arteterapia contava, na época da pesquisa, com a participação de 7 associados, na faixa etária entre 35 a 46 anos de idade, dentre eles, somente com um aposentado, os demais recebiam o benefício de prestação continuada (BPC). Além da Arteterapia, os associados também participam de outras atividades relacionadas à arte, quais sejam: coral e dança.

As modalidades expressivas utilizadas nesta oficina são: desenho; colagem/recorte; modelam; escrita, entre outras.

Fotografia 9 - Material produzido na Oficina Arte-Terapia



Fonte: Arquivos Brilho e Luz, 2010.

A associação promove ainda atividades culturais: dança folclórica, dança de salão, coral e teatro. Com a finalidade de interagir com a comunidade, por meio da expressão cultural via apresentações do Grupo do Coral (Cuca Legal) e do Grupo de dança (Ritmos e danças Culturais), em lugares públicos, tais como: praças, feiras livres, exposições eventuais, escolas, e em locais com manifestações culturais.

4.2.2 Funcionamento e organização interna

A Brilho e Luz é constituída por 50 sócios, dentre esses, 35 são mulheres e 15 homens. A associação possui uma diretoria composta em sua maioria por familiares dos pacientes. A presidente da associação, assim como os demais, realiza suas atribuições de forma voluntária. Conforme seu estatuto a

associação é constituída por número de sócios, distribuídos nas seguintes categorias:

- a) Sócios fundadores: as pessoa que sofrem de transtorno mental, ou os sócios familiares, que se associam a BRILHO E LUZ, até o prazo de 90 dias após da data da fundação;
- b) Sócios colaboradores: as pessoas que sofrem de transtornos mentais e seus familiares, que residem dentro da área de abrangência da BRILHO E LUZ e foram admitidos após 90 dias da aprovação do presente estatuto, ficando no dever de contribuir com todas as atividades da mesma;
- c) Sócio contribuintes são aqueles que desejarem contribuir financeiramente com a BRILHO E LUZ NE sejam aceitas pela Diretoria Executiva;
- d) Sócios honorários: é toda pessoa estranho ao quadro social, com domicílio ou não no estado do Pará, e que seja pela Assembléia Geral considerado merecedor dessa horária, por ter prestado relevante serviço à BRILHO E LUZ.

A Brilho e Luz é administrada pelos seguintes órgãos: Assembléia Geral, Diretoria Executiva e Conselho Fiscal. Sendo sua Diretoria constituída por: Vice-Presidente; 1º Secretário; 2º Secretário; 1º Tesoureiro; 2º Tesoureiro; Coordenador Sócio – Cultural; Coordenador de Relações Públicas e Coordenador de Patrimônio.

Malgrado a existência do registro as entradas e saídas de recursos no livro caixa da associação foram vivenciadas durante a pesquisa dificuldades na coleta de informações relacionadas ao aspecto econômico da associação, sobretudo em relação à produção de cada oficina, o que impossibilitou analisar o desempenho individual das oficinas de produção. Não foi verificado um controle exato por oficina, somente um controle geral da associação com as receitas e despesas.

Não obstante as oficinas serem uma importante fonte geradora de recursos para a associação, não há como aferir se as mesmas trazem de fato o resultado esperado, dificultando a avaliação do desempenho destas para a associação, assim como do desenvolvimento de estratégias de atuação que possam contribuir para a sustentabilidade das mesmas, e, por conseguinte dificultando a avaliação do alcance de seu objetivo.

Este entrave sinaliza a necessidade de formação continuada dos membros da associação no que se refere a conhecimentos técnicos em contabilidade, a fim de subsidiar as questões relacionadas a controle de custos.

Fundamentais no momento da tomada de decisão no empreendimento, haja vista que estas informações são importantes para as questões de ordem: fiscal, prestação de contas, entre outros aspectos.

4.2.3 Rede Social de Apoio ao trabalho de pessoas com transtornos mentais

A associação possui algumas parcerias, entre elas: o Programa Incubadora Tecnológica de Cooperativas Populares e Empreendimentos Solidários-PITCPES, que desde início de 2006, realiza assistência técnica a associação por meio de formação nas áreas contábil, econômica, social e jurídica. Atualmente a mesma faz parte do Projeto *Arte Cultura e Dignidade* do Ministério da Cultura⁷⁷.

No que se refere à articulação da Associação com outros espaços e instituições, ressalta-se como uma conquista a participação em eventos pontuais para exposição de alguns trabalhos. Nesses espaços a Brilho e Luz tem a oportunidade de expor os produtos oriundos nas oficinas, sendo essa articulação, principalmente com a Feira do Artesanato – ARTEFAM FASHION.

Esse evento reuniu diversas manifestações alusivas ao Dia Nacional do Artesão realizada no Shopping Iguatemi, em Belém do Pará, em março de 2007, dentre elas: oficinas de demonstração, desfiles de moda regional e apresentações de danças folclóricas, exposições e vendas de artesanato.

Fotografia 10 - Feira do Artesanato



Fonte: Arquivos Brilho e Luz, Março, 2007.

⁷⁷ Foi ressaltado na entrevista realizada com os associados à dificuldade de firmar parceria e conseguir apoio institucional, malgrado as tentativas realizadas pela associação e de sua importância social.

Como observado na imagem os produtos confeccionados pelos associados da Associação Brilho e Luz foram expostos na praça central do referido Shopping, bem como nos desfiles de moda regional. Outra articulação importante e que possibilitou a Brilho e Luz a exposição e venda de seus produtos foi o evento Frutal Amazônia.

Fotografia 11 - Participação no Frutal Amazônia



Fonte: Arquivos Brilho e Luz, Junho, 2007.

Em relação à Rede Social, foi verificado como aspectos positivos a associação:

- 1- A assessoria técnica realizada pelo PITCPES, por meio da realização de cursos de formação, elaboração de projetos;
- 2- Aquisição de material permanente (por meio do Projeto Ponto de Cultura/ SECULT);
- 3- Venda de terços à Paróquia;
- 4- Colaboração dos instrutores que realizam as oficinas de forma voluntária⁷⁸

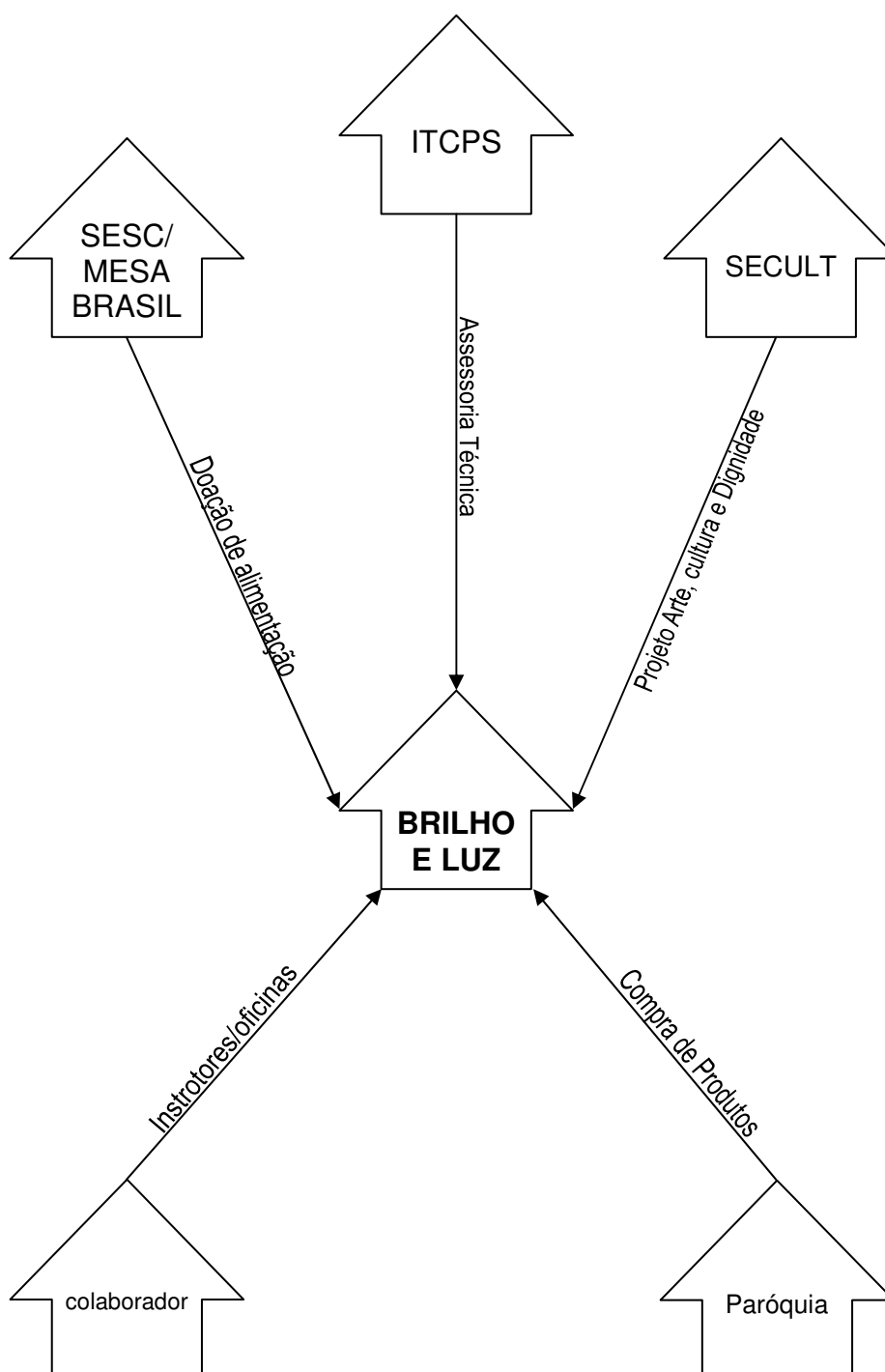
Como pontos negativos, destacam-se:

⁷⁸ A Brilho e Luz conta com o apoio de instrutores voluntários, que contribuem para o seu desenvolvimento e fortalecimento por meio de oficinas/cursos, entre outras atividades como musicalização, condicionamento físico.

1- A não vinculação da associação ao movimento de economia solidária no Estado;

2- A distância da rede de saúde mental;

Figura 2- Rede Social Identificada



4.2.4 Projeto Arte Cultura e Dignidade

A Brilho e Luz durante esses anos tem alcançado muitas conquistas, dentre elas a parceria firmada com a Secretaria de Cultura do Estado – SECULT -, que disponibilizou um recurso financeiro, como forma de incentivo ao projeto cultural de dança. Assim no ano de 2011, parte dos recursos que a Brilho e Luz utilizou foi por meio do Projeto SECULT. Atualmente a associação prestou conta do primeiro ano e aguarda a liberação do recurso referente ao segundo ano de projeto.

O Projeto em questão estabeleceu em seus objetivos: promover a inclusão social pessoas com transtorno mental e seus familiares através das oficinas do Coral/Musicalização (canto) e de dança, que fazem parte da Associação Brilho e Luz, além de fortalecer os grupos de dança e coral, outrora instituído. Além desses objetivos buscava mostrar para a sociedade o lado artístico das pessoas com transtornos mentais e garantir seus direitos de socialização, de ser valorizados, respeitados, reconhecidos como sujeito capazes de dançar e cantar mesmo com limitações e peculiaridades. Assim, primou pelo estímulo a participação em encontros, festivais, cursos organizados por entidades educacionais e culturais.

Dentre os objetivos específicos, destaca-se: integrar as pessoas com transtornos mentais na comunidade por meio da Rede de Pontos de Cultura do Estado do Pará e/ou outras instituições; desenvolver ações culturais sustentadas pelos princípios da autonomia, auto-gestão, protagonismo e inclusão social; possibilitar a participação de novas propostas (Projeto Ponto de Cultura), de caráter artístico-educacional, que envolvam a inclusão das pessoas em sofrimento e seus familiares; e propiciar, por meio deste projeto, a essas pessoas melhores condições de vida via arte e cultura.

Inicialmente a proposta do Projeto “Arte, Cultura e Dignidade” foi realizar as oficinas de Danças, de Coral e Musicalização e de Informática e apresentações culturais, no entanto para que o projeto fosse executado com alcance dos seus objetivos, foram propostas novas oficinas, quais sejam: Massagem, Planejamento e Prestação de Contas.

Oficina sócio-pedagógica: Com carga horária total de 192 horas, tendo como público alvo a equipe de execução do Projeto “Arte, Cultura e

Dignidade”, os membros da Diretoria e demais. Contou em média com 15 participantes. Foram realizadas orientações teóricas e práticas em relação às atividades de Planejamento, com o objetivo de planejar de forma didática todas as ações, a serem desenvolvidas no percurso do Projeto "Arte, Cultura e Dignidade". Assim, discutiram-se os assuntos: As metodologias do Planejamento; Planejamento Estratégico; instrumentais avaliativos, bem como se realizou nas oficinas produção de relatórios e suas avaliações, etc.

Oficina de Prestação de Contas: Com carga horária total de 160 horas, tendo como público alvo os membros da Diretoria e demais interessados Entidade Conveniente e contou em média com 15 participantes. Realizando orientações teóricas e práticas sobre os conceitos, aspectos e características da contabilidade voltada para a prestação de contas de recursos oriundos de órgãos públicos, para a Gestão Financeira responsável e transparente; e para Planejamento Tributário I. Todos os temas tiveram o intuito, principal, de Contribuir com o fortalecimento do conhecimento dos colaboradores da Associação Brilho e Luz, no que tange a gestão de recursos financeiros.

Oficina de Danças: com carga horária total de 192 horas, tendo como público alvo os associados da Entidade Conveniente (pessoas com transtorno mental e seus familiares) e contou em média com 12 participantes. Desenvolveu as danças regionais e de salão. Teve como, principais objetivos, fortalecer o conhecimento de nossa cultura através das danças regionais, bem como trabalhar a coordenação motora e a alta confiança.

Oficinas de Coral e Musicalização (canto): com carga horária total de 192 horas, tendo como público alvo os associados (pessoas com transtorno mental e seus familiares). Contou em média com 12 participantes. Foram realizadas atividades, principalmente, de exercício de relaxamento, técnica vocal, ensaio de repertório, vocalizes em grupo e individuais, respiração, com o objetivo de verificar aptidão, preparar repertório.

Oficina de Informática: Com carga horária total de 192 horas, teve como público alvo os associados (pessoas com transtorno mental e seus familiares) e contou num total de 18 participantes. Foram trabalhadas as ferramentas do Word, Windows e Excel, sendo que o objetivo maior foi realizar inclusão digital.

Oficina de massagem: Com carga horária total de 160 horas, tendo como público alvo os associados da Entidade Conveniente, principalmente participantes das Oficinas Dança e Coral e Musicalização, no qual foram abordados temas como o histórico da massagem e conhecimento do corpo humano, postura e alongamento, técnica de respiração, manobra de massagem, bem como foram realizadas aulas práticas de massagens relaxantes entre os participantes. Com objetivo de não só ensinar a técnica da massagem, mas de realizar massagem em cada participante das oficinas de Dança e Coral.

O projeto possibilitou aos associados à participação em apresentações culturais por meio dos grupos de danças e canto, conforme programação abaixo relacionada:

Tabela 10 – Eventos promovidos pela Brilho e Luz no ano DE 2011

Baile de Carnaval	Ocorreu no dia 04 de março de 2011, no espaço da entidade, contou com cerca de 50 participantes como público
Festejo das mães	Ocorreu no dia 06 de maio de 2011, no espaço da entidade, contou com cerca de 50 participantes como público
Festa Junina	Ocorreu no dia 29 de junho de 2011, na quadra da Associação Carnavalesca Grande Família esporte da Igreja Nossa Senhora de Aparecida, contou com cerca de 140 participantes como público
Confraternização de fim do ano	Ocorreu no dia 22 de dezembro, na quadra de esporte da Igreja Nossa Senhora de Aparecida, contou com cerca de 140 participantes como público

Fonte: Arquivos Brilho e Luz, janeiro, 2012

Gincana do Hospital de Clinicas Gaspar Vianna	Realizada no referido hospital em 2011
Centro de Atenção Psicossocial da Marambaia	Festa Junina e “quarta Cultural” no próprio CAPS
Estadual de E.M.F. Alves Maia	Realizada na referida Escola no dia 22 de junho de 2011

Tabela 11 – Participação em eventos por convite no ano de 2011

Fonte: Arquivos Brilho e Luz, janeiro, 2012

Conforme Relatório de Prestação de Contas do Projeto a gestão dos recursos recebidos passou por dificuldades na sua execução, em virtude da falta de conhecimento/formação por parte da diretoria da Associação, contudo, esse entrave foi resolvido com a realização de uma oficina, com o objetivo de orientar os responsáveis pela execução do projeto no gerenciamento financeiro desse recurso de forma responsável e transparente.

Para os associados à repercussão das atividades desenvolvidas na comunidade a partir desse projeto em articulação com a SECULT, ocorreu principalmente por meio da divulgação dos grupos de danças e canto, que possibilitou aos associados o reconhecimento e valorização destes enquanto pessoas capazes. A associação com as apresentações passou a receber novos convites para apresentar o trabalho desenvolvido neste projeto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio da discussão teórica e das experiências apresentadas neste estudo, verifica-se que se outrora o trabalho justificou a exclusão e a segregação dos loucos, hoje, é pensado como uma estratégia de inserção social, aparecendo como um elemento central na conquista de maior participação social. Do mesmo modo, a loucura silenciada tanto na Europa, como no Brasil, levada a categoria de problema social, é atualmente inserida nos campos do trabalho, da cultura, dentre outras práticas sociais que se processam num cenário em construção, a partir da Reforma Psiquiátrica e que buscam resgatar a voz do louco, suprimida durante séculos.

Mas, como escapar dos anéis da serpente, sem cair nos buracos da toupeira? Para Deleuze (1992, p. 226) os anéis “são ainda mais complicados que os buracos de uma toupeira”, pois com a crise generalizada de todos os meios de confinamento, há o enfraquecimento de suas fronteiras, outrora nítidas, tornam-se tênues, voláteis e flexíveis.

Quando os “muros” das instituições totais entram em colapso, a lógica dessas instituições não se restringe mais ao seu interior, ela se encontra dissolvida pela vida social. Trata-se de um “controle ao ar livre, que substituem as antigas disciplinas que operavam na duração de um sistema fechado” (Ibdem, p. 220).

No campo da saúde mental, torna-se premente a reflexão cotidiana sobre as práticas e os saberes introduzidos pelo processo de desinstitucionalização, sob o risco de reproduzir as práticas burocratizadas e hierárquicas dos hospitais psiquiátricos nos novos serviços/espços “abertos” de saúde mental.

No que se refere à interface trabalho e psiquiatria a problematização de Deleuze (1992) traz para reflexão o fato do trabalho ter papel expressivo na efetivação do tratamento moral. Na história da loucura, verificou-se como o trabalho foi utilizado enquanto mecanismo de exploração, de forma compulsória e não pago. Também fora usado como terapêutico, com intuito de afastar os delírios e ilusões, e ainda como entretenimento, para que os loucos não ficassem “ociosos”.

Atualmente, no contexto de Reforma Psiquiátrica, o trabalho é apresentado como uma estratégia de inserção socioproductiva, no entanto outrora foi um meio, pelo qual se produziu forças aprisionadoras e imobilizadoras. A

respeito disso, Guerra (2008) chama atenção para a possibilidade de reprodução dessa prática:

[...] evidenciadas as origens da utilização do trabalho e da atividade como recurso de polícia para a manutenção da ordem social, elas se tornam um aviso sobre a possibilidade de repetição desse discurso, como vemos acontecer ao longo da história, ainda que disfarçados com elementos contemporâneos do discurso politicamente correto ou cientificamente suposto sobre a loucura. A atividade, portanto, permite mais uma vez que se perceba o laço que sustenta a relação sociedade-loucura, revelando um certo modo de percepção da época que se evidencia no discurso que preside as ações social e terapêutica do período (Guerra, 2008, p. 31).

Essas questões se apresentam como desafios que devem ser enfrentados no cotidiano dos CAPS, das cooperativas, das associações, entre outros espaços, por meio da ruptura de relações hegemônicas, na construção de novos projetos, novas formas de convivência, capazes de criar um contexto efetivamente propulsor da emancipação social.

O trabalho nesses espaços produz laços, vínculos, trocas sociais, autonomia. Cria condições para a construção de novos laços fora do circuito da saúde mental. Contudo, ao se tornar pouco reflexivo (tarefeiro/rotineiro), pode trazer alguns riscos, dentre eles: um caminho para o exercício da tutela “assistencialismo”, e de enfraquecer as relações visando exclusivamente o capital.

As cooperativas, associações e as oficinas de geração de renda e trabalho desenvolvidas em alguns CAPS têm contribuído para a autoestima, participação e inserção social das pessoas com transtornos mentais. Todavia essas experiências ainda são frágeis e de pequena sustentabilidade, sobretudo, no estado do Pará, assinalando a necessidade de se construir condições objetivas, por meio de políticas públicas e da participação da sociedade, para que tais experiências se consolidem, ampliem, superem e possam atender com mais efetividade às necessidades dos indivíduos, propiciando uma cooperação solidária de toda a sociedade com o processo de superação dos manicômios (BRASIL, 2005a, p. 8).

As experiências analisadas neste estudo, mostram que tanto a associação Brilho e Luz, quanto às ações de inserção social e produtiva promovidas pelos CAPS demonstram carência de investimento, infraestrutura, qualificação que poderiam ser promovidas por parte do poder público, verifica-se em relação a estas últimas, que houve um incentivo a constituição de algumas

estratégias, sem acompanhamento e avaliações dos resultados gerados, das dificuldades vivenciadas até que estas possam de fato caminhar sozinhas.

Nessa interface entre economia solidária e saúde mental, observa-se que o maior desafio está relacionado à demanda não só de ações setoriais específicas, principalmente, ações transversais que articulem instrumentos das várias áreas (educação, saúde, trabalho, habitação, desenvolvimento econômico, tecnologia, crédito e financiamento, entre outras) capazes de contribuir para sustentabilidade dessas experiências e para o processo de autonomia.

Como problematizado nesse estudo, as pessoas com transtornos mentais foram consideradas incapazes para cuidar de si mesmas e eram vistas como uma ameaça à comunidade e, portanto, deveriam ser afastadas da vida pública. Nessa perspectiva, foram isoladas e segregadas, restritas a instituições totais⁷⁹. Atualmente, esse cenário encontra-se em processo de transformação, mas práticas desumanas e inovadoras ainda coexistem no campo da saúde mental.

A análise desse processo de transformação pode ser observada a partir da constituição de novos serviços, novas possibilidades e espaços para a loucura, para a diversidade, para a singularidade. Esse movimento pode ser analisado, ainda, nos avanços jurídicos e sociais, sobretudo em relação aos direitos, outrora negados aos loucos, entre eles: o de ser livre, de se expressar, de ser ouvido, de ser tratado com respeito e dignidade, de constituir ou conviver com amigos e familiares, de trabalhar, de ter direito ao cotidiano da vida.

Para tanto, tem surgido algumas iniciativas dentro e fora dos espaços de saúde mental, dentre elas as oficinas, cooperativas e associações que buscam resgatar/reconstruir laços e afetos rompidos pela segregação, pela ruptura com a cidade, com o coletivo, com a vida.

No estado do Pará, foi identificada somente uma experiência de associação de pessoas com transtorno mentais e seus familiares: a Associação de Apoio aos Portadores de Transtornos Mentais e seus Familiares - BRILHO E LUZ, uma referência que se viabiliza fora dos espaços institucionais e que tem se apresentado como uma prática inovadora e desafiadora, ao buscar desconstruir a

⁷⁹ Segundo Goffman (2008, p.11) “uma instituição total pode ser definida como um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada”. São espaços que não permitem qualquer contato entre o internado e o mundo exterior, seu o objetivo é excluí-lo completamente do mundo originário.

visão estereotipada em torno da loucura, bem como, ao demonstrar o quanto é importante para o indivíduo ter o direito de compartilhar espaços sociais, somado ao direito de trabalhar e de produzir.

Diante disto o que importa analisar que o trabalho enquanto estratégia de inserção social das pessoas com transtornos mentais, ao mesmo tempo em que passa a ser visto como elemento para conquista da cidadania, verifica-se que no cotidiano da vida, a implementação dessa estratégia tem sua prática restringida ao interior dos CAPS e em alguns casos inviabilizada pela situação precária em que se encontram as relações de trabalho, bem como a carência de políticas públicas. De qualquer modo, essa nova estratégia tem enfrentado grandes desafios, a exemplo, o acesso aos serviços sociais, culturais, educacionais e ainda uma mudança cultural em relação às pessoas em sofrimento psíquico.

No cotidiano das pessoas com transtornos mentais quase sempre o espaço de circulação restringe-se ao movimento: casa, serviço de saúde mental ou, com frequência, hospital. Esta realidade implica na necessidade de diversificar a rede de atenção em saúde mental, a fim de contribuir e incentivar novas possibilidades de encontro via a ampliação da rede de circulação e utilização dos recursos existentes na sociedade, que podem ser pensadas e estruturadas de diferentes formas, dentre elas: organização de associação de usuários e familiares; alianças com projetos e ações de outros setores visando, por exemplo, a constituição de uma cooperativa de trabalho; ações junto a câmara municipal para a aprovação de projetos de lei; organização de moradias e/ou residências terapêuticas; realização de eventos culturais, entre outros. Um conjunto de ações que estimule, convide a sociedade a construir coletivamente novas formas e espaços de convivência.

Em meio aos riscos e as potências, depara-se com uma política nacional de trabalho e geração de renda em saúde mental que é fruto de dois grandes movimentos sociais: a luta antimanicomial e a economia solidária. Esta política tem uma série de aspectos positivos como a luta contra os processos de exclusão econômica, a afirmação de um modo de produzir que se propõe a fazer resistência ao modo hegemônico, pautar as ações na autogestão, na solidariedade e no coletivo, entre outros.

Outro aspecto observado por meio da pesquisa diz respeito caráter heterogêneo da política de saúde mental e conseqüentemente do fomento das

iniciativas de inserção social por meio do trabalho. Algumas regiões avançaram significativamente no processo de reforma psiquiátrica, entretanto, outras ainda enfrentam grandes desafios e carecem de serviços. Realidade que sinaliza para necessidade de expansão, consolidação e qualificação da rede de atenção à saúde mental, sobretudo dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), bem como da articulação entre as políticas de economia solidária e saúde mental fomentadas no governo Lula.

Em um país marcado por fortes desigualdades regionais, esses desafios se representam como uma tarefa complexa. Estas diferenças demandam olhares específicos para cada região no desenvolvimento das políticas de saúde pública de modo geral. Os estados da região Norte reforçam essa necessidade de atenção por parte do Estado para a região amazônica, o que remete ao debate, mais amplo que a questão da saúde, mas sobre desenvolvimento regional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBUQUERQUE, Paulo. Autogestão. In CATTANI, Antonio David (Org.). **A outra economia**. Porto Alegre: Veraz Editores, 2003. p. 20-25.
- AMARANTE, Paulo; TORRE, Eduardo. 2001. A Constituição de Novas Práticas no Campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. In: **Saúde em Debate**. Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Rio de Janeiro, v.25, nº 58, maio/ago. p.26-34.
- _____. Reforma Psiquiátrica e Epistemologia. Cad. Bras. **Saúde Mental**, v. 1, n. 1, _____ jan./abr., _____ 2009. Disponível em: <http://www.esp.rs.gov.br/img2/04_Paulo_Amarante.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2011.
- _____. Rumo ao fim dos manicômios. In: **Revista Mente & Cérebro**, setembro de 2006. p. 31-35. Disponível em: www.mentecerebro.com.br.
- _____. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- _____. Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia. In: **História, Ciências e Saúde – Manguinhos**. ISSN 0104-5970 vol I. Julho – outubro, 1994. p. 61-77.
- _____. Asilos, alienados e alienistas: pequena história da psiquiatria no Brasil. IN: **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**, Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 73 – 84.
- _____. (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**, Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994
- _____. **Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.
- _____. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.
- _____. Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da Reforma Psiquiátrica brasileira. In: **Saúde e Democracia. A luta do CEBES**. São Paulo: Lemos editorial, 1997.
- ANAYA, Felisa. **Reflexão sobre o Conceito de Serviço Substitutivo em Saúde Mental: a Contribuição do CERSAM de Belo Horizonte- MG**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.
- ANUNCIÇÃO, A. C. R., SANTOS, R. F. dos. **Gestão de custos como instrumento de informações nas tomadas de decisões em uma associação**. Trabalho de Conclusão de Curso. Graduação em Ciências Contábeis, Faculdade

de Ciências Contábeis, Instituto de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Pará. Belém, 2011.

BASAGLIA, Franco. **A instituição negada**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BARFKNECHT, Kátia Salete. **Economia solidária, saúde mental e trabalho em uma cooperativa de confecção de Porto Alegre**. (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2005.

BARROS, Denise D. Cidadania versus periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução do saber. In: AMARANTE, Paulo (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p 171-193.

BECK, Marisa Lurdes. **SAÚDE MENTAL E ARTETERAPIA : Possibilidades de desenvolvimento da autonomia**. Centro Universitário Feevale. Novo Hamburgo, 2009.

BERTANI, I. F.; OLIVEIRA, T. M.; SILVA, E. P. da. Saúde Mental e Economia Solidária: uma relação em construção. V Encontro Internacional de Economia Solidária. 2006: São Paulo. **Anais do V Encontro Internacional de Economia Solidária**. 2006 – São Paulo: Universidade de São Paulo / Núcleo de Economia Solidária, 2008.

BIRMAN, Joel. **A psiquiatria como discurso da moralidade**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

BRAGA, Dorvalino. Lances históricos da história da psiquiatria no estado do Pará. In: **História, loucura e memória: o acervo do Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira**, Belém: Secretaria de Estado de cultura/arquivo público do estado do Pará, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados - 8, Ano VI, nº 8, janeiro de 2011. Brasília, 2011. (acessado em 24/03/2011).

_____. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados - 9, ano VI, nº 9. Informativo eletrônico. Brasília: julho de 2011(acessado em 13/06/2011).

_____. Ministério da Saúde. **Residências terapêuticas: o que são, para que servem**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004 a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental e economia solidária: inclusão social pelo trabalho**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados Ano I**, nº 1, maio de 2006. Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/Coordenação Nacional de Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria no 1.169/ GM de 7 de julho de 2005**. mimeo. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental, 2001. Brasília.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 106, de 11 de fevereiro de 2000. **Legislação em saúde mental: 1990-2004** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. 5. ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. p.100 -104.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Temário Oficial**. Ementas dos Eixos e Sub-Eixos Elaborados pela Comissão Organizadora. Versão preliminar 1. Fechado em 30 de março de 2010.

_____. Governo Federal. Grupo Executivo Interministerial. **Plano de Desenvolvimento Territorial Sustentável para o Arquipélago do Marajó**: resumo executivo da versão preliminar para discussão nas consultas públicas / Governo Federal, Grupo Executivo Interministerial. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério do Trabalho. **Atlas da Economia Solidária no Brasil**. Brasília, 2006.

CASTEL, R. **A Ordem Psiquiátrica**: a idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

CATTANI, David (org.). **Outra Economia**. Porto Alegre: Veraz Editores, 2003.

COSTA, Emília Viotti da. **Da Senzala à Colônia**. 4 ed. São Paulo: Fundação Editora da UNESP, 1998.

COSTA, Jurandir Freire: **História da Psiquiatria no Brasil**. 5ª Ed. rev. Rio de Janeiro: Garamond, 2007.

DELEUZE, Gilles. “*Post-Scriptum* sobre as sociedades de controle”. In: **Conversações**. Trad. de Peter Pál Pelbart. SP: Editora 34, 1992.p. 219 – 226.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Perspectivas da psiquiatria pós-asilar no Brasil (com um apêndice sobre a questão dos crônicos) In: **Cidadania e Loucura**: políticas de saúde mental no Brasil. 8ª Ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

_____. et al. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil – Conferência Nacional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. In: MELLO, M. F. de; MELLO, A. A. F.; KOHN, R. (Orgs.). **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 39-83.

_____. Economia solidária e saúde mental. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Saúde Mental e Economia Solidária: inclusão social pelo trabalho**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006a.

EID, Farid e GALLO, Ana Rita. Descentralização do Estado, Economia Solidária e Políticas Públicas: construção da cidadania ou reprodução histórica do assistencialismo? In: **Anais do XI Congresso da Federação Internacional de Estudos sobre América Latina e Caribe – FIEALC**. Osaka, Japão, setembro de 2003.

ENGELMAN, Selda. **Trabalho e loucura: uma biopolítica dos afetos**. Porto Alegre: UFRGS/Sulina, 2006.

FALEIROS, Eva T. Silveira. Serviço Social e Saúde Mental. In: **Revista Inscrita**. Conselho Federal de Serviço Social, 2002.

FRANÇA FILHO, Genauto; LAVILLE, Jean-Louis. **Economia solidária uma abordagem internacional**. Rio Grande do Sul: UFRGS, 2004.

FIGUEIREDO, Aldrin; RODRIGUES, Silvio. Alienados, pajés e leprosos: medicina, estigma e exclusão social na Amazônia (1830-1930) In: **História, loucura e memória: o acervo do Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira**, Belém: Secretaria de Estado de cultura/arquivo público do estado do Pará, 2009.

FÓRUM BRASILEIRO DE ECONOMIA SOLIDÁRIA/FBES. **IV Plenária Nacional de Economia Solidária**. Relatório Final. Luziânia, 2008.

FOUCAULT, Michel. **A História da Loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

_____. **Microfísica do poder**. 26 ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

_____. **Doença Mental e psicologia**. 1 ed. Lisboa: Texto e Grafia, 2008.

_____. **Vigiar e Punir**. Nascimento da Prisão. Tradução de Raquel Ramalhe. **29ª Edição**. EDITORA VOZES. Petrópolis, 2004.

_____. **Estratégia, poder-saber**. Organização e seleção de textos de Manuel Barros da Motta; tradução Vera Lúcia Avellar Ribeiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006b. (Ditos e escritos IV).

GAIGER, Luíz Inácio Germany. A economia solidária diante do modo de produção capitalista. In: **Cadernos CRH**. Salvador, jul/dez de 2003. Nº 39.

_____. A economia solidária e o projeto de *outra mundialização*. In: **Revista de Ciências Sociais**. Vol. 47. Nº 04. Rio de Janeiro, 2004.

_____. (Org.). **Sentidos e Experiências da Economia Solidária no Brasil**. Porto Alegre, 2004.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. 8 ed. São Paulo: Perspectiva, 2008.

_____. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

GUERRA, Andréa Mária Campos. Oficinas em saúde mental: percurso de uma história, fundamentos de uma prática. In: COSTA, C. M. e FIGUEIREDO, A. C. (org.). **Oficinas terapêuticas em saúde mental**: sujeito, produção e cidadania. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2008.

FURTADO, Celso. **Formação econômica do Brasil**: edição comemorativa: 50 anos / Celso Furtado; organização Rosa Freire d'Aguiar Furtado. São Paulo: Companhia das Letras, 2009.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999. p. 117-127.

GOHN, Maria da Glória. **Teorias dos Movimentos Sociais**: Paradigmas Clássicos e Contemporâneos. São Paulo: Loyola, 1997.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

LEAL, E. M. Trabalho e reabilitação psiquiátrica fora do contexto hospitalar. In: COSTA, C. M. e FIGUEIREDO, A. C. (org.). **Oficinas terapêuticas em saúde mental**: sujeito, produção e cidadania. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2008.

_____. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

LIMA, E. A. Oficinas e outros dispositivos para uma clínica atravessada pela criação. In: COSTA, C. M. e FIGUEIREDO, A. C. (org.). **Oficinas terapêuticas em saúde mental**: sujeito, produção e cidadania. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2008.

Lopes JL. **A psiquiatria e o velho hospício**. Disponível online http://www.abpbrasil.org.br/historia/galeria/a_psiquiatria_e_o_velho_hospicio.pdf. Acessado em 05/02/2011.

MARTINS, Rita de Cássia Andrade. Saúde mental e economia solidária: Construção democrática e participativa de políticas públicas de inclusão social e econômica. In: **Psicologia e economia solidária**: interfaces e perspectivas. São Paulo: Casa do psicólogo, 2008. p.245-262.

MARX, Karl. **O Capital**. São Paulo: Nova Cultural, 1988.

MEDEIROS, Tácito Augusto. **Formação do Modelo Assistencial Psiquiátrico no Brasil**. Dissertação de mestrado. Instituto de Psiquiatria. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1977.

MENDES, Silvia Maria de Oliveira. **Saúde Mental e trabalho**: transversalidade das políticas e o caso de Juiz de Fora. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Juiz de Fora, 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; GOMES, Suely Ferreira Deslandes Romeu (orgs.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 27ª ed. Petrópolis: Vozes, 2008. p.9-29

_____. **O desafio do conhecimento**: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MIRANDA, Núbia Cristina Assunção. **A Economia Solidária no Estado do Pará**: atores, tramas e desafios. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal do Pará, 2009.

NASCIMENTO, Rodolfo Valentim C. Por uma outra história da loucura. In: **História, loucura e memória**: o acervo do Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira, Belém: Secretaria de Estado de cultura/arquivo público do estado do Pará, 2009.

NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. **Economia Política**: uma introdução crítica. 2ªed. São Paulo: Cortez Editora, 2007.

_____. Razão ontologia e práxis. **Revista Serviço Social e Sociedade**. Nº 44, ano XV. São Paulo: Cortez, 1994.

NETO, Otávio Cruz. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; GOMES, Suely Ferreira Deslandes Romeu (orgs.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 27ª ed. Petrópolis: Vozes, 2008. p.51-66.

OLIVEIRA, A. G. B.; VIEIRA, M. A. M.; ANDRADE, S. M. R. **Saúde Mental na saúde da família**: subsídios. São Saulo: Olho d'agua, 2006.

PASSOS, Izabel Chistina Friche. **Políticas e práticas de cuidado em Saúde Mental**: experienciais e “modelos” em discussão. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2000.

PEDROSO, Janari Silva. **Loucura e assistência psiquiátrica no Pará (1833 a 1984)**. Belém: NAEA, 2008.

PESSOTTI, Isaías. **Os nomes da loucura**. São Paulo: Editora. 34, 1999.

PINTO, João Roberto Lopes. **Economia solidária**: de volta a arte da associação. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2006.

PRADO JUNIOR, C. **Formação do Brasil Contemporâneo**. São Paulo: Brasiliense, 1983.

RESENDE, Heitor. Política de saúde mental no Brasil: uma revisão histórica Tundis e Nilson R. Costa (Orgs.). **Cidadania e loucura**: políticas de saúde mental no Brasil. 8 ed. Rio de Janeiro, Petrópolis: Vozes, 2007.

RICCI, Magda; VALENTIM, Rodolfo. (Orgs.). **História, loucura e memória**: o acervo do Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira, Belém: Secretaria de Estado de cultura/arquivo público do estado do Pará, 2009.

RICHARDSON, Roberto Jarry, et al. **Pesquisa Social**: métodos e técnicas. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

ROSA, L. C. S. **Transtorno mental e o cuidado na família**. 2ª Ed. São Paulo: Cortez, 2008.

SANTANA, Joana Valente. **Banco interamericano de desenvolvimento e política urbana no município de Belém**: tensões e compatibilidades no modelo de gestão de cidades e no discurso da participação social. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2006.

SANTOS, Wanderley Guilherme. **Cidadania e justiça**: a política social na ordem brasileira. Rio de Janeiro: Campos, 1979.

SARGES, Maria de Nazaré. **Belém**: riquezas produzidas na belle-epoque (1870-1912). 2ª Ed. Belém: Paka-Tatu, 2002.

_____. **Memória do “Velho Intendente” Antonio Lemos (1969-1973)**. Belém: Paka-Tatu, 2002.

_____. “Belém: um outro olhar sobre a Paris dos trópicos (1897-1911)”. In: SOLLER, Maria Angélica e MATOS, Maria Izilda S. (orgs.). **A cidade em debate**. Belém, Recife, Rio de Janeiro, São Paulo, Santos, Uberlândia, Curitiba, Porto Alegre. São Paulo, Editora Olho d’água, 1999. p.69.

SILVA, Érika Amorim da. **O cotidiano da morte e a secularização dos cemitérios em Belém na segunda metade do século XIX (1850/1891)**. Dissertação (Mestrado em História Social) Pontifícia Universidade Católica de São Paulo PUC/SP, 2005.

Tundis e Nilson R. Costa (Orgs.). **Cidadania e loucura**: políticas de saúde mental no Brasil. 8 Rio de Janeiro, Petrópolis: Vozes, 1992.

TOMAZ, Cristiane Silvia. **A cidadania do louco**: um debate necessário para a compreensão da direção teórico-política da luta antimanicomial. Dissertação

(Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Juiz de Fora, 2009.

WEBER, Max. A Ética Protestante e o espírito do capitalismo. Trad. M. Irene de Q. F. Szmrecsányi e Tomás J. M. K. Szmrecsánys. 2ª ed. São Paulo: Pioneira; Brasília: UNB, 1981.

YASUI, Silvio. **Rupturas e encontros**: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde) - Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, 2006.

ANEXOS

BANCO DE DADOS - INICIATIVAS DE GERAÇÃO DE RENDA								
Nº	UF	MUNICÍPIO	NOME DA INICIATIVA	CONTATO	ENDEREÇO	TELEFONE	E-MAIL	PRODUTOS/SERVIÇOS
1	AC	Porto Acre	"HORTA SODÁRIA VIDA SAUVADEL"	Marcos do Nascimento Barbosa	Rod - 10, Km - 57, Vila do Inca - Porto Acre - AC.	(68) 3233-1086	glinioribeiro@hotmail.com	Produtos Alimentícios, Hortaliças, Grãos e Plantas Medicinais
2	AC	Rio Branco	Grafitar para não pixar	SANDRA ORTIZ RODRIGUES		(68) 3227-5134	caps.saude@ac.gov.br	Confecção
3	AC	Rio Branco	Serviço Hospitalar de Referência de Alcool e outras Drogas	Francilene Galvão	Avenida Nações Unidas, 700, Bairro do Bosque CEP: 69908-620	(68) 9226-2424	shrad.huerb@gmail.com	
4	AL	Batalha	"FLUXUAR PARA MELHORAR"	Helena Lúcia Lopes Melo	Rua 22 de dezembro S/N CEP: 57420-000	(82) 9979-4122	helenalmeo@ig.com.br	Confecção
5	AI	Cajueiro	PROJETO DE REINSCRIÇÃO SOCIAL GERAÇÃO DE RENDA CULINÁRIA	Ana Adélia Melo Rocha	Av. Antonio Carlos de Moraes s/n	(82) 3284-1115	anaamrocha@hotmail.com	
6	AL	Capela	Produção e comercialização de hortaliças	Juliano Almeida Bastos	Rua José Euzébio Borges 5/N	82-91442686	julianobastos@yahoo.com.br	Produtos Alimentícios
7	AL	Ibateguara	PROJETO DE INCLUSÃO SOCIAL PELO TRABALHO	VERONICA DUDA DOS SANTOS	RUA DRª JANETE DE ARAUJO, S/N	82-32031217	ibateguara@saude.al.gov.br	Confecção e tecelagem
8	AL	Joaquim Gomes	Bazar Cristivo: um espaço para mentes saudáveis	Nathália Martins	Praça Laurentino Gomes de Barros CEP: 57980-000	(82) 3252-1485	caps_joaquimgomes@hotmail.com	Reciclagem e Confecção
9	AL	Maceió	Associação Doido para Trabalhar	Claudete do Amaral Lins	Rua Clementino Dumont s/n#1	82-33516329/9992-	claudete_lins@yahoo.com.br; reginajapa@hotmail.com	COLTA SELETTVA E RECICLAGEM DE RESÍDUOS SÓLIDOS
10	AL	Maceió	Geração de Renda - Trabalho é Terapia	Cynthia Braga Mota	Rua Dias Cabral. 569 - Centro	82-33155218	saudentalsms@hotmail.com	Artesanato, Bijuteria, Produtos Alimentícios
11	AL	Major Isidoro	CAPS MANDACARU BELEZA	Amanda Karol da Silva Generino	SITIO ESCUTA S/N MAIOR ZIDORO-AL CEP: 57580-000	(82) 9926-4022	majorzidoro@saude.al.gov.br	Confecção
12	AL	Porto Calvo	FAZENDO E ACONTECENDO COM O BISCUIT: A ARTE COMO INSERÇÃO SOCIAL.	Ivanise Gomes de Souza Bittencourt	Rua Guedes de Miranda; s/n. Centro.	82-93025210	capsportcalvo@gmail.com	Confecção
13	AL	São José da Laje	CAPS DR MUCIO TENORIO VERAS	SOLANGE	SITIO GRANJEIRO CEP: 57860-000	82-93510386	sjdalaje@saude.al.gov.br	Reciclagem - Marcenaria - Tecelagem - Cerâmica
14	AL	São José da Laje	Mãos na Terra	Rosana Lúcia Pedrosa Leite	Sítio Granjeiro, n/s CEP: 57860-000	(82) 9157-2771	sjdalaje@saude.al.gov.br	Produtos Alimentícios, Hortaliças, Flores, Grãos, Frutas, Plantas Medicinais e Prestação de serviços:Alimentação
15	AL	São Sebastião	Bananart	Flávia Calheiros	Rua Pedro Vieira de Barros; s/n centro; São Sebastião	82-88355061	flavia_calheiros@hotmail.com	Confecção
16	AL	São Sebastião	Projeto mãos e mentes	Flávia Calheiros	Rua Pedro Vieira de Barros; s/n centro; São Sebastião	82-96003764	flavia_calheiros@hotmail.com	Confecção
17	AL	União dos Palmares	De Zumbi ao nosso nego bom de hoje!	Artur Ferreira da Silva Filho	CEP: 57800-000	(82) 3281-1170	capsuniao@hotmail.com	Frutas, Prestação de serviços:Alimentação e Produção do doce nego bom
18	AM	Fonte Boa	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	MAE	AVENIDA BOULEVARD ALVARO MAIA	92-81351140	eule_nice@hotmail.com	
19	AM	Humaitá	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	SILCIA CORREA LIMA	RUA 13 DE MAIO; 177 - CENTRO	97-81180416	silcialma@hotmail.com	Reciclagem - Tecelagem
20	AM	Manaus	Lanchonete solidari@ção entre amigas	Rosângela Aufero	Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro CEP: 69000-000	(92) 9128-9593	rosangela_aufero@yahoo.com	Alimentação
21	AM	Manaus	Mês & Voz: arte, cultura e trabalho para portadores de sofrimento psíquico	Nívyde Castro	Travessa São Geraldo, Nº 68, Bairro São Geraldo	(92) 9601-0625	nivydecastro@yahoo.com.br	Reciclagem, Confecção e Produtos Alimentícios
22	AM	Parintins	Arte com as mãos	Mireille			mirielle12@bol.com	Confecção
23	AM	Rio Preto da Eva	"Vida Vivida aos Pedacinhos"	Cacilda Gomes da Silva Reis	R. Gov. Alvaro Dias; 13 - Centro / Rio Preto da Eva - AM - CEP 69117-000	92-91057561	greis@gmail.com	Peças em mosaico
24	AM	Tefé	CIST TEFÉ	Enfermeira Tatiane França	RUA BRASLIA Nº 237 BARRIO JURUA	92-81643580	tatioudez@hotmail.com	Confecção - Cerâmica - Produtos Alimentícios
25	BA	Alagoinhas	OFICINA DE VELAS	ANA PAULA OLIVEIRA LIMA	RUA DANTAS BIAÇO, S/N CEP: 48100-000	(75) 8194-1260	ANAPPSI@HOTMAIL.COM	Confecção
26	BA	Alagoinhas	LOJA DELIRART	Jordan Lima	RUA DANTAS BIAÇO, S/N# CEP: 48000-000	(71) 9924-2345	lojadelirart@gmail.com	Comércio
27	BA	Aracatu	PROJETO VOZES VELADAS	Miriã Lima	CEP: 46130-000	(77) 3446-2250	mirialma@hotmail.com	Reciclagem, Confecção, Tecelagem, Hortaliças, Grãos e Prestação de serviços: Alimenta
28	BA	Aracatu	VISTA ESSA IDEIA	MIRIA LIMA	RUA CAPITÃO JOÃO JOSE DAS VIRGENS CEP: 46130-000	(77) 3446-2250	mirialma@hotmail.com	Confecção
29	BA	Aracatu	CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE ARACATU	MIRIA LIMA	RUA CAPITÃO JOAO JOSE DAS VIRGENS CEP: 46130-000	(77) 3446-2250	mirialma@hotmail.com	Confecção e Hortaliças
30	BA	Bom Jesus da Lapa	Projeto CRISART- Criação, sustentabilidade e arte	Elaine Janaina Moura Rodrigues	CEP: 47600-000	(77) 8101-0765	elainejanaina@yahoo.com.br	Reciclagem, Confecção, Hortaliças e Plantas Medicinais
31	BA	Camacan	projeto de inclusão através de geração e renda	azenildes barreto santos	rua ana moura s/n	73-99720139/32831124	capscamacan@hotmail.com	Confecção e artesanato
32	BA	Cicero Dantas	caps ze de isaac	Josicleide	praça cicero galvães, nº86 CEP: 48410-000	(75) 9907-5621	capszedesaac@yahoo.com.br	Reciclagem, Confecção e Hortaliças
33	BA	Cruz das Almas	TEATRO MÓVEL: CONDUZINDO A CULTURA DA PAZ	ANNA CAROLINA MACHADO	RUA LIONS CLUB, S/N. PARQUE SANTA CRUZ CEP: 44380-000	(75) 3621-7399	capsrestituicao@yahoo.com.br	Reciclagem, Confecção, Capacitação e formação
34	BA	Eunápolis	OFICINA DE CERÂMICA	Hilda A M Guimarães	RUA professora Marcia Medeiros nº130	73-81226863	hilda.martins@hotmail.com	Marcenaria e Cerâmica
35	BA	Eunápolis	Plantando o sorriso de amanhã/ Sementes do Amanhã	Ludmilla	Rua Prof Márcia Medeiros, 130 CEP: 45820-000	(73) 3281-7812	ludmilla.to@hotmail.com	Produtos Alimentícios e Hortaliças
36	BA	Eunápolis	Projeto de Oficinas Geração de Rendas	Hilda Aparecida Matoso Guimarães	Rua Professora Marcia Medeiros Nº130 Eunapolis-BA	73-91228286	hilda.martins@hotmail.com	Cerâmica
37	BA	FEIRA DE SANTANA	ARTE E TERAPIA	EDWIRGES ARAUJO, SANDRO IÊGO	PRAÇA TIRADENTES, 228, CENTRO, CEP 44100-000	75-3614-6595/8814-0786	capsoscarmarques@yahoo.com.br	CROCHÊ E TAPEÇARIA, BONECAS DE LÃ, PANOS DE PRATO
38	BA	FEIRA DE SANTANA	OFICINA DE ARTE CULINÁRIA	DAYANA MIRANDA	PRAÇA TIRADENTES, 228, CENTRO, CEP 44100-000	6595/8814-0786	capsoscarmarques@yahoo.com.br	DOCES, PÃES, PIZZA
39	BA	FEIRA DE SANTANA	OFICINA DE CULINÁRIA	ROSANGELA SAMPAIO	AV GETÚLIO VARGAS, 1864, CENTRO, CEP44045-010	(75)3625-3378	capsad_feira@yahoo.com.br; carolinacs_psi@yahoo.com.br	Produtos Alimentícios
40	BA	FEIRA DE SANTANA	OFICINA DE TRABALHOS MANUAIS	PATRICIA LIGUORI	PRAÇA TIRADENTES, 228, CENTRO, CEP 44100-000	75-3614-6595/8814-0786	capsoscarmarques@yahoo.com.br	ARTESANATO
41	BA	Ibicaraí	Incluir-se	betânia gama	av. são vicente de paula s/n	77-91186922	capsibicara@yahoo.com	Reciclagem - Confecção - Tecelagem
42	BA	Iguai	Projeto Arte Mania	Milene Santos Sousa Pinheiro	Rua Alto da Cajazeira, s/n, Bairro Flanboyant CEP: 45280-000	(73) 3271-2320	capsiguai@hotmail.com	Reciclagem e Confecção
43	BA	Iraquara	CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE IRAQUARA	BRÁULINO PEIXOTO	RUA SILVIO ALMEIDA IRAQUARA CENTRO			Reciclagem, Confecção, Cerâmica e Produção de Hortaliças
44	BA	Itabuna	projeto tecendo vidas	Renata Raiol	Rua henrique alves,409	(73) 3612-4500	reraio@yahoo.com	Confecção e Tecelagem
45	BA	Itapetinga	projeto de geração de renda do caps de itapetinga	betânia gama	RUA ESPIRITO SANTO-261 BAIRO CLEROLA	77-32617927	capsdelitapetinga@hotmail.com	Reciclagem, Confecção e Hortaliças
46	BA	Jacobina	OFICINA ARTE & RENDA	Thiago Lima Melo	RUA H: S/N - CONDOMÍNIO MOTINHA-CAEIRA	71-92032680	capsajacobina@gmail.com	Reciclagem - Confecção
47	BA	Lauro de Freitas	Pintando o sete- trabalho e cidadania em saúde mental	Cristiani Minga Beltran Fanti	Rua esperança, 112 loteamento menino Jesus, H 1 a 4 - portão - CEP: 42700-000	(71) 3369-9933	atencaobasicalauro@hotmail.com	Pintura predial
48	BA	Livramento de Nossa Senhora	Oficinas de Geração de Renda	Edna Santos Silva			ednas_creativer@hotmail.com	Reciclagem, Confecção e Agricultura: Hortaliças
49	BA	Maracás	projeto Esperança	Jalmirde dos Anjos Correia	avenida Joao Bastos nº 90 CEP: 45360-000	(73) 3533-2124	jauari@uol.com.br	Reciclagem e Hortaliças
50	BA	Muritiba	Projeto vaidade pura	Raimundo - Coordenador	Rua Danmann; 162, Centro	75-99913807	caps.castroalves@yahoo.com.br	Confecção
51	BA	Muritiba	Plantando e colhendo saúde mental	Joelma Lopes	rua Sabino Santiago, s/n centro CEP: 44340-000	(75) 3424-1212	lopes.bahia@hotmail.com	Hortaliças
52	BA	Mutuípe	Projeto Libertas Loucuras	DIANE A S PACHECO/ WENDELL CARDOSO	Coris. J RIBEIRO; S/N CENTRO MUTUIPE	75-36351028	Djane Pacheco	Marcenaria - Confecção
53	BA	Ondina	CAPS - PORTAL DO SOL	Maria José	RUA CANDIDO DE FARRIAS, 822 OLINDA	75-99421148	mj_zelha@hotmail.com	
54	BA	Paulo Afonso	Fazendo seu Papel	Carla Samara	Rua José Hemetério de Carvalho, 644 - Perpetuo Socorro CEP: 48600-000	(75) 8844-4062	carlasamara@gmail.com	Reciclagem e Hortaliças
55	BA	Paulo Afonso	Colhendo o que se planta	Susanna Lisboa da Silva	Rua José Hemetério de Carvalho, 644 - Perpetuo Socorro CEP: 48600-000	(75) 8822-1962	susannalibo@yahoo.com.br	Produtos Alimentícios, Hortaliças e Alimentação
56	BA	Paulo Afonso	Mostrando a cara	Susanna Lisboa da Silva	Rua José Hemetério de Carvalho, 644 - Perpetuo Socorro CEP: 48600-000	(75) 8822-1962	susannalibo@hotmail.com	Serviços gerais
57	BA	Paulo Afonso	Oficina Geração de Renda	Valéria Santana	Rua José Hemetério de Carvalho, 644 - Perpetuo Socorro CEP: 48600-000	(75) 8821-6838	valeria_carvalho86@yahoo.com.br	Reciclagem
58	BA	Paulo Afonso	Cooperativa Social Mente Recicla	Luis Filipe Dias Bezerra	Rua Joana Angelica, 426 Perpetuo Socorro CEP: 48603-000	(75) 8821-6838	luisfilped@yahoo.com.br	Reciclagem e Plantas Medicinais
59	BA	Pé de Serra	Amanhecer	Graça Lorena Carneiro Barbosa	Rua Jorge Luiz de Oliveira Santana CEP: 44655-000	(75) 3660-2207	saudepedeserra@hotmail.com	Confecção e Pintura
60	BA	Pé de Serra	Projeto Arte e Vida	Graça Lorena Carneiro Barbosa	CEP: 44655-000	(75) 3660-2207	saudepedeserra@hotmail.com	Reciclagem, Confecção e Tecelagem
61	BA	Planaltino	Projeto Começar com Artes 2	Genival Avelino de Carvalho Junior	CEP: 45375-000	(73) 3544-2314	saudeplanaltino@gmail.com	Reciclagem
62	BA	Poções	Empoderando Para a Cidadania e Bem Estar Mental	Karine Amaral	Av. Cónego Pithon, s/n, Centro CEP: 45260-000	(77) 9949-0173	karine_psic@hotmail.com ; verasantos@hotmail.com	Reciclagem, Confecção, Flores e Confecção de flores artesanais e vassouras de pet
63	BA	Riachão do Jacuipê	Arte em Tecido	Larissa Arapiraca Oliveira	CEP: 44640-000	(75) 3264-1783	larissa.arapiraca@gmail.com	Reciclagem, Confecção e artesanato
64	BA	Salvador	Geração Caps Franco Basaglia	Maria Ivone Torres	R. Tadeu Santos, s/n, Condomínio Colina da Fonte, Alto do Coqueirinho -	(71) 3285-0396	capsitaguan@hotmail.com	Reciclagem, Marcenaria e Confecção
65	BA	SALVADOR	Projeto Social Criamundo	Marcelo Veras, Marcelo Magnelli	Av. Tancredo Neves, 1632 - Torre Norte - Sala 2115, Salvador/BAHIA	31-31726666	contato@criamundo.org.br	Reciclagem e Tecelagem
66	BA	Salvador	RODA DE ENGENHO - OFICINAS ARTICULADAS DE GERAÇÃO DE RENDA	CLERISTON ALVES COSTA	AV. LAURINDO RÉGIS, 01 LARGO SOLAR DA BOA VISTA - ENGENHO	(71) 3611-2953	aristideenovis.saude@salvador.ba.gov.br	Confecção, Tecelagem, PRODUÇÃO DE BIJUTERIAS, DE VELAS E SABONETES E SERIGRAFIA
67	BA	SALVADOR	OFICINA DE MOSAICO E BISCUIT	TARCISIO MATOS DE ANDRADE	PÇ XV DE NOVEMBRO, S/N, TERREIRO DE JESUS, CEP 40025-010	71-3321-4888	ard2005@ufba.br	MÓVEIS E ARTIGOS DE DECORAÇÃO
68	BA	Santa Maria da Vitória	Integração Social Pelo Trabalho	Thiago Rasilan Xavier	Av. Tito Soares; s/n Parque de Exposição	77-91263898	thiago-rasilan@bol.com.br	Reciclagem - Confecção - Cerâmica - Produtos Alimentícios
69	BA	Santo Estêvão	CAPS DR. Mª. Quiteria Mascarenhas Oliveira	Keila Barbosa de Souza	CEP: 44190-000	(75) 3245-2632	sesau2@yahoo.com.br	Reciclagem e Confecção

70	BA	São Felipe	GERAÇOS	Caroline Espinola	Av. Brigido Merret, S/N - São Felipe/Bahia	(75) 3628-2071/ 87254429	vidanova.saofelipe.ba@gmail.com; carolineespinola@gmail.com	Reciclagem, Confeção e Bolsa Cooperado
71	BA	Teixeira de Freitas	Grupo de Geração de Rendas (Loucos Para Viver)	Gleide	Rua José Félix Correia, 182 - Castelinho	73-88098044	capsiate@hotmail.com	Reciclagem
72	BA	Valença	A arte de Pintar a Vida: uma nova perspectiva no olhar	Emanuelle Lacerda Pinto Barbosa	CEP: 45400-000	(75) 3641-6914	manilacerda@hotmail.com	Marcenaria, Confeção, Hortaliças e Plantas Medicinais
73	CE	Canindé	PROJETO NINHO		Av. Francisco Carpos 600 Monte CEP: 62700-000	(85) 3343-3186	msilane2000@yahoo.com	Capacitação
74	CE	Canindé	PROJETO VELUZ	Danieli Uchoa	Rua Paulino Barros, 904 - Bela Vista	(85) 3343-1278	dbuchoa1@yahoo.com.br	Artesanato - Fabricação de velas artesanais
75	CE	FORTALEZA	COOPERATIVA SOCIAL DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL LTDA - COOPCAPS	Maria de Lourdes Bastos Silvinho	RUA DELMIRO DE FARIAS, 1765 - RODOLFO TEÓFILO CEP: 60430-170	(85) 3290-2408	coopcaps@yahoo.com.br; msocorrosmedeiros@hotmail.com	Reciclagem, Marcenaria, Confeção, Plantas Medicinais e Artesanatos em geral
76	CE	Fortaleza	Grupo de Mulheres	Márcia Lustosa	Rua Hildebrando de Melo; 1110	85-88219000	marcia.lustosa@hotmail.com	ARTESANATO
77	CE	Fortaleza	Laboratório Nise da Silveira	Adriana Faheina	Rua Alves de Lima 1120; Colonia	85-87193615	adrianafaheina@yahoo.com.br	Reciclagem, Confeção, Cerâmica e Artesanato
78	CE	Horizonte	Espaço mãos que brilham:uma oficina de inclusão produtiva do Caps de Horizonte-CE	Márcia	Av. Presidente Castelo Branco, nº 5180, Bairro: Centro CEP: 62880-000	(85) 3336-6042	marciaandreagem@yahoo.com.br	confeção de crochê e bijuteria
79	CE	Iguatu	Rede de Saúde Mental de Iguatu-Projeto de Inclusão Social pelo Trabalho-Higiene e Conservatória	Sr. Carlos Prado	Rua 27 de Novembro, 569 - Bairro Prado	8896028715	capsiguatu@yahoo.com.br	Produção de material de higiene e conservatória, artesanato e música
80	CE	Itaitinga	RECICLART - FÁBRICA DE VASSOURAS ECOLÓGICAS E RECICLAGEM DE PAPEL	Caruena Cavalcante Teixeira	R - Joaquim Pereira da Silveira, n.226, Bairro - Genezaré CEP: 61880-000	(85) 3377-2610	caps_itaitinga@yahoo.com.br	Reciclagem
81	CE	Itarema	Produção de Vassouras PET	Eça Canto	Av João Batista Rios s/n CEP: 60590-000	(88) 3667-1121	ecantao@hotmail.com	Reciclagem, Marcenaria e Cerâmica
82	CE	Lavras da Mangabeira	Casa das Bonecas	Simone Firmo de Moraes Almeida	Cel. Raimundo Augusto nº 75 CEP: 63300-000	(88) 3536-1321	caps1lavras@hotmail.com	Confeção
83	CE	Ocara	ARTCAPS: construindo sonhos	Raylene Maria Fonseca da Silva	Avenida Coronel João Felipe, s/n, Centro	(85) 3322-1356	caps.ocara@yahoo.com.br	Marcenaria e Artesanato - pintura em madeira
84	CE	Pedra Branca	GRUPO DE CAPEIRA RODA VIVA	ANGELA AMORIM	ALVARO CESARIO DANTAS 150	(88) 9997-4545	angela.amorim10@gmail.com	Reciclagem e Plantas Medicinais
85	CE	Pentecoste	PROJETO CRIANDO E PINTANDO	HERBENE PESSOA	RUA FRANCISCO FIRMO, S/N	(85) 9101-5357	herbenepessoa@yahoo.com.br	Reciclagem e grupos produtivos com gesso e brecho
86	CE	SOBRAL	Associação Amigos da Saúde Mental de Sobral	Francimar Sampaio	Av. Dr. José Guarany, 1138 Centro Sobral-CE	8894447308	francimarsampaio@bol.com.br/caps	Confeção
87	CE	SOBRAL	Projeto Usina de Talentos	Aline Teles de Andrade	Cel Mont'Alverne, 769 CEP: 62011-210	(88) 3611-1609	alinetad@hotmail.com	Reciclagem
88	CE	SOBRAL	OFICINA DE LITERATURA	MARCIA	AV DR GUARANI, 1138 CENTRO CEP: 62010-300	(88) 3611-7548	MARCIA_MAB@HOTMAIL.COM	Literatura
89	CE	Tamboril	INCLUSÃO SOCIAL PELO TRABALHO	JOAO LUIZ	RUA JOAQUIM MACEDO DE MELO S/N	88-92298606	joao_arajoo40@yahoo.com.br	Alimentação e Serviços gerais
90	CE	Viçosa do Ceará	Loucos por Trabalho	Laudiana Mendonça	Av. José Figueira, s/nº Centro, CEP: 62300-000	(88) 9617-7023	capsvicosadoceara@yahoo.com.br	Reciclagem, Marcenaria e Confeção
91	DF	BRÁSILIA	CABESSA	MARTA PEQUENO ALVES E JOSÉ EURÍPEDES DA SILVA	EPNB KM4 GRANJA DO RIACHO FUNDO, RIACHO FUNDO	61-3996757/962528	coopsaudamental@hotmail.com	ARTESANATO
92	DF	BRÁSILIA	Grupo Louca Arte	Juliana	QD 02 CONJUNTO K ÁREA ESPECIAL 1 SETOR HOSPITALAR DO PARANÓIA-DF		lupeodi13@hotmail.com	Confeção
93	DF	BRÁSILIA	Oficina de Música	Edna Meirelles	Granja do Riacho Fundo: Estrada Parque Núcleo Bandeirante; km04: Área Especial;	91-526800	dinhamirelles@hotmail.com	Reciclagem
94	DF	BRÁSILIA	Oficina de serigrafia ISM	José Eurípedes da Silva	Granja do Riacho Fundo: Estrada Parque Núcleo Bandeirante; km04: Área Especial; s/n	84-916232	euripedescabral@gmail.com	Confeção
95	DF	BRÁSILIA	Oficina Espaço Criativo	Hélia Aparecida do Nascimento Lopes	Granja do Riacho Fundo: Estrada Parque Núcleo Bandeirante: Área Especial; s/n	61-99021010	heliacida@hotmail.com	Reciclagem - Confeção - Tecelagem
96	DF	BRÁSILIA	Oficina de Panificação	Sheila Xavier Fernandes de Castro	ASSIM-AC 03; lote 14/15: Riacho Fundo I	61-96726807	sheila_inha@hotmail.com	Produtos Alimentícios
97	DF	BRÁSILIA	Oficina Ecológica "Semear para a Vida"	Rose Belle Lemos Dubois	Granja do Riacho Fundo: Estrada Parque Núcleo Bandeirante; km04: Área Especial;	61-84334788	dubois.rosebelle@gmail.com	Trilha ecológica
98	DF	BRÁSILIA	Oficina de Horticultura	Marcos D	Granja do Riacho Fundo: Estrada Parque Núcleo Bandeirante; km04: Área Especial	61-92606438	dabadaia@ig.com.br	Produtos Alimentícios
99	DF	BRÁSILIA	Oficinas HSPV	Fabiola	ZSC Area especial N01 Taguatinga sul	61-91841612	to.fabiola@gmail.com	Confeção, Tecelagem e Produtos Alimentícios
100	ES	Carilácsica	Bazar e Brechó do CAPS Cidade	Ana maria Domingues Carvatho	Br. 262 KM 0 de Jardim América	27-99441203	capscidade@saude.ms.gov.br	Reciclagem, Confeção, Tecelagem e Brechó
101	ES	SERRA	PROJETO HORTOCAPS	Janine Andrade Moscon	Rua Beethoven 156, Parque Residencial Laranjeiras, Serra, ES CEP: 29165-190	27-8809705/(27) 3328-4137	capsad.sesa@serra.es.gov.br	Produtos Alimentícios, Hortaliças e Criação de Aves
102	ES	Vila Velha	InterAção: despertando cidadãos para um processo de autonomia	Luciana Dias de Oliveira	Rua Castelo Branco, 1841, Jaburuna CEP: 29100-013	(27) 3239-9857	capsadvilavelha@hotmail.com	Reciclagem e Confeção
103	ES	VITÓRIA	TENDA CRIATIVA	NILCEIA MARIA MALHEIROS C BRANCO	R. JOSÉ DE CARVALHO, S/Nº, ILHA DE SANTA MARIA CEP: 29040-230	(27) 3135-3003	claudiaguia@hotmail.com	Camisetas, panos e prato e bandejas
104	ES	VITÓRIA	COZINHANDO	CLAUDIA VIANNA GAUDIO	R. DR. JOÃO CARLOS DE SOUZA S/N SANTA LUÍZA CEP: 29045-410		claudiaguia@hotmail.com	Reciclagem
105	GO	Caldas Novas	Cozinhando com Amor	Gisele Crossara Andrus	Av. E, Quadra 89 Lote 21, IAnhanga I	64-34546840	caps_caldasnovas@hotmail.com	Produtos Alimentícios e Hortaliças
106	GO	Caldas Novas	CAPS II TEREZINHA MELO DE SOUSA	Gisela Custodio	AV. E QD. 89 ET. 21 ITANHANGA I CEP: 76900-000	(64) 3454-6840	caps_caldasnovas@hotmail.com	Arte e Cultura
107	GO	GOIÂNIA	BELEZA E CULINÁRIA	RUBIA OU MARIA ISABEL	JAV MANCHESTER, 200, CHÁCARA 2, JARDIM NOVO, CEP 74703-010	62-524-1804	rubiacruz@uol.com	CURSOS DE CAPACITAÇÃO EM BELEZA E CULINÁRIA
108	GO	GOIÂNIA	OFICINA DE RECICLAGEM DE PAPEL	RUBIA CRISTINA RODRIGUES	AV SF RADIAL, OR216 - A, LOTE 05, SETOR PEDRO LUDOVICO, CEP 74.823.030	62-3524-1556	srgoiania@yahoo.com.br	COSTUMIZAÇÃO DE ROUPAS E ACESSÓRIOS
109	GO	GOIÂNIA	OFICINA DE TRABALHOS MANUAIS	RUBIA CRISTINA RODRIGUES	AV SF RADIAL, OR216 - A, LOTE 05, SETOR PEDRO LUDOVICO, CEP 74.823.030	62-3524-1556	srgoiania@yahoo.com.br	CARTÕES E PORTA RETRATOS
110	GO	GOIÂNIA	OFICINA DE COSTUMIZAÇÃO DE ROUPAS E ACESSÓRIOS	RUBIA OU MARIA ISABEL	AV SF RADIAL, OR216 - A, LOTE 05, SETOR PEDRO LUDOVICO, CEP 74.823.030	62-3524-1556	srgoiania@yahoo.com.br	ROUPAS DE CROCHÊ, BIJUTERIAS, TAPETES DE TEAR, PEÇAS DIVERSAS DE FUNCIONÁRIA
111	GO	Goiânia	Gerarte - Associação de Trabalho e Produção Solidária da Saúde Mental	RUBIA CRISTINA RODRIGUES E ELIANA GOMES DE OLIVEIRA	Rua 23; Qd. H-11; Lote 7; Setor Marista	62-35241523	gerartegoiانيا@gmail.com	Horta Comunitária, Artesanato, Produtos Alimentícios, Pintura, Bordados, Chaveiros
112	GO	Jatá	Arte de Conviver	Soraya Maria Rezende Vilela	Rua Cap Serafim de Barros, 1981 - Vila Santa Maria / Clube Social 13 de Maio CEP: 74945-000	(64) 3636-1072	sorayarrezende@hotmail.com	Confeção, Tecelagem, Bijuterias e crochê
113	GO	Senador Canedo	PROJETO RENDARTE	FABIANA LOPES DOS SANTOS	RUA JM 07 ESQ. COM SENADOR CANEDO QD 05 JARDIM DAS OLIVEIRAS	(62) 3275-9922	planejamentoaudacanedo@gmail.com	Reciclagem, Confeção e Tecelagem
114	MA	Alto Alegre do Pindaré	Fortalecimento da Inclusão Social - CAPS I	Jandrya de Kátia Santos	Rua da Alegria; s/n; Bairro Centro	98-8826853	jandrya6@hotmail.com	Confeção e artesanato
115	MA	Campestre do Maranhão	SALÃO ESPELHO MEU	PATRICIA R.MACIEL TRINDADE	RUA CLARO MACEDO S/N,CENTRO CEP: 65972-000	(99) 3535-3002	patriciarmaciel@hotmail.com	Limpeza e Beleza (Bolsa-trabalho:Estágio)
116	MA	Campestre do Maranhão	COSTURANDO HISTÓRIAS EM CAMPESTRE	PATRICIA R.MACIEL TRINDADE	RUA CLARO MACEDO S/N,CENTRO	(99) 3535-3002	patriciarmaciel@hotmail.com	Confeção
117	MA	Caxias	Oficina de produção de Cerâmica	Conceição Carneiro	Segunda Travessa São Francisco, 876, S	99-34213308	caps.caxias@gmail.com	Reciclagem, Cerâmica e hortaliças
118	MA	Codó	Projeto Fazendo Arte	Francieleide	Rua 28 de Julho, 267 - Centro CEP: 65400-000.	(99) 3661-1385	caps.codou@gmail.com	Oficinas terapêuticas
119	MA	Codelândia	Oficinas Terapêuticas	Mel	Av. Marechal Cordero de Farias 02; centro	86-99321317	melvilarinho@yahoo.com.br	Reciclagem - Marcenaria
120	MA	Imperatriz	COSTURANDO SONHOS PARTE 02	Felisaide Martins Silva Costa Souza	RUA PROJETADA B, SN PARQUE ANHANUIERA (COMPLEXO DE SAÚDE	(99) 3524-9882	capsrenacer.iz@hotmail.com	Confeção
121	MA	Imperatriz	Projeto marcenaria em ação	gizele cerqueira	rua Tupinambá 830 bairro Jardim São Luiz CEP: 65903-000	(99) 8113-5525	gisaecerqueira@ig.com.br	Marcenaria
122	MA	SÃO LUIS	Moda Louka	Lisieux Campos	Rua Raimundo Correa, 107. Monte Castelo	98-81144900	lisieuxcampos@hotmail.com	Confeção
123	MA	SÃO LUIS	Pintando o Sete	Lisieux Campos	Rua das Figueiras, qda 5, casa 29. São Francisco	98-81144900	lisieuxcampos@hotmail.com	Confeção
124	MA	SÃO LUIS	TRABALHAR É VIVER	LISEUX CARVALHO CAMPOS	R VIVEIROS DE CASTRO, 26/ APEADUROU	098-3222-9828	Não informado	SERVÇO DE LAVA-JATO
125	MG	Affenas	Inclusão Social Através do Trabalho			(35) 3698-2149	caps@affenas.mg.gov.br	Reciclagem
126	MG	Araçuaí	Oficina de Bordado	Eryl souza Rocha	Rua da Estação 239ilandana	31-97249105	erly@uai.com.br	Confeção
127	MG	BARBACENA	ASSOCIAÇÃO ARTE E VIDA	TATIANE E MARIA BEATRIZ	R.PADRE MANOEL RODRIGUES, 237, BOM PASTOR, CEP 36200-654	32-3339-2194/3392143	csmental@fapenet.com.br; tdiasps@gmail.com	TEXTURIZAÇÃO E MODELAGEM
128	MG	BELO HORIZONTE	Associação de Trabalho e Produção Solidária	Marta	Rua da Bahia 573/602	31-93055970 3276684/327799	suricato.ecosolidaria@gmail.com; suricatoecosolidaria@gmail.com	Marcenaria, Confeção, Cerâmica, Produtos Alimentícios e Alimentação
129	MG	BELO HORIZONTE	SÃO DOÍDAO	Helvécio Viana	Rua Capival nº694 Ap. 207 Serra	31-97787088	helveciolviana@gmail.com	Eventos
130	MG	BELO HORIZONTE	Trem Tan Tan	ana paula novas	Rua São Benedito, 184	(31) 3277-5499	ccvni@pbh.gov.br	produção artística
131	MG	BELO HORIZONTE	COZINHA INDUSTRIAL	HELBERTH SARAIVA DO CARMO	R ALÉM PARÁIBA, 917 - A - BOMFIM, CEP 31210-130	31-3428-9811/9672	redamig@yahoo.com.br	PRODUTOS ARTESANAIS (BOLSAS, VELAS, BIJUTERIAS, PRODUTOS ALIMENTÍCIOS)
132	MG	BETIM	Caminhos da Vida	Maria Luiza Aguiar Garcia	Centro de Convivência Estação dos Senhores, R. Santa Cruz, 400 Centro - Betim	31-91074798	vallbrau@ig.com.br/ divisaodeconvenios@yahoo.com.br	Confeção, Cerâmica e produtos Alimentícios
133	MG	BETIM	GRUPO DE PRODUÇÃO DE BAMBÚ	CÉLIA	AV GABRIEL PASSOS, 393, DECAMÃO, CEP 32510-560	31-3532-3144	celia-bg@ig.com.br	CAMISAS, SILC-SCREEN, ARTESANATO
134	MG	BETIM	GRUPO DE PRODUÇÃO DE CERÂMICA	CÉLIA	AV GABRIEL PASSOS, 393, DECAMÃO, CEP 32510-560	31-3532-3144	celia-bg@ig.com.br	BORDADOS ARTESANAIS
135	MG	BETIM	GRUPO DE PRODUÇÃO DE CULINÁRIA	CÉLIA	AV GABRIEL PASSOS, 393, DECAMÃO, CEP 32510-560	31-3532-3144	celia-bg@ig.com.br	ARTESANATO, OFICINA DE VELAS, BIJUTERIA, FLUXICO, CARTÕES, MOSAICO, CERÂMICA E PINTURA
136	MG	BETIM	GRUPO DE PRODUÇÃO DE MOSAICO	CÉLIA	AV GABRIEL PASSOS, 393, DECAMÃO, CEP 32510-560	31-3532-3144	celia-bg@ig.com.br	ALIMENTOS EM GERAL
137	MG	BETIM	GRUPO DE PRODUTORES DE ARTESANATO	CÉLIA	AV GABRIEL PASSOS, 393, DECAMÃO, CEP 32510-560	31-3532-3144	celia-bg@ig.com.br	RECICLAGEM, PRODUTOS ALIMENTÍCIOS
138	MG	BETIM	PROJETO DE GERAÇÃO DE RENDA DA SAÚDE MENTAL DE BETIM	GERALDA CÉLIA BARBOSA GUERRA	AV GABRIEL PASSOS, 393, DECAMÃO, CEP 32510-560	31-3532-3144	celia-bg@ig.com.br	CESTAS, PORTA-RETRATOS E ENFEITES
139	MG	BETIM	UNIDADE PRODUTIVA DE COSTURA "QUINTA ESTACÃO"	GERALDA CÉLIA BARBOSA GUERRA	AV GABRIEL PASSOS, 393, DECAMÃO, CEP 32510-560	31-3532-3144	celia-bg@ig.com.br	CONFECÇÃO DE PRESÊNCOS E OUTROS OBJETOS DE DECORAÇÃO
140	MG	BETIM	UNIDADE PRODUTIVA DE CULINÁRIA "K DELÍCIA"	GERALDA CÉLIA BARBOSA GUERRA	AV GABRIEL PASSOS, 393, DECAMÃO, CEP 32510-560	31-3532-3144	celia-bg@ig.com.br	PANNETONES, BOMBONS, DOCES, BOLOS, SALGADOS VARIADOS

283	PR	CURITIBA	ASSOCIAÇÃO NISE DA SILVEIRA	ANDREA E GRAÇA	AV MARECHAL FLORIANO PEXOTO, 2236, BARRIO REBOÇAS, CEP 80230110	41-332-7254	omegac@onda.com.br	ARTESANATO
284	PR	CURITIBA	OFICINA DE ARTESANATO	SIMONE, SILVANA, JOSÉ MIGUEL	CEL ROCHE PEDRA PIRES, 475, VILA IZABEL	41-340-2181	centrovida@yahoo.com.br	CURSOS E BAZAR
285	PR	CURITIBA	OFICINA DE ARTESANATO	EDSON RODOLFO LOBO SANTOS	R NILO PEÇANHA, 1552, BOM RETIRO, CEP 80520000	41-352-3011 8224	hepb@hospitalbonretiro.com.br	CULTIVO DE VERDURAS, TEMPEROS, LEGUMES E PLANTAS MEDICINAIS
286	PR	CURITIBA	OFICINAS DE TRABALHO	LILA TIEMI ASSAOKA HOSSAKA	TRAVESSA JOÃO PROSDÓCIMO, 139, ALTO DA XV, CEP 80009-250	41-264-6462	lilatieni@bol.com.br	ARTESANATO
287	PR	FLORESTA	Projeto Auto-Expressão	Jennifer Adriana Barbosa Alarcão	Rua Getúlio Vargas, 2420 CEP: 87120-000	(44) 3236-1233	psycho_jeni@hotmail.com	Reciclagem e Artesanato
288	PR	Foz do Iguaçu	HORTA DO CAPS AD	Lauriane ou Rosana	R. Vereador Moacir Pereira, 900 - Vila Yolanda CEP: 85853-240	(45) 3521-9816	capsadfoz@gmail.com	Reciclagem, Confeção, Hortaliças e Plantas Medicinais
289	PR	Foz do Iguaçu	Projeto social de cultivo de mudas de plantas ornamentais e horta caseira	Adriana Chailta	Avenida Juscelino Kubitschek, 2861 - Centro CEP: 85864-000	(45) 8424-6987	saudemtaifoz@hotmail.com	Produtos Alimentícios, Hortaliças, Flores, Frutas e Alimentação
290	PR	Foz do Iguaçu	Gravação e Comercialização CD do Coral Vozes de Valor	Adriana Chailta	Avenida Juscelino Kubitschek, 2861 - Centro CEP: 85864-000	(45) 8424-6987	saudemtaifoz@hotmail.com	Gravação de CD de Músicas para Comercialização
291	PR	FRANCISCO BELTRÃO	ASSOCIAÇÃO DE USUÁRIOS E FAMILIARES DO CAPS DR WAP	ZÉLIA E MICHELEN	R ANTONIO CARNEIRO NETO, 380, ALVOMADA, CEP 85601-990	46-524-8395/524-7525	caps.ans@bol.com.br	ARTESANATO
292	PR	Guamiranga	MEU TRABALHO MINHA RENDA	MARI STELA KASCHUK DERKASZ	RUA LUIS ANTONIO MARCONATO S/N CENTRO CEP: 84435-000	(42) 3438-1167	smsguamiranga@hotmail.com	Tecelagem e Cerâmica
293	PR	Ibiporã	Oficina de culinária: gerando renda, nutrimo cidadania	Érika Gonçalves Cabral	Av 19 de Dezembro CEP: 86200-000	(43) 3178-0367	caps-adulto@ibipora.pr.gov.br	Produtos Alimentícios
294	PR	Ibiporã	Oficina Geradora de Renda dos Adolescentes do CAPSinfantil de Ibiporã-Paraná	Carolina Santana Siqueira	Rua Osvaldo Cruz, número 185 CEP: 86200-000	(43) 3178-0341	caps-infantil@ibipora.pr.gov.br	Confeção
295	PR	Icaraima	Artesanato	Ariel Ribas Kramer	Rua 5 de outubro, 1338	42-3621-4528	arielkramer@bol.com.br	Reciclagem, Cerâmica, Produtos Alimentícios e Flores.
296	PR	Iratí	Saúde Mental a Partir da Música: Uma Proposta Para o CAPS II - Iratí/PR.	Leandro Xavier de Almeida	Rua Dona Nocca, 777 CEP: 84500-000	(42) 3422-9028	capsirat@hotmail.com	Reciclagem, Confeção, Produtos Alimentícios, Flores e artesanato
297	PR	Lobato	ATIVAMENTE	Lucimara Siolari de Mico	Rua Antonio Bérnago, 858 CEP: 86790-000	(44) 3249-1322	saudelobato@best.com.br	Reciclagem
298	PR	LONDRINA	CONVIVER	DIVANIR E THELMA	R ALBA BERTOLETTI CLIVATI, 186, JARDIM ALTO DA BOA VISTA, CEP 86083-410	43-3347-8758/1448	caps@asms.londrina.pr.gov.br	CAPACITAÇÃO
299	PR	LONDRINA	PROJETO CULINÁRIA	ISABELA T C PUPIN	R ALBA BERTOLETTI CLIVATI, 186, JARDIM ALTO DA BOA VISTA, CEP 86083-410	43-3347-8758/1448	caps@asms.londrina.pr.gov.br	ARTESANATO
300	PR	LONDRINA	PROJETO PAPEL RECICLADO E CARTONAGEM	MARISTELA HANDCHUCKA	R ALBA BERTOLETTI CLIVATI, 186, JARDIM ALTO DA BOA VISTA, CEP 86083-410	43-3347-8758/1448	caps@asms.londrina.pr.gov.br	PRODUÇÃO DE PÃES CASEIROS E BISCOITOS
301	PR	LONDRINA	PROJETO SALA DE ESPERA	MARIA APARECIDA BARIZON E RENATA PALU	R JOCÁ, 46, VILA NOVA, CEP	43-3329-5731	naps@asms.londrina.pr.gov.br	Produtos alimentícios
302	PR	LONDRINA	PROJETO VELAS E SABONETES ARTESANAIS	FÁBIA HELENA M S ALMEIDA	R ALBA BERTOLETTI CLIVATI, 186, JARDIM ALTO DA BOA VISTA, CEP 86083-410	43-3347-8758/1448	caps@asms.londrina.pr.gov.br	PRODUÇÃO DE PAPEL RECICLADO E CARTONAGEM
303	PR	Mariuz	GRUPO DE SAÚDE MENTAL MENTES BRILHANTES	MARIA IVONEIDE TAUMATURGO DE MELLO	AVENIDA CORNEL GALDINO DE ALMEIDA1060 CEP: 87470-000	(44) 3534-1976	ivoneide_mello@hotmail.com	Reciclagem, Marcenaria, Confeção, Produtos Alimentícios, Flores e Plantas Medicinais
304	PR	MARINGÁ	OFICINA DE ARTESANATO	SANDRA AP DA S ROCHA RIBEIRO	AV CENTENÁRIO, 495, ZONA 08, CEP 87050040	44-39011891	capsad.maringa@best.com.br	ARTESANATO
305	PR	MARINGÁ	PROJETO GIRASSOL	MARIA LÚCIA ZAPATA LORITE E APARECIDA MORENO PANTOSI DA SILVA	R DAS TUPUANS Nº 722, BORBA GATO, CEP 87015-220	44-3223-1338	lorite@teracom.com.br; apmoreno@maringa.pr.gov.br	PRODUÇÃO DE VELAS DECORATIVAS E SABONETES
306	PR	MARINGÁ	Projeto Pescando Mentes	Aparecida Moreno Panhossi da Silva	Rua dos Gerânios nº 2016 jardim Santa Rosa CEP: 87060-390	(44) 3901-1880	apmoreno@maringa.pr.gov.br	Confeção, fabricação de bóias e esvadeiras para pesca esportiva
307	PR	MARINGÁ	Projeto Grupo Delírios	Aparecida Moreno Panhossi da Silva	CEP: 87060-390	(44) 3901-1880	apmoreno@maringa.pr.gov.br	Grupo Musical
308	PR	MARINGÁ	MOLIVI Oficinas	Nivea Panizza Tuller	PR 317-KM 13- Florianópolis CEP: 87105-992	(44) 9152-8161	molivi-mga@hotmail.com	Reciclagem, Criação de animais: Suínos e Caprinos, Alimentação e oficina de artesanato
309	PR	Nova Olímpia	Oficina de Geração para membros cadastrados no programa de Saúde mental da Secretaria Municipal de Saúde	Elete Porthio Molina (Psicóloga; Coordenadora de Saúde mental)	Rua São Paulo S/N - Centro	44-8806404	molinasique@yahoo.com.br	Confeção
310	PR	Nova Santa Rosa	Projeto Jovens Talentos	Viviane da Silva	rua guarani 581 CEP: 85930-000	(45) 3253-1585	saudenovasantarosa@yahoo.com.br	Reciclagem, Hortaliças e Plantas Medicinais
311	PR	Paranaguá	PROJETO EXERCITANDO A CRIATIVIDADE	VIVIANE BARBALHO VIANA	AVENIDA DA DEZEMBRO DE 2010 CEP:87600-000	(44) 3463-8100	barbalhovi@hotmail.com	Confeção
312	PR	Paranaguá	Oficina de Panificação	Wilson José da Silva	Rua: Renato Loebe, s/n CEP: 83212-475	(41) 3420-6056	caps.saude@pmgguua.com.br	Produtos Alimentícios e Hortaliças
313	PR	Perobal	PROJETO GRUPO DE GESTANTES	MARCIA REGINA LORENÇATO	AVENIDA PARANA, 1104 CEP: 87538-000	(44) 3625-1749	asocial@perobal.com	Reciclagem, Confeção e Cerâmica e Contrato Permanente
314	PR	Pinhais	Mãos que Criam	Adriana Perotoni	rua sete de setembro, 228	(41) 3912-5342	a-perotoni@hotmail.com	Reciclagem, Marcenaria, Confeção e Tecelagem
315	PR	Pitanga	APAE DE PITANGA	CARLOS HENRIQUE SANTOS	R MANOEL MENDES DE CAMRGO, 291, VL N	42-84015134	carlos.h.s@hotmail.com	Reciclagem, Confeção e Produtos Alimentícios
316	PR	Pitanga	CAPS I- Reconstruindo Vidas	Sirlene Proença Maciel	CEP: 85200-000	(42) 3646-3716	sirleneproenca@hotmail.com	Reciclagem, Produtos Alimentícios, Hortaliças e Plantas Medicinais
317	PR	Ponta Grossa	Oficina de Marcenaria	Joelma dos Santos	Rua Riachuelo, 500, Centro CEP: 84010-230	(42) 3225-5340	lucianawins@yahoo.com.br	Marcenaria
318	PR	Sarandi	Projeto: Arte Gerando Saúde Mental	Laura ou Raquel	R. José Munhoz, 460 Centro CEP: 87111-240	(44) 3035-0034	capsisrandi@hotmail.com	Reciclagem e Cerâmica
319	RJ	ANGRA DOS REIS	CAPS II	NAZARÉ	AV. ALMIRANTE JULIO CESAR DE NORC	24 33657345	cais@angra.rj.gov.br	Confeção, Tecelagem e Produtos Alimentícios
320	RJ	ANGRA DOS REIS	PROJETO RECICAIS	Maria Carolina	CEP: 23900-000	(24) 3365-7345	cais@angra.rj.gov.br	Confeção
321	RJ	Barra Mansa	Projeto "Sala de Espera"	Maria Aparecida Gabrig	Rua Francisco Villela de Andrade, 337 Centro Barra Mansa	24 33230164	gabrig21@gmail.com	Reciclagem, Confeção, Tecelagem, Produtos Alimentícios, Hortaliças e Plantas Medicinais
322	RJ	Belford Roxo	Oficina de Biscuit	Patrícia Coropos	Rua Expedicionário Eliaquim Batista 294 - Área Branca - Belford Roxo - Rio de Janeiro	21-87660832	patricia-coropos@yahoo.com.br	Reciclagem, Confeção, Tecelagem, Produtos Alimentícios, Hortaliças e Plantas Medicinais
323	RJ	Belford Roxo	Oficina de Bijouteria	Patrícia Coropos	Rua Expedicionário Eliaquim Batista 294 - Área Branca - Belford Roxo - Rio de Janeiro	21-87660832	patricia-coropos@yahoo.com.br	Reciclagem, Confeção, Tecelagem, Produtos Alimentícios, Hortaliças e Plantas Medicinais
324	RJ	Belford Roxo	Oficina de Costura e Fluxo	Patrícia Coropos	Rua Expedicionário Eliaquim Batista 294 - Área Branca - Belford Roxo - Rio de Janeiro	21-87660832	patricia-coropos@yahoo.com.br	Confeção
325	RJ	Belford Roxo	Criando e recriando	Patrícia Coropos	Rua Expedicionário Eliaquim Batista 294 - Área Branca - Belford Roxo - Rio de Janeiro	21-87660832	patricia-coropos@yahoo.com.br	Reciclagem
326	RJ	Belford Roxo	Grupo de Geração de Renda	Patrícia Coropos	Rua Expedicionário Eliaquim Batista 294 - Área Branca - Belford Roxo - Rio de Janeiro	21-87660832	patricia-coropos@yahoo.com.br	Reciclagem, Confeção, Tecelagem, Produtos Alimentícios, Hortaliças e Plantas Medicinais
327	RJ	Bom Jesus do Itabapoana	Centro de Atenção Psicossocial José de Oliveira Borges	Jussara Miranda	Rua Gonçalves da Silva 119 Centro	22-38314215	njmiranda@yahoo.com.br	Marcenaria, Confeção, Tecelagem, Cerâmica, Hortaliças e Plantas Medicinais
328	RJ	Bom Jesus do Itabapoana	OFICINA DE MOSAICO DO CAPS DE BOM JESUS DO ITABAPOANA	Diretora Jussara Miranda	R GONÇALVES DA SILVA, 119	(22) 3831-4215	caps@bomjesus.rj.gov.br	Reciclagem, Confeção, Tecelagem, Cerâmica, Hortaliças e Plantas Medicinais
329	RJ	Cabo Frio	Caps Dr Leonardo Machado	Sandra Aquino	Av. Gal. Alfredo B.G. Martins, s/n- Braga, Cabo Frio	22-92027470	sandraquino@uol.com.br	Reciclagem e Cerâmica
330	RJ	Cabo Frio	CAPS/ Oficina de sabonete	Sandra Aquino	R. Gal. Alfredo B. G. Martins, s/n, Braga: Cabo Frio/RJ	(22) 2647-6939	sandraquino@uol.com.br	produção de sabonetes em barra e/ou líquido
331	RJ	Cachoeiras de Macacu	minha vida em canto	néiva maria moutinho da silva	avenida governador roberto silveira, nº 800, campo do prado	(21) 2649-4938	smmentalcm@hotmail.com	Reciclagem, Confeção, Tecelagem, Cerâmica, Hortaliças e Plantas Medicinais
332	RJ	Cardoso Moreira	Galera de Cara Limpa	Dênio Almeida	Rua Barão de Aparecida, 35 fundos, centro Carmo RJ CEP: 28640-000	2299-697956	denioalmeida@hotmail.com	Reciclagem, Marcenaria / Agricultura: Grãos, Frutas e Criação de animais: Aves, Bovinos, Suínos, Caprinos
333	RJ	Carmo	Centro de Convivência Paula Cerqueira	Catarina Guida		(22) 2537-2080	catarinaguida@hotmail.com	Reciclagem e Tecelagem
334	RJ	Deque de Coxias	projeto colcha de retalhos	rizete costa	CAPS - av marchal deodoro, 147	(21) 2671-5806	capscoxias@ig.com.br	Reciclagem, Marcenaria, Confeção e Produtos Alimentícios
335	RJ	Engenheiro Paulo de Frontin	TRABALHO COM ARTE	Lúcia Regina C.C. Pontes	RUA ANTONIO LUAL S/N	24-99746516/2463-1666	bugus@uol.com.br	Reciclagem, Confeção, Produção de Hortaliças e Criação de Peixes
336	RJ	Macuco	Oficinas de Geração de Renda da Associação Pestalozzi	Luana Marini	Rua Carlos Badini Junior - S/N - Morro dos S	22-81482267	luanammartini@hotmail.com, ma	Reciclagem, Marcenaria e Confeção
337	RJ	Mesquita	Oficina de Arte e Criação em MDF	Fabiana da Costa O. Pereira	Rua Tenente Aldir Soares Adriano, 109, Cen	21-97710143	fabianadacosta@ig.com.br	Artesanato
338	RJ	NITERÓI	CANTINA MESTRE CUCA	FERNANDA PASTUK BOABAID E MARIANA SLOBODA JORGE	R MARQUÊS DE OLINDA, 104, CENTRO, CEP	21-2622-1533/8732-9490	fpastuk@ig.com.br; marianasloboda@yahoo.com	VENDA DE PRODUTOS ALIMENTÍCIOS
339	RJ	Niterói	CAPS HERBERT DE SOUZA	Kelly Siqueira	R Marquês de Olinda 104 Centro Niterói	(21) 2622-1533	capsniteroi@yahoo.com.br	Reciclagem, Produtos Alimentícios, serviços gerais e limpeza
340	RJ	NOVA FRIBURGO	OFICINA DE PIPAS E MÓBILES	LYSSES PARANHOS	AV. COMTE BITENCOURT, 142, CENTRO, CEP	22-88021254/9839-		VENDA DE ROUPAS ALIMENTÍCIOS
341	RJ	Nova Friburgo	CriarteBazar	Virgínia Lopes Sampaio	Av.Comte Bittencourt nº 142	22-25234206	imruf.saudeental@netflash.com.br	Reciclagem - Marcenaria - Confeção - Tecelagem
342	RJ	NOVA IGUAÇU	BAZAR CHIQUE BEM	MÁRCIA BEZERRA	R DR THIBAU, S/N, CENTRO, CEP 26255-160	21-2667-3674	capsjosemiller@gmail.com	ROUPAS E OBJETOS USADOS, COSTUMIZADOS, RECICLADOS
343	RJ	PARACAMBI	ARTES PLÁSTICAS	JORGE, IZABEL E ADÉLIA	R MAXIMILIANO DE CARVALHO, 41, LAIES, CEP 26600-000	21-3693-3109/88969340	cristinaviddal@yahoo.com.br	TRATAMENTO DAS PEÇAS DE VESTUÁRIOS E VENDA
344	RJ	PARACAMBI	HORTO	JORGE, IZABEL E ADÉLIA	R MAXIMILIANO DE CARVALHO, 41, LAIES, CEP 26600-000	21-3693-3109/88969340	cristinaviddal@yahoo.com.br	ROUPAS E ACESSÓRIOS USADOS E OBJETOS PRODUZIDOS PELA OFICINA DO CAD/IPUB
345	RJ	PARACAMBI	OFICINA DE BIJOUTERIAS	JORGE, IZABEL E ADÉLIA	R MAXIMILIANO DE CARVALHO, 41, LAIES, CEP 26600-000	21-3693-3109/88969340	cristinaviddal@yahoo.com.br	PRODUÇÃO E VENDA DE ALIMENTOS
346	RJ	PARACAMBI	OFICINA DE BISCUIT	JORGE E IZABEL	R MAXIMILIANO DE CARVALHO, 41, LAIES, CEP 26600-000	21-3693-3109/88969340	cristinaviddal@yahoo.com.br	QUENTINHAS, PRODUTOS DE PADARIA E CONFETARIA, COFFEE BREAK E BUFFET
347	RJ	PARACAMBI	OFICINA DE FIBRAS	JORGE, IZABEL E ADÉLIA	R MAXIMILIANO DE CARVALHO, 41, LAIES, CEP 26600-000	21-3693-3109/88969340	cristinaviddal@yahoo.com.br	GÊNEROS ALIMENTÍCIOS INDUSTRIALIZADOS
348	RJ	PARACAMBI	OFICINA DE MOSAICO	ADÉLIA	R MARIA DA SILVA FRANÇA, 34, FÁBRICA, CEP 26600-000	21-3693-3109/88969340	cristinaviddal@yahoo.com.br	REFEIÇÕES, LANCHES E BEBIDAS
349	RJ	PARACAMBI	OFICINA DE PANOS E FIOS (COSTURA)	JORGE, IZABEL E ADÉLIA	R MAXIMILIANO DE CARVALHO, 41, LAIES, CEP 26600-000	21-3693-3109/88969340	cristinaviddal@yahoo.com.br	CARTÕES DE VISITAS, MARCADORES DE LIVROS, CONVITES DE CASAMENTO E OUTROS, FOLDERS PARA PROPAGANDA, CARTAZES
350	RJ	PARACAMBI	OFICINA DE SABONETE	JORGE E IZABEL	R MAXIMILIANO DE CARVALHO, 41, LAIES, CEP 26600-000	21-3693-3109/88969340	cristinaviddal@yahoo.com.br	VENDAS DE PRODUTOS DAS OFICINAS DO CAPS SIMÃO BACAMATE
351	RJ	Porto Real	A Arte de Trabalhar	Nathali Corrêa Cristiano	CAPS - Sonho Real / Rua Paschoa Maretti nº 12	(24) 3353-2297	nathali.cristino@gmail.com	Reciclagem, Artesanato e pintura
352	RJ	Quatis	Fuxicando	Érica	R. Olavo de Castro Lobo CEP: 27420-000	(24) 3353-5205	erica_rabelo@yahoo.com.br	Reciclagem e Confeção

353	RJ	Quissamã	Centro de Atenção Psicossocial de Quissamã	Adriana Coelho	Av. Amílcar Pereira da Silva, 1321 CEP: 28735-000	(22) 2768-1294	saudemental@quissama-rj.gov.br	Confeção, Hortalças, Frutas e Estádio
354	RJ	Resende	Reciclar é a melhor ideia	Ana Paula de Souza Freitas	Rua Pandá Calógeras, 205 - Jardim Jalisco	(24) 3360-5520	capsibolsaamarela@hotmail.com	Reciclagem e Confeção
355	RJ	Resende	Oficina de Culinária "Mestre Cuca"	Valéria Martins Barbosa	Avenida General Afonseca, 1723 - Vila Julietta, Resende-RJ	(24) 3359-4893	valeriamartinsbarbosa@ig.com.br	Produtos Alimentícios, Hortalças, Grãos e Frutas
356	RJ	Rio das Ostras	Criando Para Não Pirar	Edilberto da Veiga Castilho	Rua Rego Barros, 217 - Centro CEP: 28890-000	(22) 2771-6394	capros2008@gmail.com	Reciclagem, Cerâmica e venda dos produtos
357	RJ	Rio das Ostras	Projeto Palavração	Clarice Cabral	Rua Rego Barros, 217 - Centro	(22) 2771-4130	clacabra@hotmail.com	cultura
358	RJ	RIO DE JANEIRO	BAZAR	SIS, PATRICIA E MICHELI	ESTRADA DE INHOAIBA, CAMPO GRANDE, CEP	21-3402-8132		VENDA DE ALIMENTOS, ARTESANATOS, BOUTIQUERIA, BISCUIT, SABONETE E ESTACIONAMENTO
359	RJ	RIO DE JANEIRO	Bazar	Deise Lucia Sant	Estrada de Inhoaba. 849- Inhoaba CEP	21-87187296/ (21) 3155-7057	deise-lu@ig.com.br; capsprofetageitelia@ibest.com.br	Usuaria bolsista
360	RJ	RIO DE JANEIRO	BAZAR - COOPERATIVA MÃOS À OBRA	NINA SOALHEIRO, CARLA FONSECA, ADRIANA BARBOSA, ROSEMEIRE MIRANDA	R SENADOR CAMARA, 224, SANTA CRUZ, CEP 23515-020	21-3157-5723/3156-9046	capsbacamate@pcrj-rj.gov.br; ninaso@uol.com.br	CULTIVO, PRODUÇÃO E VENDAS DE HORTALÇAS
361	RJ	RIO DE JANEIRO	BAZAR NA PRAÇA	WILMA	PÇ MAJOUR DE MELO, 13 FDS PAM CARLOS ALBERTO NASCIMENTO, CAMPO GRANDE,	21-415-3405	capspellegrino@pcrj-rj.gov.br	BIOUTERIAS COM SEMENTES DA AMAZÔNIA
362	RJ	RIO DE JANEIRO	Bloco Carnavalesco Loucura Suburbana/ateié de adereços,fantásias e moda	Ariadne de Moura Mendes	Rua Ramiro Magalhães, 521 CEP: 20730-460	(21) 3111-7502	loucurasuburbana@gmail.com	Confeção
363	RJ	RIO DE JANEIRO	BRECHÔ	SUELI	R RAMIRO MAGALHÃES, 521, ENGENHO DE DENTRO, CEP 20730-460	21-3111-7489		JORNAL INSPIRADOS DO CAIS
364	RJ	RIO DE JANEIRO	CANTINA - OFICINA DE CULINÁRIA	LOUZIANA, SUELI E ESTER	R RAMIRO MAGALHÃES, 521, ENGENHO DE DENTRO, CEP 20730-460	21-3111-7490/7489		POTES DE ARGILA, ESTAMPARIAS
365	RJ	RIO DE JANEIRO	CANTINA ARTE PALADAR	CRISTINA MACEDO E MARILENE FÉLIX	INSTITUTO MUNICIPAL NISE DA SILVEIRA R RAMIRO MAGALHÃES, 521 - ENGENHO DE	21-3111-7452/7454/7457	vivendoemcasa@ig.com.br	TAPETES, PRODUTOS EM TRICOT E CROCHÊ, BORDADO, BISCUIT, PINTURA EM TELA, TECIDO VIDRO, BONECAS, COLCHAS
366	RJ	RIO DE JANEIRO	CANTINA FLOR DO RIO	DANIELA, NAIANA E SANDRA	ESTRADA RODRIGUES CALDAS 3400, TAQUARA CEP22713370	21-2456753/244651	sandrc@terra.com.br	BIOUTERIAS E PINTURAS EM PANOS DE PRATO
367	RJ	RIO DE JANEIRO	CANTINA OFICINA DAS DELÍCIAS	ADRIANA COSTA MACHADO	ESTRADA RODRIGUES CALDAS 3400, TAQUARA CEP22713370	21-2456-7543	imasmoreira@ig.com.br	ARTESANATO
368	RJ	RIO DE JANEIRO	Cantina Que Deliclie	Ana Cecilia Salis	Rua Ramiro Magalhães 521, Engenho de De	21-91791237	anasalis@gmail.com	Produtos Alimentícios
369	RJ	RIO DE JANEIRO	Cooperativa Praia Vermelha	Laurinda freitas	Instituto Municipal Philippe Pinel - Av. Venesclau Brás, 65, Botafogo - Rio de	21 - 25423049	coop.praiavermelha@gmail.com; laurinda@beat.com.br	Produtos Alimentícios
370	RJ	RIO DE JANEIRO	ENCANTARTE EDITORA	CRISTINA MACEDO, ARIANE DE MOURA MENDES, TERESA COUDO	INSTITUTO MUNICIPAL NISE DA SILVEIRA R RAMIRO MAGALHÃES, 521 - ENGENHO DE	21-3111-7452/7454/7457	vivendoemcasa@ig.com.br	CONFECÇÃO DE ROUPAS, BIOUTERIAS, OBJETOS ARTESANAS DIVERSOS
371	RJ	RIO DE JANEIRO	EQUIPE DE VENDAS - COOPERATIVA MÃOS À OBRA	NINA SOALHEIRO, CARLA FONSECA, ADRIANA BARBOSA, ROSEMEIRE MIRANDA	R SENADOR CAMARA, 224, SANTA CRUZ, CEP 23515-020	21-3157-5723/3156-9046	capsbacamate@pcrj-rj.gov.br; ninaso@uol.com.br	COLAR, PULSEIRAS
372	RJ	RIO DE JANEIRO	ESPAÇO ABERTO À PRODUÇÃO (EAP)	ALEXANDER RAMALHO	R RIBEIRO DANTAS, 571, GUILHERME DA SILVEIRA-BANGU, CEP 21870-170	21-3331-8500/9587-R256	agarramallo@hotmail.com	BIOUTERIAS
373	RJ	RIO DE JANEIRO	ESPAÇO E ARTE	CARMEN LÚCIA SOBREIRA	INSTITUTO MUNICIPAL NISE DA SILVEIRA R RAMIRO MAGALHÃES, 521 - ENGENHO DE	21-3111-7452/7454/7457		BIOUTEIAS
374	RJ	RIO DE JANEIRO	HARMONIA MIX	SANDRA E REGINA	PÇ CEL ASSUNÇÃO, S/N, SAUDE, CEP 20220-480	21-2233-5518	cpri@bol.com.br	BIOUTERIAS
375	RJ	RIO DE JANEIRO	JÓIAS DA AMAZÔNIA	PATRICIA E JAYLZA	ESTRADA DE INHOAIBA, CAMPO GRANDE, CEP	21-2503-2223	jfabello@rio.rj.gov.br	BIOUTERIAS EM GERAL
376	RJ	RIO DE JANEIRO	OFICINA DE ARTE	GISELA CARVALHO	AV PARAPANÁ, 435, FREGUESIA, ILHA DO GOVERNADOR, CEP2191001	21-3402-8132	capnatareth@pcrj-rj.gov.br	BIOUTERIAS
377	RJ	RIO DE JANEIRO	Oficina de Artesanato e Reciclagem	Patricia Miranda/Lucia	Rua Vereador Jansen Muller 329 fundos Maria da GraçaRJ	(21) 3111-4168	casadengenho@yahoo.com.br	Reciclagem e Confeção
378	RJ	RIO DE JANEIRO	OFICINA DE ARTESANATO	ADRIANA COSTA MACHADO	ESTRADA RODRIGUES CALDAS 3400, TAQUARA CEP22713370	21-2456-7543	imasmoreira@ig.com.br	BIOUTERIAS
379	RJ	RIO DE JANEIRO	OFICINA DE ARTESANATO	MARIANE TRAVASSOS DOS SANTOS	PÇ MAJOUR DE MELO, 13 FDS PAM CARLOS ALBERTO NASCIMENTO, CAMPO GRANDE,	21-415-3405	capspellegrino@pcrj-rj.gov.br	PULSEIRAS, BRINÇOS E COLARES
380	RJ	RIO DE JANEIRO	OFICINA DE ARTESANATO - COOPERATIVA MÃOS À OBRA	NINA SOALHEIRO, CARLA FONSECA, ADRIANA BARBOSA, ROSEMEIRE MIRANDA	R SENADOR CAMARA, 224, SANTA CRUZ, CEP 23515-020	21-3157-5723/3156-9046	capsbacamate@pcrj-rj.gov.br; ninaso@uol.com.br	BONECAS, IMÃS, OBJETOS ALUSIVOS A DATAS COMEMORATIVAS, ENFEITES PARA POTES FEITOS DE BISCUIT
381	RJ	RIO DE JANEIRO	OFICINA DE BIOUTERIA	MARIA DAS GRAÇAS RIBEIRO	R VENESCLAU BRÁS, 71, FDS, BOTAFOGO, CEP 22290-140	21-2895-9549/8239		CHOCOLATE, BOMBONS E PIRULITOS
382	RJ	RIO DE JANEIRO	OFICINA DE BIOUTERIA	SIS, PATRICIA E CRISTIANA	ESTRADA DE INHOAIBA, CAMPO GRANDE, CEP	21-3402-8132		ROUPAS E BIOUTERIAS
383	RJ	RIO DE JANEIRO	OFICINA DE BIOUTERIA	KARINE E EUGENIA	R RAMIRO MAGALHÃES, 521, ENGENHO DE DENTRO, CEP 20730-460	21-3111-7490/7489		PÃES, DOCES, SALGADOS BISCOITOS, BOLOS E TORTAS
384	RJ	RIO DE JANEIRO	OFICINA DE BIOUTERIA	NATÁLIA ARAÚJO, MARIZA SILVA E VIVIANE MARTINS	R DOS DE FEVEREIRO, 785, ENGENHO DE DENTRO, CEP 20730-450	21-3111-7512/9162-2783	vtinoco@uninet.com.br	ALIMENTOS EM GERAL
385	RJ	RIO DE JANEIRO	OFICINA DE BIOUTERIA	MARIA DAS GRAÇAS RIBEIRO	AV VENESCLAU BRÁS, 71/FDS BOTAFOGO CEP22290-290	21-2610-1360/2295-9549	gracaribeiro@predialnet.com.br	ALIMENTOS EM GERAL
386	RJ	RIO DE JANEIRO	OFICINA DE BIOUTERIA DO GRUPO DE MULHERES LUTA - TransmUTAção	BEATRIZ	AV VENESCLAU BRÁS, 65 BOTAFOGO CEP22290-140	21-2542-3049 R 2044-2045	beatrizlu@yahoo.com.br	BISCOITOS, DOCES, SALGADOS EM GERAL
387	RJ	RIO DE JANEIRO	OFICINA DE CHOCOLATE	SANDRA SYSAK	R CAPITÃO ALIATAR MARTINS, 231, IRAJÁ, CEP 21220-660	21-2481-2036/2481-2110		UTENSÍLIOS DE MADEIRA
388	RJ	RIO DE JANEIRO	OFICINA DE COSTURA E BIOUTERIA	LETÍCIA MIRANDA E MARIA ISABEL NASCIMENTO	R RAMIRO MAGALHÃES, 521, ENGENHO DE DENTRO, CEP 20730-460	21-3411-7462	casa.engenho@pop.com.br	LUMINÁRIAS, BANDEJAS, CESTARIAS, PORTA INCENSO, OBJETOS DE DECORAÇÃO
389	RJ	RIO DE JANEIRO	OFICINA DE CULINÁRIA	PATRICIA COROPOS	ESTRADA DE INHOAIBA, CAMPO GRANDE, CEP	21-3402-8132		MOVEIS E ARTIGOS DE DECORAÇÃO
390	RJ	RIO DE JANEIRO	OFICINA DE CULINÁRIA	ALEXANDER RAMALHO	R RIBEIRO DANTAS, 571, BANGU, CEP 21870-170	21-3331-8500	agarramallo@hotmail.com	BANDEJAS, PORTA RETRATOS, MESAS
391	RJ	RIO DE JANEIRO	OFICINA DE CULINÁRIA - COOPERATIVA MÃOS À OBRA	NINA SOALHEIRO, CARLA FONSECA, ADRIANA BARBOSA, ROSEMEIRE MIRANDA	R SENADOR CAMARA, 224, SANTA CRUZ, CEP 23515-020	21-3157-5723/3156-9046	capsbacamate@pcrj-rj.gov.br; ninaso@uol.com.br	CONFECÇÃO DE BOLSAS, BORDADOS, ALMOFADAS E PANOS DE PRATO
392	RJ	RIO DE JANEIRO	OFICINA DE DÉCOURAGE	ELIZABETH BABO	R RAMIRO MAGALHÃES, 521, ENGENHO DE DENTRO, CEP 20730-460	21-3111-7452/7454/9308-	bethbabo@globo.com	QUADROS
393	RJ	RIO DE JANEIRO	OFICINA DE MARCENARIA DO CAIS	ALEXANDRE	AV VENESCLAU BRÁS, 65 BOTAFOGO CEP22290-140	21-2542-3049		PIPAS E MÓBILES
394	RJ	RIO DE JANEIRO	Oficina de Mosaic	Naiara Castellar	Av. Marechal Rondon, 381, São Francisco Xavier.	99934513	gellanza@ig.com.br	Confeção
395	RJ	RIO DE JANEIRO	OFICINA DE PINTURA	MARIA LUIZA PINTO DA ROCHA	AV VENESCLAU BRÁS, 71/FDS BOTAFOGO CEP22290-290	21-22959549		PUFFS DE GARRAFAS PET
396	RJ	RIO DE JANEIRO	OFICINA DE PUFFS DE GARRAFAS PET	ROSANE	R RAMIRO MAGALHÃES, 521, ENGENHO DE DENTRO, CEP 20730-460	21-3111-7490/7489		OBJETOS DE DECORAÇÃO E UTILIDADES
397	RJ	RIO DE JANEIRO	OFICINA DE RECLAGEM	SANDRA HELENA E VIVIANE MARTINS	R DOS DE FEVEREIRO, 785, ENGENHO DE DENTRO, CEP 20730-450	21-3111-7512/9162-2783	vtinoco@uninet.com.br	REDE PARA CULTIVO DE MEXILHÕES E LANTERNA BERÇÁRIO E ADULTO PARA CULTIVO DE COQUELES SAINT JACQUES
398	RJ	RIO DE JANEIRO	OFICINA DE SABONETE E VELAS	LUCIA HELENA E Daise JUNQUEIRA	R CAPITÃO ALIATAR MARTINS, 231, IRAJÁ, CEP 21220-660	21-2481-2036/2481-2110		SABONETES ARTESANAS EM FORMATOS PARA PERCENTE, UTILIZANDO MATERIAS RECICLAVES E FIBRAS
399	RJ	RIO DE JANEIRO	OFICINA DE SILCUTA	CLÁUDIA TALIEBERG E SANDRA AROUCA	R CAPITÃO ALIATAR MARTINS, 231, IRAJÁ, CEP 21220-660	21-2481-2036/2481-2110		SABONETES E VELAS
400	RJ	RIO DE JANEIRO	OFICINA DE TRABALHO - BOLSA TRABALHO	MARIA DAS GRAÇAS RIBEIRO	AV VENESCLAU BRÁS, 71/FDS BOTAFOGO CEP22290-290	21-2810-1360/2295-9549	gracaribeiro@predialnet.com.br	CAMISETAS,BOLSAS E COSTURA EM GERAL
401	RJ	RIO DE JANEIRO	OFICINA DO FAZER	FRANCI	AV PARAPANÁ, 435, FREGUESIA, ILHA DO GOVERNADOR, CEP2191001	21-3396-5602/8895-9148	francimb@uol.com.br	PASTAS PARA EVENTOS, PORTA CARTÃO, CADERNOS, BLOCOS E AGENDAS
402	RJ	RIO DE JANEIRO	PAPEL PINEL	ESTHER WENNA	AV VENESCLAU BRÁS, 65 BOTAFOGO CEP22290-140	21-25423049 R2087/9972099	esthermw@terra.com.br	PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS E CAPACITAÇÃO DOS USUÁRIOS PARA O TRABALHO
403	RJ	RIO DE JANEIRO	Projeto Laços: o negócio da clínica do Caps Uerj	Neilanza Coe e Naiara Castellar	Rua Marechal Rondon, 381. São Francisco Xavier. Rio de Janeiro. CEP: 20950-003	(21) 2334-2371	capsuerj@uerj.com	Reciclagem e Confeção
404	RJ	RIO DE JANEIRO	PROJETO COCO VERDE	DENISE CORRÊA	AV VENESCLAU BRÁS, 65 BOTAFOGO CEP22290-140	21-2542-3049 R2034	amocai_diretoria@yahoo.com.br	OBJETOS DE ARTESANAS EM PAPEL E TECIDO, RECICLAGEM DE PAPEL
405	RJ	RIO DE JANEIRO	PROJETO DEIXA COMIGO	JAYLZA MAIA RABELLO	TINERANTE	21-2503-2225/9426-3336	jaylza@hotmail.com	ATIVIDADES DE ESTÁGIO REMUNERADO
406	RJ	RIO DE JANEIRO	PROJETO FEIRA LIVRE - SAINDO PARA O TRABALHO	VERA LÚCIA CALDAS	R DR LEAL, 706, ENGENHO DE DENTRO, CEP 20730-460	21-3111-7455		VENDA DE ÁGUA DE COCO
407	RJ	RIO DE JANEIRO	SHOPPINEL	VERA ROÇADO	AV VENESCLAU BRÁS, 65 BOTAFOGO CEP22290-140	21-2542-3049 R2103/2104/2113	veracarriho@hotmail.com	ARTESANATO VARIADO
408	RJ	RIO DE JANEIRO	SILK-SCREEN	SANDRA SYSAK	R CAPITÃO ALIATAR MARTINS, 231, IRAJÁ, CEP 21220-660	21-2481-2036/2481-2110		ROUPAS, SAPATOS E ACESSÓRIOS
409	RJ	Rio de Janeiro	GERART(grupo de geração renda e trabalho)		Rua Venesclau Brás 71/fundos Botafogo	21-99725352	gracaribeiro@predialnet.com.br	
410	RJ	Rio de Janeiro	OFICINA DE BIOUTERIA	SIS REGINA DE MELO	Estrada de Inhoaba; 849- INHOAIBA-CAMPO GRANDE	219158967	sisrmelo@ig.com.br	
411	RJ	Rio de Janeiro	oficina de bijuteria	Graça	Rua Venesclau Brás 71/fundos	21-99725352	gracaribeiro@predialnet.com.br	
412	RJ	Rio de Janeiro	Oficina de Bijouteria do Grupo de Mulheres Alcolistas "TransmUTAção" da Unidade de Tratamento de	Beatriz Lenz	Avenida Venesclau Brás 65 - Botafogo		beatrizlenz@yahoo.com.br	
413	RJ	RIO DE JANEIRO	Patsô Bijou	DEISE LUCIA SANT	Estrada de Inhoaba 849 - Inhoaba	(21) 31557057/21-87187296	capsprofetageitelia@ibest.br	Confeção e Produção de Grãos
414	RJ	Rio de Janeiro	Oficina Pintando e Bordando	Shirley Ajudarte	Venesclau Brás 71 - Fundos	93543462	shirleyjudarte@hotmail.com	Confeção
415	RJ	Rio de Janeiro	Brechô Etc. & tal	Shirley Ajudarte	Venesclau Brás 71 - Fundos	93543462	shirleyjudarte@hotmail.com	Confeção
416	RJ	Rio de Janeiro	Oficina Costurart	Shirley Ajudarte	Venesclau Brás 71 - Fundos	93543462	shirleyjudarte@hotmail.com	Confeção
417	RJ	Rio de Janeiro	Grupo de Geração de renda do CAPS Simão Bacamarte	Keyla	Rua Senador Camará ; 224 Santa Cruz	21-85471898	Keymarda@ig.com.br	Reciclagem - Confeção
418	RJ	Rio de Janeiro	Grupo de Mulheres Alcolistas - TransmUTAção	Beatriz Lenz	Avenida Venesclau Brás 65 Botafogo Rio de Janeiro		beatrizlenz@yahoo.com.br	
419	RJ	Rio de Janeiro	ARTE, HORTA & CIA	Margarete dos Santos Araújo	ESTRADA RODRIGUES CALDAS 3400	21-86655822/ (21) 2446-5177	arthortacia@ig.com.br	Reciclagem, Marcenaria, Confeção, Produtos Alimentícios, Hortalças e Flores
420	RJ	RIO DE JANEIRO	Todos Por um	washington Luiz Barbosa de Barros	Rua Verador Jansen Müller 329 fundos - M	21-88545532	wlbarro@ig.com.br	Produtos Alimentícios
421	RJ	Rio de Janeiro	Oficina de Trabalho e Geração de Renda	Mônica	Rua Orélia 381-guadalupe	93115026	moncaxavier@click21.com.br	Confeção de materiais artesanais
422	RJ	RIO DE JANEIRO	OFICINA PANOS E FIOS	DEISE LUCIA SANT	ESTRADA DE INHOAIBA- N°849- INHOAIBA	21-87187296/ (21) 3155-7057	capsprofetageitelia@ibest.com.br	Confeção
423	RJ	RIO DE JANEIRO	OFICINA DE ARTE E JARDINAGEM - CAPS PROFETA GEN	DEISE LUCIA SANT	ESTRADA DE INHOAIBA - N°849 - INHOAIBA	21-87187296/ (21) 3155-7057	capsprofetageitelia@ibest.com.br	hortalças e Plantas Medicinais

495	SC	Criciúma	SAÚDE MENTAL EM PAUTA (JORNAL)	Juliano Fonseca Silveira	Rua Agrícola Índio Guimarães, nº 105 - Comerciaro CEP: 88802-310	(48) 3445-8488	capad_cricuma@hotmail.com	JORNAL QUE DIVULGA A SAÚDE MENTAL DA REGIÃO, PODENDO ASSIM EM CADA EDIÇÃO TER UM NÚMERO LIMITADO DE
496	SC	FLORIANÓPOLIS	ASSOCIAÇÃO DOS USUÁRIOS DO CAPS-PONTA DO CORAL		R RUI BARBOSA, 713, FDS. AGRONÔMICA CEP: 88025-301	228-90909/728-5074		ARTESANATO
497	SC	FLORIANÓPOLIS	Núcleo Geraranda Floripa	Deivid de Abreu	Rua: Rua Heitor Blum, 521 CEP: 88070-450	(48) 9934-3822	saudemental@pmlf.sc.gov.br	Reciclagem, Confeção e Cerâmica
498	SC	FLORIANÓPOLIS	Oficina de Criação AMAELOUOCAMENTE	Deivid de Abreu	Rua: Rua Barbosa, 713, Agronômica CEP: 88025-300	(48) 3228-9090	saudemental@pmlf.sc.gov.br	Confeção e Produção de bijuterias e acessórios
499	SC	Gaspar	Arte, Cultura e Geração de Renda	Rosa Melato	CEP: 89110-000	(47) 3332-8219	caps@gaspar.sc.gov.br	Reciclagem, Confeção, Tecelagem e Cerâmica
500	SC	Gaspar	Arte e Cultura	Maura Rosana Cravanzola Moraski	CEP: 89110-000	(47) 3332-8219	caps@gaspar.sc.gov.br	Reciclagem, Confeção, Tecelagem e Hortalças
501	SC	Herval d'Oeste	Associação Amigos do CAPS	Adriana - Terapeuta Ocupacional	Rua: Atílio Pagnocelli, 072	49-9966481	capsho@bol.com.br	Reciclagem, Marcenaria e Confeção
502	SC	Imbituba	Ponto de Apoio Despertar Jovem	Denise Ribeiro	Estrada Geral Sambaqui, Imbituba	(48) 9609-3607	denirbe_13@hotmail.com	Reciclagem, Confeção, Hortalças, Frutas, Plantas Medicinais, Aves, Bovinos e Ovinos
503	SC	Itajaí	Fazendo Redes	Simone do Carmo Torres Gonçalves	Heitor Liberato, 628 CEP: 88301-310	(47) 3908-5765	capitajai@yahoo.com.br	Confeção
504	SC	Itapema	Projeto Retratos	Isabel Cristina dos Santos	Rua 132, nº15 Centro-Itapema CEP: 88220-000	(47) 3368-2393	capitapema@hotmail.com	Atividades artesanais
505	SC	Jaraguá do Sul	ATELÊ DE CRIAÇÃO	ANA CELIA MIRANDA DE OLIVEIRA	RUA LUZ KIENEN, 142 CEP: 89251-630	(47) 3276-0604	saude.caps2@jaraguadosul.com.br	Reciclagem, Cerâmica e PINTURA - PRODUÇÃO DE TEXTOS
506	SC	JOINVILLE	REPART-ASSOCIAÇÃO DE RECUPERAÇÃO PELO TRABALHO	SANDRA LUCIA VITORINO	R.ANTONETA D BARROS, 14 FLORESTA CEP: 7 / Rua São Paulo, 2107	47-4355144 / 47-99712840	svitorino@saudejoinville.sc.gov.br; sandra_pisco@terra.com.br	ARTESANATO E TRABALHO FORMAL
507	SC	Joinville	SOIS-Serviços Organizados de Inclusão Social	Mareli e Ana Lúcia	Rua Plácido Olímpio de Oliveira; 1489	47-99712840	sejaosois@hotmail.com	Confeção
508	SC	JOINVILLE	Serviços Organizados de Inclusão Social - Sois/repart - associação para recuperação pelo trabalho	Marilise Bittencourt	Rua São Paulo 2.107	47-9108-4859	mribtencourt@saudejoinville.sc.gov.br	Confeção e artesanato-tapearia e prestação de serviços com empresas de peças automotivas e brechó
509	SC	JOINVILLE	Oficinas Terapêuticas; inclusão social através da arte e do artesanato	Anelise Dallagnolo	Rua Al. Protogenes Pereira, 410	(47) 3436-3073	aneliseto@ig.com.br	oficinas de artesanato
510	SC	JOINVILLE	Projeto Costurando Sentimentos	Solange	Rua Alexandre schlemm, 275 CEP: 89202-417	(47) 3432-3602	solveiras@yahoo.com.br	Confeção e tecelagem
511	SC	JOINVILLE	Grupo Teatral Delirios em Cena	Fernanda	Rua Tubarão, 128 Bairro América CEP: 89204-340	(47) 3422-8526	caps3delirios@saudejoinville.sc.gov.br	Grupo de Teatro
512	SC	JOINVILLE	OFICINA DE CAPACITAÇÃO	JOSÉ CARLOS DE CAMARGO	R EUGENIO MOREIRA, 400, ANITA GARBIBALDI, CEP 89202-100	47-423-3367	camargo@saudejoinville.sc.gov.br	ARTESANATO E ARTES EM GERAL
513	SC	Maravilha	Construindo: a arte redefinindo projetos de vida	Janine pessotto	Rua xv de novembro, 777	(49) 3664-0519	janinepessotto@yahoo.com.br	Marcenaria
514	SC	Palmitos	Re-Costurando Vivências no CAPS	Adriane J. B. Schafer	Rua Machado de Assis nº 105, centro, Palmitos SC CEP: 89807-000	(49) 3647-3002	caps.palmitos@yahoo.com.br	Confeção, Confeção e Confeção de estopas com retalhos de tecido
515	SC	Pomerode	Projeto AMAR (Oficina de Artesanato com Materiais Recicláveis)	Doraci Weber Kraemer	R. Hermann Weging, 111 - Centro - Pomerode Cep:89107-000	(47) 3387-7600	psicologia1@pomerode.sc.gov.br	Reciclagem
516	SC	Porto União	Centro de Atenção Psicossocial Porto União	Thais Jung	Rua Absaloo Carneiro, nº144 CEP: 89400-000	(42) 3523-9404	capsportouniao@yahoo.com.br	Reciclagem, Marcenaria, Confeção, Hortalças, Flores e Estágio
517	SC	Porto União	Associação de Usuários do Caps "Resgatando Vidas"	Elizabeth	CEP: 89400-000		capsportouniao@yahoo.com.br	Reciclagem, Marcenaria, Confeção, Hortalças e Flores
518	SC	Porto União	Apoio Matricial em Saúde Mental	Eveli	CEP: 89400-000		evelicostassiva@yahoo.com.br	Capacitação
519	SC	Timbó	Centro de atenção psicossocial CAPS I	Eliane Gisela Largura	Rua Quênia, s/n CEP: 89120-000	(47) 3382-8473	caps@timbo.sc.gov.br	Tecelagem, Hortalças, Flores e Plantas Medicinais
520	SE	ARACAJU	OFICINA DE ARTESANATO	CARINA CARDOSO	R.FIRMINO FONTES, S/N, ATALAIA VELHA CEP	79-3179-4621	karyquino@bol.com.br	ARTESANATOS
521	SE	ARACAJU	PROJETO CULINARIA A ARTE DE COZINHAR	manceol rodrigo souza cardoso	RUA SERGIPE 880 B SIQUEIRA CAMPOS CEP: 49075-510	(79) 9833-6766	rodrigoss_caroso@hotmail.com	Produtos Alimentícios
522	SE	Itabaininha	CAPS I - Senador Rinaldo Santana	Roseane	Rua Duque de Caxias; nº 51	79-81251229	capsantana@hotmail.com	Reciclagem - Confeção
523	SE	Nossa Senhora da Glória	PROJETO GINGA KOLLYBRI - TOCANDO E CRIANDO INSTRUMENTOS	RONIE CHARLES DE LIMA	RUA PEDRO ALVES FEITOSA SN CENTRO CEP: 49680-000	(79) 9985-3849	fisicaarte@hotmail.com	Reciclagem, Confeção e MÚSICA, DANÇA, CONFEÇÃO DE INSTRUMENTOS MÚSICAIS, ARTESANATO
524	SE	Nossa Senhora da Glória	projeto maos que criam	IDEGVANIA DOS SANTOS SILVA	AV ENGO JORGE NETO SN COHAB CEP: 49680-000	(79) 3411-7541	idegvania.gloria@hotmail.com	Criação de animais - Aves
525	SE	Nossa Senhora da Glória	OFICINA DE BONÉCAS - BRINCANDO E RECICLANDO	RONIE CHARLES DE LIMA	RUA PEDRO ALVES FEITOSA SN CENTRO CEP: 49680-000	(79) 3241-2891	fisicaarte@hotmail.com	Reciclagem e Confeção
526	SE	Nossa Senhora do Socorro	Projeto Horto Jardinagem	Marilene Barros Oliveira Dantas	Av. Perimetral A, S/N - Conj. Marcos Freire CEP: 49160-000	(79) 3254-4401	capsadanapitta@ig.com.br	Hortalças, Flores e Plantas Medicinais
527	SE	Nossa Senhora do Socorro	OFICINA AGRÍCOLA CULTIVANDO PARA A VIDA	sheila de jeaus cordeiro	RUA 28,102 CONJ MARCOS FREIRE II CEP: 49160-000	(79) 9816-7787	sheila2@hotmail.com	Hortalças e Plantas Medicinais
528	SE	Tobias Barreto	Caps Claridade	Luciana diu	Rua duque de caxias, nº 996 CEP: 49300-000	(79) 9815-1634	capsclaridade@yahoo.com.br	Confeção
529	SP	Amparo	Sabor e Cia	Patrícia e /ou Delza	Av. Dr. Carlos Burgo; 1830 Centro- Amparo			Produtos Alimentícios
530	SP	Amparo	Oficina de Pintura - Pintando o Sete	Regina	Av. Dr. Carlos Burgo; 1830 Centro		caps@amparo.sp.gov.br	Confeção
531	SP	ASSIS	A BARRACA NA FEIRA	PAULA e RODRIGO	AV FÉLIX DE CASTRO, 901, VILA IRMÃ CATARINA, CEP 19813-700	18-3322-4924	paularcarvalhoaluer@hotmail.com; rodrigoressotto@yahoo.com.br	ROUPAS, OBJETOS USADOS
532	SP	ASSIS	AS CAMISETAS	PAULA e RODRIGO	AV FÉLIX DE CASTRO, 901, VILA IRMÃ CATARINA, CEP 19813-700	18-3322-4924	paularcarvalhoaluer@hotmail.com; rodrigoressotto@yahoo.com.br	ARTESANATO E CULINARIA
533	SP	ASSIS	OFICINA DE PRODUÇÃO DE VELAS E SABONETES	JOSÉ ALFREDO	AV FÉLIX DE CASTRO, 901, VILA IRMÃ CATARINA, CEP 19813-700	18-3302-5741		CESTAS, LIKÉRIAS, PASTAS, PORA CANETAS PORTA CD'S
534	SP	BARUERI	ASSOCIAÇÃO CLAUDE OLEVESSTEIN	CLAUDIO SEBASTIAO SILLIOS	RUA DA LIBERDADE, 402 - VL. BOA VISTA	11-82398379	silios56@yahoo.com.br	Reciclagem, Marcenaria e Artesanato.
535	SP	BARUERI	Grupo Arte & Mosaico	Maria Edviges Jordão	Rua Monaco, 260 - Parque Santa Luzia	11-96182319	crad@barueri.sp.gov.br	artesanatos
536	SP	BATATAS	oficina terapeutica e de geração de renda CAPS BATATA	SILVANA	Avenida Moacir Dias de Moraes, 555 - Dr. Jorge Nazari - Batatas	81-412823	lopecastor@bol.com.br	Reciclagem, Marcenaria, Tecelagem, Cerâmica, Hortalças e Flores
537	SP	BATATAS	INCLUSÃO DIGITAL SOB NOSSO OLHAR: saúde e educação lado a lado como fonte de cultura,	Camila ou Lidiane	Av. Moacir Dias de Moraes, 555-Nossa Senhora Auxiliadora CEP: 14300-000	(16) 3662-9334	semusa@netsite.com.br	Reciclagem, Tecelagem, Cerâmica e Hortalças
538	SP	BOTUCATU	Associação de Usuários, Familiares e Trabalhadores dos Serviços de Saúde Mental de Botucatu - Associação	Osmir Ribeiro	R.PREFEITO TONICO DE BARROS, 621, CENTRO, CEP 18602-005	14-3882-7087	arteconvivio@hotmail.com	Reciclagem e Cerâmica
539	SP	Cajuru	Oficina de Mosaico	Carol / Pessanha	Ambulatório de Saúde Mental - dona Filia	16-91515323	pessanhahenriques@bol.com.br	Cerâmica e Produção de Hortalças
540	SP	CAMPINAS	Água na Boca	Vera Lúcia Campos	R. Benedito Roberto Barbosa,11. Pq. Universitário		tear_das_artes@yahoo.com.br; saude	Produtos Alimentícios
541	SP	Campinas	CASA DAS OFICINAS	Andrea Cristina Barreiro Hahon de Souza	RUA MONTEIRO DE CAMARGO, 334	19-92862929	saude.casadasoficinas@campinas.sp.gov.br	Confeção, Alimentação e produção artesanal
542	SP	CAMPINAS	CASA DAS OFICINAS	CILENE DESPONTIN MALVEZZI	R.TIRADENTES, 882 CENTRO CEP 13023-191	19-3233-3969	saude.criad@campinas.sp.gov.br	ROUPAS, BOLSAS, DECORAÇÃO
543	SP	CAMPINAS	Centro de Convivência e Arte	GAL SOARES DE SORDI	R. ANTONIO PRADO, 430, CEP 13106042	19-3758-8618/91524408	convivenciaarte@bol.com.br	BONÉCAS DE PANO, PESOS DE PORTA, ENFEITES, PINTURA EM TECIDO E PÇAS DE MADEIRA COM MOSAICO DE PASTILHAS e PINTURAS.
544	SP	CAMPINAS	COSTURANDO CIADADANA	ROGÉRIA MISORELLI	ASSOCIAÇÃO DOS MORADORES DO BAIRO DO COSTA E SILVA	19-9662-5162/3208-0935	rogeriamisorelli@uol.com.br	CORTINAS, ALMOFADAS, AVENCINAS, PANOS DE PRATO, CACHECOIS
545	SP	CAMPINAS	ARMAZEM DAS OFICINAS	CLEUSA OGERA CAYRES	R. ANTONIO PRADO, 430, CEP 13106042	19-3258-7599/ 3758-8603/	armazemoficinas@uol.com.br	Artesanato, Reciclagem, Marcenaria, Cerâmica, Produtos Alimentícios, Hortalças, Plantas Medicinais, Alimentação, Serviços gerais e Limpeza
546	SP	CAMPINAS	OFICINA DE ARTESANATO E PAPEL RECICLADO	VERA LÚCIA FARIAS	AV MARIA LUIZA POMPEU DE CAMARGO, 199, J CAMPINEIRO CEP:13582-270	19-3246-3989	cgjsaomarcos@campinas.sp.gov.br	PRODUTOS ALIMENTÍCIOS E ARTESANATOS
547	SP	CAMPINAS	OFICINA DE HABILIDADES	SILVANA MARIA DE FREITAS	AV FÁBIA LIMA, 680, PARQUE ITALIA, CEP 13036-220	19-3272-1292/8025	amarsol@terra.com.br	HORTA ORGANICA E COMPOSTAGEM
548	SP	CAMPINAS	OFICINA GENTE QUE FAZ FANTASIA	MARISOL WATANABE	AV FÁBIA LIMA, 680, PARQUE ITALIA, CEP 13036-220	19-3272-1292/8025	amarsol@terra.com.br	BIJUTERIAS (COLARES E PULSEIRAS) DE MIÇANGAS E OUTROS MATERIAIS
549	SP	CAMPINAS	PORTAL DAS ARTES	SIBELLE R C MARTIN E REGINA C S GUIMARÃES	R DOAVENTURA DE LEMOS, 590, CEP:13100-135	19-3252-7189	saudecsp@parapanema@campinas.sp.gov.br	BORDADO, COSTURA E CONFEÇÃO DE BONÉCAS
550	SP	CAMPINAS	SALÃO DE BELEZA	GAL SOARES DE SORDI	R. ANTONIO PRADO, 430, CEP 13106042	19-3758-8618/91524408	convivenciaarte@bol.com.br	REFORMAS E MANUTENÇÃO
551	SP	CAMPINAS	VIVER BEM	IVANEI FÉLIX PEREIRA	R DAS CANTANEIRAS, 47, VILA BOA VISTA CEP 13065430	019-3245-2662/3245-1259	saude.cvillaboavista@campinas.sp.gov.br	BOLACHAS,BOMBONS E OUTROS
552	SP	Campinas	Maria por Recheio	Karnine cambuy	R. Benedito Roberto Barbosa; 11	19-96639606 / 19-32665656	tear_das_artes@yahoo.com.br	Produtos Alimentícios
553	SP	CASA BRANCA	Centro de Reabilitação de Casa Branca-CAPS 24 horas/ Oficina de Bijuteria	Gisely apreciada Pereira Ketener	RODOVIA ARY PINTO LIPPELT, KM 04, CP 13700-000	19-36719674	crcb-caps3@saude.sp.gov.br	Produção de Bijuterias Artesanais
554	SP	CASA BRANCA	Centro de Reabilitação de Casa Branca - Programa de Oficinas Terapêuticas (POT)	Adriana de Fátima Cardozo Prosdócimo	Rodovia SP340 km 238 CEP: 13700-000	(19) 3671-9681	pot_crcb@yahoo.com.br	Marcenaria, Confeção, Tecelagem, Produção de Hortalças e Criação de animais-Ovinos
555	SP	CASA BRANCA	OFICINA DE CULINÁRIA	RENATA	RODOVIA ARY PINTO LIPPELT, KM04, COCAIS, CEP 13700-000	19-36719674	crcb-caps3@saude.sp.gov.br	SALGADOS e DOCES
556	SP	DIADAMA	BAZAR DO ESPAÇO FERNANDO RAMOS DA SILVA	SANDRA MARIA	AV 7 DE SETEMBRO, 18, VILA NOVA CONCEIÇÃO, CEP 09912-010	11-4055-1528	janedf@ig.com.br; ss.maria@uol.com.br	EMBALAGENS
557	SP	Embu	Núcleo de Trabalho	Jeanie Soares Vieira	Rua Alberto Gioia, 300 - Pq do Lago Francisco	11-93710894	conviver@embumail.com.br	Confeção e Cerâmica
558	SP	Guarulú	Oficina de Pintura em Tecido	Magali Aparecida Lourenço Marques	CEP: 11420-270	(11) 3386-7079	meglavio@hotmail.com	Confeção
559	SP	GUARULHOS	Projeto S.A.M.A. (Saúde, Arte, Moda e Artesanato)	EVA GESLAINE MEDINA DOS SANTOS	RUA MICHAEL ANDREAS KRATZ, 14- MACEDO CEP: 07051-080	(11) 2472-5014	aesantos@uol.com.br	Reciclagem, Confeção e Tecelagem
560	SP	GUARULHOS	TEAR – Oficinas de Trabalho Terapia e Arte	VALÉRIA BIANCHINI	R SILVESTRE VASCONCELOS CALMON, 80, VILA MOREIRA, CEP 07020-010	11-6409-2200/6475-1758	oficinastear@uol.com.br	ESTAMPARIA EM CAMISETAS, SABONETES ARTESANAIS DE GLICERINA E VELAS ARTESANAS COM PARAFINA, ARTIGOS DE LÃ LINHA, CROCHÊ,
561	SP	Mauá	Oficina Vida Nova	Elaine Polisei	ua almirante Barroso 496	(11) 4547-6228	elaine.polisei@bol.com.br	Reciclagem, Confeção e Cerâmica
562	SP	MOCOCA	BAZAR DA OFICINA TERAPÉUTICA	ANDREA	R RIACHUELO, 714, CENTRO, CEP 13730-000	(19) 3665-6662/ 3656-0590	oficinaterapeutica@ig.com.br	CONFEÇÃO DE MESAS, CAIXAS DIVERSAS e PEQUENOS OBJETOS DE MADEIRA
563	SP	MOCOCA	OFICINA DE BIJUTERIAS	ANDREA	R RIACHUELO, 714, CENTRO, CEP 13730-000	(19) 3665-6662/ 3656-0590	oficinaterapeutica@ig.com.br	LUMINÁRIAS, PORTA VELAS EM BAMBU, BRINQUEDOS
564	SP	MOCOCA	OFICINA DE LINHAS	ANDREA	R RIACHUELO, 714, CENTRO, CEP 13730-000	(19) 3665-6662/ 3656-0590	oficinaterapeutica@ig.com.br	RETRATO, UTILITÁRIOS DE COZINHA, TAMPOS DE MESA, APARADORES E OUTROS OBJETOS REVESTIDOS EM PSDO CERÂMICO E PASTILHAS DE
565	SP	MOCOCA	PRÓJETO TECENDO OPORTUNIDADES	FABIANA CRISTINA ZANE	R RIACHUELO, 551, CENTRO, CEP 13730-070	19-3656-7537	capad.mococa@telefonica.com.br	TAMPOS DE MESA, APARADORES, OBJETOS DE DECORAÇÃO

566	SP	MOGI DAS CRUZES	LOUCOS PELA VIDA	RITA, DENISE, LETÍCIA E CLÁUDIA	R. PRINCESA ISABEL DE BRAGANÇA, 411, CENTRO, CEP 08710-600	11-47277065	benanteto@yahoo.com.br	RECICLAGEM DE PAPEL
567	SP	PIRACICABA	Oficina de Pintura	Maribel Vazquez	Rua Bela Vista, 665 CEP: 13418-330	(19) 3433-0312	caps2_pira@yahoo.com.br	PINTURAS DESENHOS
568	SP	PIRACICABA	OFÍCINA DE GERAÇÃO DE RENDA	AVANILDES E NELUSA	R. BELA VISTA, 665, VILA INDEPENDÊNCIA CEP 13400-100	19-97686288/343331	hidecominetti@terra.com.br	ARTESANATO
569	SP	PIRASSUNINGA	Oficina de Geração de Renda - Produção de sabão	Kate ou Rejane	Rua Joaquim Procópio de Araujo, 1001, Cen	1935611950	caps_pirassuninga@yahoo.com.br	Reciclagem
570	SP	SANTO ANDRÉ	ESTAÇÃO REFAZER	MARIA ALVES DE LIMA	R. SANTA MARIA GORETTI, 361 - UTINGA, CEP 09220-790	11-4461-5681/9377-8057	projetosrefazer@ig.com.br; mar_a.lima@uol.com.br	RECICLAGEM DE PAPEL
571	SP	SANTO ANDRÉ	NÚCLEO DE PROJETOS ESPECIAIS	Paula Ursula Taleiks	RUA SALVADOR DE SÁ, 210	11-92415300	projetosrefazer@yahoo.com.br	Reciclagem, Marcenaria e Confeção
572	SP	SANTO ANDRÉ	Jornal Vozes da Saúde Mental	Mario Alexandre Moro	Rua São Miguel 21 apto 2 - Vila Alpina Santo André CEP: 09090-340	(11) 4436-8537	malexmor2000@yahoo.com.br	Jornal
573	SP	Santos	SERP-Seção de Reabilitação Psicossocial	Maria Maura Porto Ferreira	Rua da Constituição, 598 - Vila Mathias - Sa	13-32211875	sms-serp@santos.sp.gov.br	Reciclagem, Confeção, Cerâmica, Produtos Alimentícios, Hortaliças, Flores, Plantas Medicinais e Alimentação
574	SP	São Bernardo do campo	Arte-san-ato	Suzana Robortella	R. Pedro Jacobucci CEP: 09725-750	(11) 6194-5572	suzanarobortella@yahoo.com.br	Confeção
575	SP	São Bernardo do campo	Projeto Caps Fashion Week	Suzana Robortella	R. Pedro Jacobucci CEP: 09725-750	(11) 6194-5572	suzanarobortella@yahoo.com.br	Confeção
576	SP	São Bernardo do campo	TERRITÓRIOS DA SAÚDE	Suzana Robortella	Rua Pedro Jacobucci, 470 - São Bernardo do Campo-SP CEP: 09725-750	(11) 6194-5572	suzanarobortella@yahoo.com.br	COMUNICAÇÃO E ARTE
577	SP	São Bernardo do campo	CHOCOLARTE	Suzana Robortella	Rua Bulgária 59 CEP: 09671-100	(11) 6194-5572	suzanarobortella@yahoo.com.br	Produtos Alimentícios
578	SP	São Bernardo do campo	PROJETO DE BIJUTERIA	Suzana Robortella	CEP: 09725-750	(11) 6194-5572	suzanarobortella@yahoo.com.br	Confeção
579	SP	São Bernardo do campo	ARTE TEXTIL	Suzana Robortella	CEP: 09725-750	(11) 6194-5572	suzanarobortella@yahoo.com.br	Reciclagem e Tecelagem
580	SP	São Bernardo do campo	Reciclando a vida	Suzana Campos Robortella	R. Pedro Jacobucci, 470	(11) 6194-5572	suzanarobortella@yahoo.com.br	Reciclagem e limpeza
581	SP	São Bernardo do campo	Resprendendo a viver	Suzana Robortella	R. Pedro Jacobucci,470	(11) 6194-5572	suzanarobortella@yahoo.com.br	Reciclagem e Confeção
582	SP	São Carlos	Reciart		Rodovia Washington Luis; km 235; Universidade Federal de São Carlos; Predio	[33987129]	filzola@power.ufscar.br	Reciclagem
583	SP	SÃO PAULO	Artisanato em tecido como iniciativa de reinserção social	Veronica Rodrigues e Sergio Nagib Sabbag	Rua Uratinga, 90, Vila Bonilha, São Paulo-SP CEP: 02933-140	(11) 3976-7581	capsaduto@ubonilha@ig.com.br	Confeção
584	SP	SÃO PAULO	ASSOCIAÇÃO ANIMA	Geraldo de Andrade Jr ou Celia Massumi	R. DR CÂNDIDO ESPINHEIRA, 616, PERDIZES, CEP 05004-000	11-3672-2000/3622-	capsperdizes@gmail.com.br	ursos e parcerias/ incentivo financeiro
585	SP	SÃO PAULO	Biju Tamã	Elana e Cecilia	Rua Oscar Pinheiro Coelho nº 287 Butantã		capsadulto.bt@gmail.com	Confeção
586	SP	SÃO PAULO	cecco santo amaro-marcenaria	Maria Irene Gerassi	av. Padre José Maria, 555 - Santo Amaro		ceccostamara@ig.com.br	Marcenaria
587	SP	SÃO PAULO	COOPERATIVA DE ARTESÃOS	JUDITH; ROSEMARY E NILCE	R. TIMÓTEO CORRÊA DE GÓES, 100, ITAIM PAULISTA, CEP 08122-490	11-6963-2446	ceccosantaamela@ig.com.br	ARTESANATO
588	SP	SÃO PAULO	COOPERATIVA INVENTANDO ARTE- AGULHAS E LINHAS	KÁTIA BERTOLINI OU IZABEL ABRAHÃO	R. DR CÂNDIDO ESPINHEIRA, 616, PERDIZES, CEP 05004-000	11-3672-2000/3622-	bertolinik@ig.com.br; izabel_ab@uol.com.br	AGÊNCIAS, ÍNDICES TELEFÔNICOS, CADERNOS, BLOCOS DE ANOTAÇÕES, CARTÕES DE VISITA, CONVITES EM GERAL
589	SP	SÃO PAULO	COOPERATIVA PARQUE ECOLÓGICO CHICO MENDES	IRIA MARIANI E DALVA DA SILVA	R. CEMBARÁ, 1201, VILA CURIÇA, ITAIM PAULISTA, CEP	11-6135-3130	gmariani@uol.com.br	ARTESANATO EM PAPEL
590	SP	SÃO PAULO	GRUPO DE GERAÇÃO DE RENDA	IVANA E ERICA	R. GUTEMBERG JOSÉ FERREIRA, 50, JARDIM SANDRA, CEP 05870-080	11-5816-5541	ivana_psi@hotmail.com	BIJUTERIAS
591	SP	SÃO PAULO	Grupo de Geração de Renda Maniarte	Lourdirinha	Rua Gutemberg José Ferreira, 50	11-58445750	capsidia@gmail.com	Reciclagem, Confeção e Produtos Alimentícios
592	SP	SÃO PAULO	GRUPO DE HORTA COMUNITÁRIA	JUDITH; ROSEMARY E NILCE	R. TIMÓTEO CORRÊA DE GÓES, 100, ITAIM PAULISTA, CEP 08122-490	11-6963-2446	ceccosantaamela@ig.com.br	PROGRAMA PAPO CABEÇA TRANSMITIDO PELA RÁDIO CULTURA DE AMPARO
593	SP	SÃO PAULO	Loucos Por Eventos	Susana	R.Oscar Pinheiro Coelho 287	11-85863054	capsadulto.bt@gmail.com; sulerox@gmail.com	Produção audiovisual
594	SP	SÃO PAULO	livraria louca sabedoria	Erica	R Vanderlei 702	(11) 8147-7937	livrarialoucasabedoria@gmail.com	Venda de Livros
595	SP	SÃO PAULO	Mão Na Arte	Larissa Martini	Rua Machado Bitencourt, 222			Reciclagem, Produtos Alimentícios e mosaico
596	SP	SÃO PAULO	OFICINA DE ARTES	ANA SANT'ANNA	R 24 DE MAIO, 116 - 4ºANDAR - SALAS 36 E 37, REPÚBLICA, CEP 01041-000	11-3337-6049	edelei@terra.com.br	MOSAICO, ENCADENARÇÃO, RECICLAGEM DE PAPEL, ARTESANATO, PORCELANA E MARCENARIA
597	SP	SÃO PAULO	OFICINA DE CONFEÇÃO DE BONICAS ARTESANAS DE Lã E TECIDO	ROXANE E MARTA	AV RAIMUNDO PEREIRA DE MAGALHÃES, 5214, PIRITUBA, CEP 02938-010	11-3979-6616	roxanealencar@terra.com.br; marta_almeidato@terra.com.br	PAPEL RECICLADO, MOSAICO, TEAR, MÓVEIS COM PÁGINA
598	SP	SÃO PAULO	OFICINA DE COSTURA, COSTUMIZAÇÃO E FUXICO	ROXANE E MARTA	AV RAIMUNDO PEREIRA DE MAGALHÃES, 5214, PIRITUBA, CEP 02938-010	11-3979-6616	roxanealencar@terra.com.br; marta_almeidato@terra.com.br	TRABALHO FORMAL (EMPRESAS/INSTITUIÇÕES)
599	SP	SÃO PAULO	OFICINA DE CRIATIVIDADE - ARTESANATO COM RECICLAGEM DE MATERIAS	ROXANE E MARTA	AV RAIMUNDO PEREIRA DE MAGALHÃES, 5214, PIRITUBA, CEP 02938-010	11-3979-6616	roxanealencar@terra.com.br; marta_almeidato@terra.com.br	COLETA SELETIVA DE LIXO DO MUNICÍPIO
600	SP	SÃO PAULO	OFICINA DE CULINÁRIA - ASSOCIAÇÃO ANIMA	KÁTIA BERTOLINI OU IZABEL ABRAHÃO	R. DR CÂNDIDO ESPINHEIRA, 616, PERDIZES, CEP 05004-000	11-3672-2000/3622-9044/3872-6221	bertolinik@ig.com.br; izabel_ab@uol.com.br	VENDA DE ARTESANATOS EM MOSAICO E RECICLADOS, BISCOITOS, DOCEES E SALGADOS
601	SP	SÃO PAULO	OFICINA DE EMBALAGENS	RITA E LÍDIA	R. PORTO JAVIER, 57, ITAQUERA, CEP 08210-370	11-6379-6388/6205-6382	capspita@ig.com.br	TRES TRELERS DE VENDA DE LANCHES, DOCEES E SALGADOS
602	SP	SÃO PAULO	OFICINA DE ESTAMPARIA, SABONETES E VELAS ARTESANAS	ROXANE E MARTA	AV RAIMUNDO PEREIRA DE MAGALHÃES, 5214, PIRITUBA, CEP 02938-010	11-3979-6616	roxanealencar@terra.com.br; marta_almeidato@terra.com.br	ARTIGOS CONFECCIONADOS POR TEAR
603	SP	SÃO PAULO	OFICINA DE FIOS	ROXANE E MARTA	AV RAIMUNDO PEREIRA DE MAGALHÃES, 5214, PIRITUBA, CEP 02938-010	11-3979-6616	roxanealencar@terra.com.br; marta_almeidato@terra.com.br	JARDINAGEM, CULTIVO E VENDA DE MUDAS, PLANTAS E ERVAS MEDICINAIS E TEMPEROS
604	SP	SÃO PAULO	OFICINA DE HORTA E JARDINAGEM	ROXANE E MARTA	AV RAIMUNDO PEREIRA DE MAGALHÃES, 5214, PIRITUBA, CEP 02938-010	11-3979-6616	roxanealencar@terra.com.br; marta_almeidato@terra.com.br	CORTES DE CABELO
605	SP	SÃO PAULO	OFICINA DE MARCENARIA	MARIA CRISTINA	R OSCAR PINHEIRO COELHO, 287, CAXINGUI, CEPOSS16-050	11-3727-1819		VENDA DE PASTÉIS, REFRIGERANTE E SALGADOS
606	SP	SÃO PAULO	OFICINA DE PINTURA EM TECIDO	LUCIENE	R. MURMÚRIOS DA TARDE, 211, COHAB II, ITAQUERA, CEP 08253-290	11-6521-3699	ceccoraui@ig.com.br	DESENVOLVIMENTO DE ATIVIDADES NA BRINQUEDOTECA/BIBLIOTECA DO CENTRO DE CONVIVÊNCIA TEAR DAS ARTES COM CRIANÇAS DA
607	SP	SÃO PAULO	OFICINA DE RECICLAGEM DE LIXO INORGÂNICO	ROXANE E MARTA	AV RAIMUNDO PEREIRA DE MAGALHÃES, 5214, PIRITUBA, CEP 02938-010	11-3979-6616	roxanealencar@terra.com.br; marta_almeidato@terra.com.br	PAES (SALGADOS E DOCEES)
608	SP	SÃO PAULO	OFICINA DE TAPETARIA, TEAR E PINTURA EM TECIDOS	ROXANE E MARTA	AV RAIMUNDO PEREIRA DE MAGALHÃES, 5214, PIRITUBA, CEP 02938-010	11-3979-6616	roxanealencar@terra.com.br; marta_almeidato@terra.com.br	CROQUÊ, FLUXICO, PINTURA E RECICLÁVEL
609	SP	SÃO PAULO	Padaria Artesanal	Izabel Abrahão e Káthya Bertolini	RUA DR CANDIDO ESPINHEIRA, 616	3672-2000	capsperdizes@gmail.com	Produtos Alimentícios
610	SP	SÃO PAULO	Oficina das Batatas Fritas	Izabel Abrahão e Káthya Bertolini	RUA DR CANDIDO ESPINHEIRA, 616	3672 - 2000	capsperdizes@gmail.com	Produtos Alimentícios
611	SP	SÃO PAULO	Recicla Tudo	Celia Massumi, Káthya Bertolini e Neusa Dup	RUA DR CANDIDO ESPINHEIRA, 616	3672 - 2000	capsperdizes@gmail.com	Reciclagem
612	SP	SÃO PAULO	BRECHO ARCA DA FUZARCA	Izabel Abrahão e Káthya Bertolini	RUA DR CANDIDO ESPINHEIRA, 616	3672 - 2000	capsperdizes@gmail.com	COMERCIALIZAÇÃO DE ROUPAS USADAS
613	SP	São Paulo	Amarradinho	Christiane Mery Costa	rua Taquari, 549 - Mooca	1126926323	ceccomooca@hotmail.com	Tecelagem
614	SP	São Paulo	Projeto de Geração de Renda	MARIA DAS VIRGENS	Rua Valente de Novais; 51 - Itaim Paulista	1198-182324	capsidnelia@ig.com.br	Confeção
615	SP	São Paulo	bijouteria	Christiane	rua Taquari; 549 - Mooca	1126926323	ceccomooca@hotmail.com	
616	SP	São Paulo	Confecção de Bonecas de pano	Íria da A. Neto Mariani	Rua Cembira; 1201	92994088	gqchiccomendes@ig.com.br	Confeção
617	SP	São Paulo	COLETA DE MATERIAS RECICLÁVEIS	Joelma de Melo Souza Russo	RUA DR. CLOVIS MONTEIRO DE CARVALHO JUNIOR, 22	11-74720687	caps1adsmateu@prefeitura.sp.gov.br	Reciclagem
618	SP	SÃO PAULO	Cores e sabores	Erica, Vera, Cristina, Cecilia	Rua Oscar Pinheiro Coelho 287	(11) 3727-1819	capsadulto.bt@gmail.com	Produtos Alimentícios, Hortaliças e Prestação de serviços: Alimentação
619	SP	São paulo	Espaço Coletivo de Trabalho Individual	Luciana Roos	Rua Gabriel de Brito, 26 CEP: 05411-010	(11) 3875-0797	luross@uol.com.br	
620	SP	São Paulo	Bar Saci	Mariela Capponi	Atualmente sem endereço fixo - reuniões no crapp e eventos itinerantes	11-76593035	www.obarsaci.blogspot.com	Produtos Alimentícios
621	SP	São Paulo	O Bar BibiTanTa	Ana Luisa Aranha e Silva	Rua Horacio lafer; 590	81-368565		Produtos Alimentícios
622	SP	SÃO PAULO	Projeto Cobra Criada	Cristina, Graciete, Vera	Rua Oscar Pinheiro Coelho, 287	(11) 3727-1819	capsadulto.bt@gmail.com	Confeção
623	SP	São Paulo	Projeto Rendeiros	Paula Ursula Taleiks	Rua das Esterlinas, 142	(11) 2011-8159	capsadapopemba@yahoo.com.br	Reciclagem, Produtos Alimentícios e Hortaliças
624	SP	São Paulo	DASSODIDA - Oficina Experimental de Moda	Ronaldo Moreira	Rua Itapeva, 700 - Bela vista - São paulo - SP	(11) 7162-8386; (11) 89598302;	dasdoida@gmail.com; ronmoreira@gmail.com	Reciclagem, Marcenaria, Confeção e Tecelagem
625	SP	SÃO PAULO	Oficina de Música - Grupo Temos da Madrugada	Izabel Abrahão	Rua Dr Candido Espinheira, 616 CEP: 05004-000	(11) 3672-2000	capsperdizes@gmail.com.br	Estudo, criação e execução de musica popular brasileira
626	SP	São Vicente	MENTAL SHOP COMPRE NOSSO IDEAL	THELMA CARLSEN FONTEFRIA	PADEIRA ANCHIETA N 211 CENTRO - SAO VICENTE CEP: 11310-040	(13) 3468-7057	caps2mater@saudeoavocente.sp.gov.br	Reciclagem, Marcenaria, Confeção, Tecelagem e Cerâmica
627	SP	SOROCABA	Oficina Terapêutica Jardim das Acácias	Fabiana Caricati Bavia	Av. Gal. Carneiro, 1200	15-97655558	coordenacaotecnica@terra.com.br	Reciclagem, Marcenaria e Cerâmica
628	TO	Colinas do Tocantins	Projeto de Implantação da oficina de Sacolas Recicláveis	Aldilene Fagundes de Oliveira	CEP: 77760-000	(63) 3476-7012	aldilenefagundes@hotmail.com	Reciclagem, Confeção, Tecelagem, Hortaliças e Estagiário sem bolsa
629	TO	Dianópolis	Projeto doídos por arte	Creuzá Ribeiro de Oliveira	Rua São Vicente; s/n; Centro	62-92023471	capsdianopolis@hotmail.com; maria.cidarodrigues@hotmail.com	Reciclagem - Confeção - Tecelagem
630	TO	Dianópolis	Projeto "Água Pequena" Coral, Teatro, Dança e Imagem	Cristiane dos Santos	Rua são vicente de paula	63-36922105	capsdianopolis@hotmail.com; cristianadossantos@hotmail.com	Apresentação de Eventos
631	TO	Dianópolis	Projeto Coral (Viver é Cantar)	cristiana	Rua Vicente de paula	63-36922105	capsdianopolis@hotmail.com; cristianadossantos@hotmail.com	EVENTOS
632	TO	Dianópolis	Projeto Arte CAPS	Creuzá Ribeiro de Oliveira	Rua Vicente de paula	63-36922105	capsdianopolis@hotmail.com	Reciclagem, Confeção e Tecelagem
633	TO	Dianópolis	Projeto de Perto Ninguém é Normal	LUCIANE B. OLIVEIRA ALMEIDA	Rua Vicente de paula	63-36922105	capsdianopolis@hotmail.com	Confeção
634	TO	Dianópolis	Conto e vida no cotidiano	Vilma	Rua Vicente de paula	63-36922105	capsdianopolis@hotmail.com; vilmacaps@hotmail.com	Confeção
635	TO	Dianópolis	CAPSBELEZA " o lado terapêutico de um sabão de beleza	Creuzá Ribeiro de Oliveira	Rua Vicente de paula	63-36922105	capsdianopolis@hotmail.com	CAPACITAÇÃO

636	TO	Dianópolis	Cozinhando Sonhos	Creuza Ribeiro de Oliveira	Rua Vicente de paula	63-36922105	capsdianopolis@hotmail.com	produtos alimenticios
637	TO	Dianópolis	Projeto Semear	Creuza Ribeiro de Oliveira	Rua Vicente de paula	63-36922105	capsdianopolis@hotmail.com	Hortalças
638	TO	Dianópolis	ADSM - Associação Dianopolina de Saude Mental "GERAÇÃO & Cidadania"	Maria Aparecida-Assistente Social	Rua Jaime Fontes s/n - Centro CEP: 77300-000	(63) 3692-2105	adsm.dno@hotmail.com	Reciclagem, Confeção e Tecelagem
639	TO	PALMAS	Pão para Cidadania	Maria de Fatima Vieira Damaso	704 sul alameda 06 lote 17	63-32185101	fatimadamaso@yahoo.com.br	Produtos Alimenticios
640	TO	Porto nacional	"CAPS: REAPROVEITANDO E REIVENTANDO A DIVERSIDADE"	Tania Maria Aires Gomes Rocha	Av. Gabriel Jose de Almeida nº 1270 CEP: 77500-000	(63) 3363-1358	capsprn@brturbo.com.br	Reciclagem
TOTAL								640 iniciativas de geração de trabalho e renda

	Iniciativas Cadastradas no CIST.
	Iniciativas Não Cadastradas no CIST.
	Iniciativas Cadastradas no CIST-VERIFICAR

* Dados referentes ao CIST - Cadastro de Iniciativas de Inclusão Social pelo trabalho.



**Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro**

PORTARIA Nº 132, DE 26 DE JANEIRO DE 2012

Institui incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento do componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a Lei nº 9.867, de 10 de novembro de 1999, que dispõe sobre a criação e funcionamento de cooperativas sociais, visando à integração social das pessoas em situação de desvantagem por condição física, sensorial, mental ou situação social específica;

Considerando a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;

Considerando a Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que cria o Programa De Volta para Casa e institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações;

Considerando o Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, com a finalidade de dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, de forma a garantir o cuidado integral à saúde, regionalizado e hierarquizado, com base no mapa de situação de saúde e em determinantes sociais;

Considerando a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria nº 3.088/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do

SUS;

Considerando as diretrizes gerais das Políticas de Economia Solidária de acesso ao trabalho, solidariedade, inclusão social, cooperação, autogestão e geração de alternativas concretas para melhorar as condições reais da existência de segmentos menos favorecidos;

Considerando a existência, no âmbito do SUS, de iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais desenvolvidas no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial que atuam na perspectiva de reabilitação

psicossocial e econômica das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; e

Considerando as recomendações da IV Conferência de Saúde Mental - Intersetorial, ocorrida entre 27 de junho e 1º de julho de 2010; da I Conferência Temática de Cooperativismo Social, ocorrida nos dias 28 e 29 de maio de 2010; e da II Conferência Nacional de Economia Solidária, ocorrida entre 16 a 18 de junho de 2010, todas em Brasília, resolve:

Art. 1º Fica instituído incentivo financeiro de custeio para o desenvolvimento do componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. O componente Reabilitação Psicossocial constitui-se de iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais.

Art. 2º O incentivo financeiro instituído no art. 1º será destinado ao ente federado que desenvolva programa de reabilitação psicossocial que obedeça aos seguintes critérios:

I - estar inserido na Rede de Atenção Psicossocial;

II - estar incluído no Cadastro de Iniciativas de Inclusão Social pelo Trabalho (CIST) do Ministério da Saúde; e

III - ter estabelecido parceria com Associações de Usuários, Familiares e Técnicos, Cooperativas, Incubadoras de Cooperativas ou Entidades de Assessoria e Fomento em Economia Solidária para apoio técnico e acompanhamento dos projetos.

Art. 3º O incentivo de que trata esta Portaria terá os seguintes valores:

I - R\$ 15.000,00 (quinze mil reais) para programas de reabilitação psicossocial que beneficiem entre 10 e 50 usuários;

II - R\$ 30.000,00 (trinta mil reais) para programas de reabilitação psicossocial que beneficiem entre 51 e 150 usuários; e

III - R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) para programas de reabilitação psicossocial que beneficiem mais de 150 usuários.

Parágrafo único. Os programas de reabilitação enquadrados no inciso I do caput deste artigo dispensam o cumprimento do requisito previsto no inciso III do art. 2º.

Art. 4º A solicitação de recebimento do incentivo financeiro de que trata esta Portaria será encaminhada pelo gestor de saúde do ente interessado ao Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DAPES/SAS/MS), acompanhada dos seguintes documentos:

I - ofício assinado pelo gestor de saúde solicitando o incentivo financeiro e identificando o projeto ou o conjunto de projetos que serão beneficiados;

II - projeto de reabilitação psicossocial constituído por iniciativa(s) de geração de trabalho e renda, empreendimento(s) solidário(s) e cooperativa(s) social(s), com plano de aplicação de recursos detalhado; e

III - termo de compromisso do gestor local assegurando a aplicação integral do incentivo financeiro no projeto ou no conjunto de projetos, em até 6 (seis) meses a contar da data do repasse dos recursos.

Art. 5º Terão prioridade para recebimento do incentivo financeiro os entes que:

I - tenham implantado Serviços Residenciais Terapêuticos, instituídos pela Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000, com as alterações incluídas pela Portaria nº 3090, de 23 de dezembro de 2011;

II - tenham aderido ao Programa De Volta pra Casa, estabelecido pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003; e

III - possuam usuários em internação de longa permanência em hospitais psiquiátricos ou hospitais de custódia;

§ 1º Terá preferência o ente que cumprir todos os requisitos previstos nos incisos do caput, e assim por diante.

§ 2º Em caso de cumprimento de apenas um ou dois dos requisitos previstos no caput, a ordem em que estão colocados será considerada ordem de preferência.

§ 3º Para os fins desta Portaria, será considerada de longa permanência a internação de 2 (dois) ou mais anos ininterruptos.

Art. 6º O incentivo financeiro de que trata esta Portaria será transferido em parcela única pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS/MS) ao Fundo de Saúde do Estado, Município ou Distrito Federal, sem incorporação aos respectivos tetos de assistência de média e alta complexidade.

Art. 7º Caberá à Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do DAPES/SAS/MS o monitoramento da aplicação do incentivo financeiro de que trata esta Portaria, sem prejuízo da competência do Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS/ SGEP/MS).

Parágrafo único. Em caso de descumprimento do prazo previsto no inciso III do art. 4º, a Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas solicitará ao FNS/MS que adote as medidas necessárias para a devolução dos recursos recebidos.

Art. 8º Os recursos orçamentários de que trata essa Portaria correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, onerando os Programa de Trabalho 10.302.1220.20B0.0001 Atenção Especializada em Saúde Mental - Nacional.

Art. 9º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 10. Fica revogada a Portaria nº 1.169/GM/MS, de 7 de julho de 2005.