



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA**

JOSÉ NAUM DE MESQUITA CHAGAS

**REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL DO ADULTO PORTADOR
DE TRANSTORNO PSICÓTICO**

**FORTALEZA – CEARÁ
2011**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA**

José Naum de Mesquita Chagas

Reabilitação Psicossocial do Adulto Portador de Transtorno Psicótico.

Dissertação apresentada perante Banca de Defesa do Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do Grau de Mestre em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. José Jackson Coelho Sampaio.

Fortaleza – Ceará
2011

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA- CMASP
Av. Paranjana, 1700 - Campus do Itaperi - 60740-000 – Fortaleza - Ce
FONE: (85) 3101- 9827 – FAX (85) 3101.9891

FOLHA DE AVALIAÇÃO

Título da dissertação: Reabilitação Psicossocial do Adulto Portador de Transtorno Psicótico.

Nome do Mestrando: José Naum de Mesquita Chagas

Nome do Orientador: Prof. Dr. José Jackson Coelho Sampaio

DISSERTAÇÃO APRESENTADA PERANTE BANCA DE DEFESA DO CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA, DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ, COMO REQUISITO PARCIAL À OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM SAÚDE PÚBLICA.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. José Jackson Coelho Sampaio
(Orientador)

Profa. Dra. Cleide Carneiro
(1º membro)

Profa. Dra. Eliany Nazaré Oliveira
(2º membro)

Data da Defesa: ___/___/___.

**A minha família, pela compreensão e
incentivo no percurso de construção
deste trabalho.**

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Jackson Sampaio, por sua dedicação, crença em minha potencialidade e por nunca ter desistido;

À Professora Cleide Carneiro, por ter plantado este sonho e caminhado comigo desde o Mestrado Profissional em Saúde Mental;

À Professora Eliany Oliveira pelas contribuições sempre oportunas para a qualidade do trabalho;

Aos Professores do Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública por todos os conhecimentos e contribuições ao longo desta caminhada;

Aos colaboradores Maria, que acolheu a todos com excelência e a Maírla pelos préstimos ininterruptos;

Aos meus colegas de mestrado que me incentivaram a nunca desistir;

À equipe e aos usuários do CAPS da Regional IV pela participação e contribuição que possibilitaram esse estudo

"O meu mundo não é como o dos outros, quero demais, exijo demais; há em mim uma sede de infinito, uma angústia constante que eu nem mesma compreendo, pois estou longe de ser uma pessimista; sou antes uma exaltada, com uma alma intensa, violenta, atormentada, uma alma que não se sente bem onde está, que tem saudade... sei lá de quê!"

(Florbela Espanca, «Cartas a Guido Battelli»)

RESUMO

Esta pesquisa tem por temática discutir as inter-relações entre Trabalho, Saúde Mental e Percepção da Identidade. Foram revistas as alterações sofridas no mundo do trabalho, do final do século XX à atualidade, as influências do trabalho na saúde mental dos indivíduos e as propostas do Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica, que busca desenvolver alternativas ao tratamento psiquiátrico hospitalocêntrico e asilar. Foi capturado então, neste cenário, a figura do portador de transtorno mental, um indivíduo classicamente estigmatizado e por muitas vezes segregado do direito ao trabalho, por uma condição identificada como incapacitante. A partir da concepção de trabalho como ontogênico, produtor de identidade, utilizou-se um desenho metodológico qualitativo para a investigação, tendo como técnica a operacionalizar essa lógica o estudo individual de caso. Foram selecionados dois indivíduos adultos, um homem e uma mulher, após vivência de experiência psicótica, com faixa etária entre 30 e 45 anos, com experiência mínima de trabalho formal ou informal de 10 anos, atendido atualmente em serviço substitutivo de saúde mental, desse modo evitando-se os vícios da assistência psiquiátrica clássica, objetivando-se reconhecer a percepção da necessidade da reabilitação psicossocial de indivíduo adulto, após crise psicótica, e a subsequente inclusão em trabalho significativo, seja ele formal, informal ou voluntário. Foram selecionados dois indivíduos, com experiências distintas de trabalho ao longo de suas vidas, assim como percepções acerca de dificuldades para exercê-lo, estigma, valoração desta atividade para sua vida e percepção das influências do exercer ou não um trabalho sobre sua identidade. A pesquisa aponta considerações acerca da política atual de Geração de Renda e Economia Solidária, que disponibiliza um modelo único para toda a população brasileira, não considerando sua diversidade, não viabiliza recursos e preparação adequados para uma efetiva implementação, fragilizando as possibilidades de sucesso.

Palavras-chave: Trabalho, Identidade, Saúde Mental, Terapia Ocupacional, Reabilitação Psicossocial, Transtorno Psicótico, Trabalho Terapêutico.

ABSTRACT

This research theme is to discuss the interrelationships between Work, Mental Health and Perception of Identity. We reviewed changes suffered in the labor world of the late twentieth century to the present, the influences of work on the mental health of individuals and the proposals of the Brazilian Psychiatric Reform Movement, which seeks to develop alternatives to the hospital centered psychiatric treatment and asylums. It was then caught in this scenario, the figure of the mentally ill, an individual classically stigmatized and usually segregated from his right to work, for a condition identified as disabling. From the conception of work as ontogenic, producer of identity, we used a qualitative methodological design to the investigation, and the technique used to install this logic was the individual case study. We selected two adults, one man and one woman, after a psychotic experience, aged between 30 and 45 years, minimum of 10 years experience of formal or informal work, being assisted in a communitarian-based mental health service, thereby avoiding the defects of classical psychiatric care, aiming to acknowledge the perception of the need of a psychosocial rehabilitation of adults after psychotic episode and subsequent inclusion in meaningful work, be it formal, informal or voluntary. We selected two individuals with different experiences of work throughout their lives, as well as their perceptions of difficulties in exercising it, stigmatization, evaluation of the work activity to their lives and perception of the influences of exercise or work on their identity. The research pointed remarks about the current policy of Income Generation and Economic Solidarity, which provides a unique model for the entire population, not considering its diversity, does not achieve adequate preparation and resources for effective implementation, weakening the chances of success.

Key-words: Work, Identity, Mental Health, Occupational Therapy, Psychosocial Rehabilitation, Psychotic Crises, Therapeutic Work.

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| INTRODUÇÃO | 9 |
| TRATAMENTO METODOLÓGICO | 19 |
| RESULTADOS E DISCUSSÕES | 26 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 36 |
| REFERÊNCIAS | 40 |
| APÊNDICES | |
| ENTREVISTA DE SELEÇÃO - ES | 44 |
| ENTREVISTA DE COMPREENSÃO HISTÓRICA DE CASO - ECHC | 45 |
| TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO | 46 |
| ANEXOS | |
| QUESTIONÁRIO DE SAÚDE GERAL-QSG-12 | 47 |
| MEDIDA CANADENSE DE DESEMPENHO OCUPACIONAL - COPM | 48 |

INTRODUÇÃO

A Terapia Ocupacional é uma profissão da área da saúde que tem como particularidade, desde sua criação, a preocupação com o estado funcional do sujeito sob seus cuidados, particularmente no tocante ao conjunto de ocupações e ações que compõem seu cotidiano. Desde tempos remotos, são inúmeros os escritos que citam ou exemplificam situações onde o trabalho e/ou o lazer eram prescritos para devolver saúde ao sujeito adoecido (SERRANO, 1982).

Na atualidade, o trabalho, a sociedade e as relações saúde-doença têm sofrido transformações constantes, e a Terapia Ocupacional, cada vez mais, fundamenta-se em sua ação de promotora da saúde por meio das atividades, sobretudo quando ocorrem, intensiva e extensivamente, transformações da ordem produtiva e cultural, denominadas de pós-modernidade (CANÍGLIA, 2000).

É o mesmo que afirma Paganizzi (1997, p. 11) quando, de modo objetivo, estabelece:

Tomamos las actividades como una de las estrategias de las que se vale el T. O. para mejorar el rumbo de una determinada situación subjetiva, comunitaria o social, junto al actor/usuario/paciente o grupo.

Em sua função de promover saúde - saúde praxica, na definição cuidadosa de Caniglia (2000), para quem saúde praxica é a saúde do fazer essencialmente humano - o terapeuta ocupacional relaciona-se de imediato com a saúde do ser humano e com suas necessidades essenciais de fazer. Nessa perspectiva, a Terapia Ocupacional dirige-se prioritariamente à capacidade laborativa humana, priorizando a racionalidade das tarefas que recomendará, no sentido de reordenar as ações de corpo e mente. O que se propõe é uma ocupação capaz de dar conta dos efeitos negativos causados pelas grandes instituições asilares, pelo reducionismo ao biológico e à doença, pela cronificação das doenças e o trabalho repetitivo e banal, pelo desemprego e a pauperização, pela violência urbana.

A população alvo da Terapia Ocupacional, institucionalizada, é justamente aquela cujas maiores necessidades configuram-se com base em sua condição de excluída do acesso aos bens sociais e cuja problemática se manifesta pelo agravamento das condições de vida a que está submetida. Dessa forma, a Terapia

Ocupacional, para além de sua dimensão social fundamental, assume o carácter de instrumento de políticas públicas compensatórias (MEDEIROS, 2003). Tal situação leva a que toda prática profissional do terapeuta ocupacional foque a problemática da pobreza, das iniquidades, vulnerabilidade ou apartação social, da multiplicidade de carências absolutas, na medida em que o acesso aos direitos de cidadania, mesmo que constitucionais, é diferenciadamente atribuído, traduzindo-se, para multidões, em experiência de não-cidadania, de não-pertencimento (ESCOREL, 1999).

A situação de diferenciação, que gera a não-cidadania e o não-pertencimento, é decorrente de um estigma social tão antigo quanto o próprio termo que foi criado pelos gregos clássicos. Este povo, que tinha bastante conhecimento de recursos visuais, elaborou o termo para designar sinais corporais com os quais se procurava tornar evidente algo de extraordinário ou que deveria ser de conhecimento público, por prejudicial ao *status* moral daquele que o apresentava, um escravo, um criminoso ou um traidor (GOFFMAN, 1988).

Ritualmente, o estigmatizado era poluído, portanto não poderia envolver-se ou misturar-se com os demais. Daí o porquê do termo estigma começar a ser usado em referência a um atributo profundamente depreciativo no conceito social, seja ele físico (um alto desvio estético, negativo, do padrão do belo), ou principalmente moral (uma característica socialmente considerada falha e doentia). Sendo então uma relação entre o atributo (característica evidenciada pelo indivíduo) e o estereótipo (significado ou valor social dado a esse atributo), tornando-se uma ferramenta e um dispositivo de apartação encravado em todas as culturas, desde então (SERRANO, 1982).

O portador de transtorno mental há muito tem sofrido estigma social. Em sua maioria esse estigma foi muito maléfico. Para os gregos clássicos, os enlouquecidos eram sujeitos atormentados pelos deuses e, portanto, recebiam um certo cuidado social e eram tratados por meio da inserção em atividades prazerosas, como banhos termais, massagens, jogos, enfim, o que lhes aliviasse o tormento inevitável. Porém, nem todas as culturas tiveram uma atitude tão inclusiva como a dos gregos, pois na maioria dos demais relatos que se conhece, os loucos eram segregados, desprezados, desprovidos de vez, voz ou razão (FOUCAULT, 1999).

Com o advento da industrialização, o trabalho ganha novas dimensões, tanto em sua natureza concreta – processo de trabalho -, como em sua natureza

abstrata – processo de exploração. O tempo e as habilidades do indivíduo, saído do escravismo e da servidão, dito trabalhador livre, configura-se basicamente como força de trabalho. As pessoas eram valorizadas por aquilo que poderiam produzir, simbolicamente, para o benefício e o progresso da sociedade, e praticamente para a expansão do volume da riqueza, com concentração nas mãos de poucos proprietários dos meios de produção.

O que se cria, historicamente, é uma nova forma de mensuração no meio social, igualando valor a preço e transformando mercadoria e dinheiro, intercambiáveis, em equivalente universal das relações. Os incluídos, nos galpões das fábricas, sofriam a periculosidade e a insalubridade, perdendo pedaços do corpo, adoecendo, morrendo. E os que não possuíam o valor de troca da venda de sua força de trabalho? Eram considerados marginais à nova ordem, perambulavam pelas ruas, inventavam modelos informais de subsistência, iam para as prisões como desordeiros. Estes excluídos dos galpões, mergulhados nas carências, feridos pelo conflito gerado pela responsabilização individual de um drama social, impedidos de auto-valorização, sofriam o mal-estar da incapacidade (MARTÍNEZ, 2000).

Os loucos do trabalho e os loucos do desemprego encontraram-se, nos fins do século XIX e começo do século XX, no mesmo lugar: os hospícios, as colônias, as instituições totais (FOUCAULT, 1999), sob o jugo dos senhores da razão, sofrendo mortificação do eu e esta, às vezes, de forma muito violenta (GOFFMANN, 1988).

Freud, apud Fernandes (1999), diz que o trabalho ocupa um lugar especial na vida mental dos indivíduos, pois:

Nenhuma outra técnica para a conduta da vida prende o indivíduo tão firmemente à realidade quanto à ênfase concedida ao trabalho, pois este, pelo menos, lhe fornece um lugar seguro numa parte da realidade, na comunidade humana. A possibilidade que esta técnica oferece de deslocar uma grande quantidade de componentes libidinais, sejam eles narcísicos, agressivos ou mesmo eróticos, para o trabalho profissional, e para os relacionamentos humanos a ele vinculados, empresta-lhe um valor que de maneira alguma está em segundo plano quanto ao de que goza algo indispensável à preservação e justificação da existência da sociedade (p.40).

A partir das idéias de Karl Marx, em sua obra basilar, **O Capital**, Codo, Sampaio & Hitomi (1998) desdobram as complexas naturezas do trabalho e seu papel na formação da identidade:

A dualidade do trabalho como mercadoria, como valor de uso e valor de troca, tem correspondência imediata em seu modo de expressão, como trabalho concreto e [trabalho] abstrato, segundo seu valor perante a

sociedade. O trabalho abstrato, que não é visível, mas é real e condição de criação de valores cristalizados em cada mercadoria, independente do valor de troca que elas possam assumir nas pressões e contrapressões do mercado. O trabalho abstrato, como forma de atividade humana, é referência para identificar a atividade profissional de cada categoria, e, nessa medida, a concepção de trabalho abstrato em Marx torna-se categoria explicativa, na busca da compreensão da subjetividade humana (p.121).

Portanto, vê-se que a saúde mental de um indivíduo está intimamente relacionada com suas relações de trabalho e demais atividades que compõe a sua práxis diária. Codo (1987) esclarece ainda mais esta relação, ao afirmar que:

O trabalho é portador da subjetividade humana, apesar do homem. A partir da possibilidade de transcendência podemos nos reconhecer, pois o exercício da subjetividade humana depende da objetivação de si no trabalho (p. 39).

Recorrendo a exemplos históricos, vê-se que o trabalho é tão antigo quanto a existência do homem, e mesmo anterior ao estado da Queda bíblica. No livro do Gênesis (2:15) está posto que “O Senhor Deus colocou o homem no jardim do Éden para cuidar dele e cultivá-lo”, o que afirma um modo criativo, lúdico, prazeroso e sagrado de pensar o trabalho. A identidade era a de cuidador e de cultivador do jardim do paraíso. Com a Queda, permanece o trabalho e muda sua identidade: exclusão e dor, castigo pelo pecado/desobediência, tormento. Desta nova identidade deriva-se o nome latino do trabalho, *tripalium*, originalmente nome de um instrumento de tortura.

“Visto que ... comeu do fruto da árvore da qual eu lhe ordenara não comesse, maldita é a terra por sua causa; com sofrimento você se alimentará dela todos os dias da sua vida. Ela lhe dará espinhos e ervas daninhas, e você terá que se alimentar das plantas do campo. Com o suor do seu rosto você comerá o seu pão até que volte à terra, visto que dela foi tirado; porque você é pó e ao pó voltará” (Gn 3:17-19).

Como ser humano, ainda que na literatura bíblica descrito como um homem distinto do que somos hoje, Adão detinha a responsabilidade de dar nome às coisas e de cuidar do Éden. Havia abundância de alimento natural, mas ainda assim, recebeu o encargo de lavrar. O que se pode identificar já nesses escritos é o início da conotação do trabalho como elemento estruturante e catalisador da formação de identidade, personalidade e caráter, segundo os princípios organizacionais de cada sociedade, propulsor de projetos, da necessidade de raciocínio e reflexão, gerador de cotidianos variados. Assim “eu associo o que eu faço àquilo que sou e o que eu sou àquilo que faço”. “... o trabalho é, portanto,

maneira de o indivíduo existir, objetivar-se e, ao objetivar-se, se subjetivar” (Codo, Sampaio & Hitomi, 1998, p. 50).

Identidade é então um fenômeno social. É mais que um nome próprio. São papéis e representações exercidas num conjunto. A identidade é processual, é dinâmica, é metamorfose. É uma totalidade expressa por meio de parcialidades, cada uma sendo uma totalidade em si, porém totalidades parciais, nos múltiplos papéis que um indivíduo pode possuir e expressar-se neles, simultaneamente ou sucessivamente, como por exemplo, os de filho, estudante, pai, marido, empregado, chefe. O jogo de reflexões das identidades é mantido pelas atividades do indivíduo, constituindo-se quando cada um se identifica, absorve e assume um papel, e é identificado, no momento em que a sociedade o reconhece, dotando-lhe e doando-lhe uma legitimidade, um estatuto na rede. Ciampa (1994) então diz: o indivíduo não é mais algo, ele é aquilo que faz.

Há uma grande relação de projeção e troca entre o indivíduo e suas atividades. Aquilo que ele produz é uma extensão dele próprio, por isso, seu fazer é revestido de toda uma subjetividade. Devido a isso, a saúde mental de um indivíduo está intimamente relacionada com suas relações de trabalho e demais atividades que compõem a sua práxis diária. Codo, Sampaio & Hitomi (1998, p. 84) estabelece bem as inter-relações existentes na tensão trabalho/saúde:

[...] a atividade trabalho apresenta papel significante na preservação e nos prejuízos à saúde mental do trabalhador. Saúde mental expressa dinâmicas de produção de identidade social dos indivíduos. O trabalho contribui para a produção de identidade social, diretamente sobre o trabalhador e, indiretamente, isto é, mediada pelo trabalhador na infância dos filhos. [...] Nossa construção como indivíduos e como elementos sociais, através do trabalho, mostra-se particularmente clara na moderna sociedade industrial e liberal. Ser médico, professor, [...] engenheiro, ou secretária faz parte indissolúvel de nossa identidade social e, portanto, de nossa possibilidade de sofrimento psicológico.

As modificações decorrentes do processo de internacionalização do capital, no quartil final do século XX têm gerado alterações profundas nos processos e nas relações de trabalho (BORGES, 2002; LINO & DIAS, 2005), além de um aumento substancial de desempregados, para além das clássicas necessidades de “exército industrial de reserva”. Nos noticiários vemos a referência constante à crise de desemprego que assola todas as camadas sociais e as medidas, às vezes drásticas, tomadas pelos indivíduos, sob a pressão do desespero, em busca de algum tipo de renda, de seguridade ou de tática mínima de sobrevivência. Já no

século XIX, Marx apud Souza (2002, p. 8) identificava os elementos iniciais desta crise:

O processo de trabalho, como o apresentamos em seus elementos simples e abstratos, é a atividade orientada a um fim para produzir valores-de-uso, apropriação natural para satisfazer necessidades humanas, condição universal do metabolismo entre o homem e a natureza, condição natural eterna da vida humana e, portanto, independente de qualquer forma dessa vida, sendo antes, igualmente, comum a todas as suas formas sociais.

O temor do desemprego tem gerado inquietação, insegurança, e todos tornaram-se alvo deste novo monstro, de forma que não há dúvidas do intenso sofrimento mental que os sujeitos, ameaçados de perda de identidade e de condições de sobrevivência, pela ausência de trabalho, têm experimentado na sociedade atual (BORGES, 2002). Para Álvaro & Luque (2002, p.210)

Quando se comparam grupos de jovens desempregados com outros de jovens empregados, observa-se que os primeiros têm menor nível de bem-estar psicológico geral (...); experimentam, com frequência maior, sentimentos de caráter depressivo (...) e sintomas de ansiedade (...); sentem menor grau de satisfação com a vida (...); além de ter uma imagem mais negativa de si mesmos e menor nível de auto-estima.

Interessa constatar que, mesmo livres do monstro desemprego, as questões não se resolvem, pois o trabalho obtido, considerando seu processo e sua lógica de exploração, realimenta o sofrimento psíquico, em nova natureza e dimensão. O trabalho, sob o capitalismo, identifica e liberta, porém tem capacidade para também adoecer, como demonstra Dejours (1994, p. 15):

O sofrimento é inevitável e ubíquo, ele tem raízes na história singular de todo sujeito, sem exceção. [...] O sofrimento no trabalho vincula dados que são relativos à história singular do sujeito e os que são relativos à situação atual; ele possui a dimensão temporal, onde além de implicar nos processos construídos no interior do espaço da empresa, também implica no espaço doméstico e na economia familiar do trabalhador.

Portanto, o trabalho pode ser um fator promotor de saúde ou um agente adoecedor. É necessária nossa vinculação a algum tipo de atividade que nos forneça uma identidade, fonte de subsistência, um papel e status social, mas existe também uma forma, um processo, uma lógica, dada a inserção do trabalho no mundo da mercadoria, da alienação e da exploração, que é responsável por gerar o adoecimento. A alienação é justamente a expropriação do sujeito de si mesmo, seja uma alienação produtor/produto ou produtor/si mesmo (CODO, SAMPAIO & HITOMI, 1998). Alienado, etimologicamente, é aquele que transfere para outrem o domínio sobre si.

Se um indivíduo, além da alienação que compartilha com os demais, for portador de um transtorno mental, como então poderá incluir-se nas exigências de racionalidade produtiva das empresas e instituições de serviço? No século XIX, o doente mental era chamado de alienado, então temos alienação sobre alienação, num processo sinérgico de complexos resultados. Voltando ao nosso indivíduo: como poderá isolar a experiência de desamparo e desvalorização social, a experiência de ameaça à própria sobrevivência física e a experiência da doença mental e cumprir os objetivos impessoais e abstratos das organizações? As cisões entre vida e trabalho, entre valor e trabalho, entre afeto e trabalho aprofundam-se no capitalismo e exigem uma gerência da vida diária impossível para o portador de transtorno mental.

Precisamos enfrentar a excepcionalidade da cidadania de certas populações como, por exemplo, os portadores de transtornos psicóticos, pois, de fato, não poderão atender a todos os pré-requisitos e valores da lógica produtiva. Esta excepcionalidade parece transformar-se em generalidade, sob a construção de preconceitos e estigmas, impedindo todos os indivíduos sob a designação de portadores de transtorno psicótico de um acesso digno da mesma qualidade que qualquer outro indivíduo receberia. Também impede o acesso ao direito de escolha, de experimentação e aprendizado, processo natural para construir sua identificação com uma atividade que este indivíduo viesse a denominar trabalho.

O indivíduo com baixa escolaridade, de orientação sexual diferente da norma-padrão e de etnia não dominante terá estas condições como desvantagem. O transtorno mental é outra condição, agravadora de todas as demais. O principal obstáculo a vencer é o preconceito/estigma e a idéia de que um portador de transtorno mental é incapaz de realizar com competência e responsabilidade suas tarefas. Ele poderá ou não, mas o preconceito/estigma esconderá as possibilidades de sucesso antes de serem identificadas e/ou avaliadas. Parte-se do pressuposto da incapacidade, da periculosidade, da incurabilidade etc etc etc. É preciso romper o véu do preconceito/estigma, entender o portador de transtorno mental como passível de viver inserido na trama social e em seus papéis, como detentor de potências adaptativas, tão criativas, maiores ou menores que as dos demais. Portanto, questiona-se como possibilitar sua vivência social e no mercado de trabalho, com seus antecedentes e seus déficits, sem torná-lo vítima da caridade, do vazio de sentido ou da super-exploração?

Há possibilidade de inserção ou re-inserção/retorno do portador de transtorno mental ao mercado de trabalho. Não do ponto de vista pré-capitalista, como nos modelos de colônias agrícolas para alienados (PEREIRA, 1998), mas do ponto de vista humano e social, atuais. O desafio é “transformar as pessoas desconsideradas para o mercado de trabalho e condenadas a viverem marginalizadas em mão de obra produtiva” (RESENDE, 2000, p.84). Alguns sujeitos necessitarão de amparo, outros se sobressairão, porém a grande questão é: como romper o preconceito, requalificar a lógica produtiva e oferecer oportunidade real, respeitando os antecedentes e os déficits?

Muitos dos usuários dos serviços extra-hospitalares em saúde mental encontram-se em situação estável e controlada, o que permite uma alta clínica e uma participação sem muita problemática na sociedade, necessitando apenas de um acompanhamento ambulatorial como forma de supervisão. Existem, porém, barreiras que dificultam a (re)inserção deste indivíduo que sempre foi estigmatizado no mundo do trabalho. Diante disso, questiona-se: de que forma o terapeuta ocupacional pode ser agente desse resgate da cidadania, de poder contratual e identidade tão essenciais a este indivíduo?

Algo que continua sendo discutido na atualidade é a Reabilitação Psicossocial. Saraceno (1999) questiona: É uma técnica entre muitas? Uma técnica pode ou não ser usada de acordo com a necessidade e escolha clínica do profissional, ou profissionais responsáveis, pelo projeto terapêutico. A Reabilitação Psicossocial é algo que, para a saúde mental, nunca pode ser deixada de lado. Ela não é um meio, é um fim. O objetivo magno a ser alcançado. É conceder a um sujeito que se sente ou se sentiu aprisionado, com ou sem muros concretos, o poder de agir, interagir, decidir, sentir-se útil. Que direito tem-se de negar isso a um indivíduo que possa usufruí-lo?

Os programas de saúde mental no Brasil têm trilhado um longo caminho em busca de um novo modelo de atenção em saúde mental, por meio do Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica. A Reabilitação Psicossocial é algo que muito se almeja, que vem sendo discutido, refletido e teorizado (SARACENO, 1999; PITTA, 1996), mas que ainda é carente de ações concretas nos sistemas, programas, políticas e serviços de saúde mental. O objetivo não deve ser apenas teorizar, mas desenvolver políticas públicas que contemplem as necessidades dos portadores de transtorno mental, como diz Benedetto Saraceno, possibilitando uma vivência mais

próxima da plena cidadania, ofertando direitos básicos, como moradia (p. 114), troca de identidades (intercambio social) (p. 123) e produção e troca de mercadorias e de valores (p.126).

Diante dos fatos explorados bibliograficamente, das vivências acadêmicas, da pesquisa de campo para trabalho monográfico de conclusão de curso e da experiência prática como profissional de Terapia Ocupacional em Hospital Dia, foi possível ao autor observar inúmeros questionamentos por parte dos pacientes quanto ao “que fazer agora que estou de alta?”. O temor é de uma grande ociosidade, uma nulidade de sentidos e de poder contratual, uma castração de voz e atitudes, seja por parte da família, que lhe limita rigorosamente os passos e ao mesmo tempo queixa-se de sua inatividade, ou por parte da sociedade, que lhe marginaliza, amedronta-se com o próprio fantasma que cria e ainda lhe taxa de peso aos cofres públicos.

Diante disso, que lugar o portador de transtorno mental tem ocupado na sociedade e o quanto isso tem impactado na sua identidade como sujeito social? O quanto um indivíduo pode ter sua identidade alterada devido à exclusão do trabalho, já que somos o que fazemos? O quanto ele tem vivido tão somente o mal-estar da incapacidade e o quanto isso pode lhe amplificar os sintomas de seu transtorno mental? Surge daí o interesse em pesquisar especificamente as percepções do indivíduo adulto acerca da sua experiência identitária, de suas possíveis mudanças após a perda do trabalho devido ao acontecimento psicótico e de suas possibilidades de (re)inserção numa produtividade requalificada.

Se recorrermos à estatística, cerca de 2% da população mundial é portadora de algum tipo de transtorno psicótico (OMS, 2001). Na Europa, cerca de 20% do total de problemas de saúde é relativo à saúde mental dos indivíduos e um de cada quatro indivíduos terá, em algum momento de sua vida, problemas relacionados à sua saúde mental (OMS, 2005).

Considerando a situação do Brasil onde há carência de pesquisas e levantamentos epidemiológicos na área de saúde mental, somos forçados a usar dados estatísticos alheios. Numa equivalência, aplicando informações obtidas na literatura à população de Fortaleza, quantificada em 2.447.409 (IBGE, 2010), teríamos 489.482 habitantes apresentando algum tipo de ocorrência de transtorno mental em algum momento de suas vidas, e 48.948 apresentariam algum tipo de transtorno de natureza psicótica. Quantitativamente os dados assustam, socialmente

eles configuram uma intrincada rede de incapacidade social e de ônus técnico-político-financeiro para solucionar esse problema. Como dar respostas, e repostas eficazes, a um número tão grande de problemas? O que fazer para que estes indivíduos não permaneçam à margem, numa dependência assistencialista viciosa, onde a posição do pedir e receber, mesmo que mingudadamente, é a mais cômoda? Se iniciativas de produção de renda beneficiariam tanto ao portador de transtorno mental como à administração pública, porque não efetivá-las?

E no meio deste cenário, o trabalho e a ausência de trabalho comparecem nos determinantes do transtorno, como o trabalho e o lazer comparecem nas soluções propostas para a superação dos transtornos. Que trabalho é este que adocece mentalmente? Se é o trabalho que adocece, como sua ausência também pode adoecer? Se o trabalho adocece, que trabalho pode ser aliado de um projeto terapêutico?

Não se espera que o presente estudo solucione tais problemas, mas que aponte caminhos, com objetivos claros, para a Terapia Ocupacional, como profissão estratégica da atenção psicossocial territorial, apoiando a produção de conhecimento no campo e gerando perspectivas críticas para as políticas públicas de saúde mental, no Ceará, como no Brasil.

OBJETIVOS:

- **GERAL:** Reconhecer a percepção da necessidade de reabilitação psicossocial de indivíduo adulto portador de transtorno psicótico.
- **ESPECÍFICOS:**
 - Identificar a relação do indivíduo adulto com o trabalho antes do transtorno psicótico;
 - Identificar as características do processo psicótico vivenciado;
 - Identificar o processo terapêutico vivenciado e os motivos da indicação de trabalho significativo;

TRATAMENTO METODOLÓGICO

Com o advento do transtorno psicótico, o indivíduo adulto é, na grande maioria das vezes, privado de seus procedimentos de vida cotidiana, incluindo-se suas relações de trabalho, vistas como essenciais ao desenvolvimento da consciência humana (KRUPA, EDGELOW & RADLOFF-GABRIEL, 2010).

Com a perda e as alterações de percepção sobre o trabalho, ocorre um impacto na experiência identitária deste indivíduo que, antes, via-se produtivo, disciplinado, incluído numa rede societária legítima, passando a representar-se de uma nova maneira, no caso em tela, maneira vivida como inferior. A problemática central deste trabalho é investigar como o acontecimento psicótico em adulto afeta a identidade por meio dos impactos no trabalho?

Desenho Geral da Pesquisa:

Escolheu-se a pesquisa qualitativa, por se adequar mais ao objeto de estudo, que são as percepções do indivíduo adulto acerca da própria identidade e de suas possíveis mudanças, após a perda do trabalho, devido ao acontecimento psicótico. Um problema histórico-social, radicalmente subjetivo, exige tratamento crítico, contextualizador, capaz de capturar o movimento contraditório. Deste modo, a lógica dialética impõe-se como orientação teórica, no processo de compreensão de uma certa realidade, pois:

abarca não somente o sistema de relações que constrói o modo de conhecimento exterior ao sujeito, mas também as representações sociais que constituem a vivência das relações objetivas, pelos atores sociais, que lhe atribuem significados (MINAYO, 1999, p 11).

A pesquisa qualitativa opõe-se diretamente ao positivismo sociológico que reconhece como ciência apenas a atividade objetiva, fotográfica de aparências, recusando-se a lidar com as contradições entre aparência e essência, sobretudo recusando-se a lidar com o mundo dito subjetivo, não passível de quantificação.

Analisar experiência identitária e suas relações com o trabalho visando reconhecer os percursos para uma reabilitação psicossocial face o transtorno psicótico requer um conjunto de técnicas, procedimentos e instrumentos que não admitem quantificação de resultados. Segundo Minayo (1999, p. 10):

[...] as metodologias de pesquisa qualitativa são entendidas como aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas.

A pesquisa, num primeiro momento, será também descritiva, entendendo-se por descritiva os estudos caracterizados pela necessidade de se explorar uma situação desconhecida ou pouco conhecida (LEOPARDI, 2002).

Para Rúdio (1996, p.55-56).

na pesquisa descritiva, o pesquisador procura conhecer e interpretar a realidade, sem nela interferir para modificá-la. A diferença que geralmente se estabelece entre os conceitos descrever e explicar pode, aproximadamente, indicar como a pesquisa descritiva deve ser, pois descrever é narrar o que acontece. Explicar é dizer por que acontece. Assim, a pesquisa descritiva está interessada em descobrir e observar fenômenos, procurando descrevê-los, classificá-los e interpretá-los.

Considerando-se também que a lógica dialética incorpora a lógica formal, articuladora de descrição e análise, e a supera, pelo acréscimo de síntese, contextualização histórica e crítica teórica, trabalhar-se-á com a proposta de Sampaio (1998). O autor sistematiza a aplicação da dialética marxista nas pesquisas do campo social, área da saúde, especificamente saúde mental, com a seguinte argumentação:

A subjetividade é estruturalmente heterogênea, como o mundo objetivo. A personalidade é o campo de expressão da consciência. Sofrimento e doença mental representam qualidades da personalidade, objetivando-se como a consciência o fizer. A abordagem quantitativa colhe aparências que, obrigatoriamente, necessitam ser explicadas e significadas. O campo do determinado explica-se pelo campo dos determinantes, donde a Epidemiologia [ou a Clínica] obriga-se a perguntar a outras ciências o significado do que encontra e recorta. (p.62/3)

A técnica a operacionalizar a lógica qualitativa-descritiva será a do estudo individual de caso. O estudo de caso possibilita investigação em profundidade de um único evento ou situação em que se busca aprofundamento dos dados, permitindo sua interpretação em contexto (LEOPARDI, 2002).

Para Turato (2003), o estudo de caso consiste em uma investigação determinada de uma organização, um grupo, uma família ou um indivíduo. Não é uma técnica específica, é um meio de organizar dados sociais preservando o caráter unitário do objeto social estudado. Refere-se a uma análise intensiva de uma situação particular. Investiga-se um fenômeno contemporâneo dentro de contexto da vida real, quando a fronteira entre o fenômeno e o contexto não se apresenta evidente.

Por ser o estudo de caso a captação de uma experiência vicária, a ser interpretada em seu contexto, serão realizados dois estudos individuais, para que essa pesquisa possa representar os diferentes e às vezes conflitantes pontos de vista presentes numa situação social, sobretudo considerando a dinâmica dos gêneros, e assim preservar uma capacidade de generalização do problema mais próxima da realidade.

Serão escolhidos um homem e uma mulher, adultos, após vivência de transtorno psicótico, com experiência anterior de trabalho, e escolhidos segundo critérios definidos a seguir. A questão de gênero pode, eventualmente, contribuir para a elucidação de diferenças atribuíveis não somente à experiência psicótica.

Procedimentos:

1. Realização de um levantamento da literatura, a partir das palavras-chave “Trabalho”, “Identidade”, “Transtorno Psicótico”, “Saúde Mental”, “Terapia Ocupacional” e “Trabalho Terapêutico”, em livros e periódicos científicos publicados nos últimos cinco anos. As fontes de busca serão Scielo, Medline e Portal de Periódicos da CAPES.
2. Seleção dos indivíduos para os estudos individuais de caso, numa perspectiva clínica, por meio de uma Entrevista de Seleção-ES, conforme os seguintes critérios:
 - Um homem e uma mulher adultos, com idade entre 30 e 45 anos, o que facilita a ocorrência de trabalho anterior e ainda sem os impactos dos processos associados a envelhecimento, licenças-saúde, aposentadorias etc.
 - Registro de experiência de trabalho formal ou informal de, no mínimo, 10 anos, tempo considerado suficiente para o acúmulo de elementos propiciadores de uma identidade de trabalhador.
 - Registro de vivência de pelo menos uma crise psicótica, com ausência do trabalho.
 - Atendimento atual em Centro de Atenção Psicossocial-CAPS, em perspectiva comunitária, deste modo evitando os vícios gerados pela assistência psiquiátrica hospitalar clássica.
 - Escolha do CAPS Geral da Secretaria Executiva Regional IV-SER IV, do município de Fortaleza,

A escolha do CAPS Geral da SER IV, como serviço, portanto da SER IV como território, deveu-se aos seguintes critérios:

Primeiro: o pioneirismo - O CAPS geral da SER IV foi o primeiro implantado sob a inteira responsabilidade da administração pública municipal;

Segundo: o tempo de funcionamento - o CAPS geral da SER foi implantado em 2001, com dez anos de funcionamento, acumulando, por suposto, a maior experiência no referente aos processos de gestão, no município;

Terceiro: o vínculo universitário - o CAPS geral da SER IV está situado na área de abrangência da Universidade Estadual do Ceará-UECE, no pacto do sistema municipal saúde-escola, constituindo-se campo de prática, pesquisa e extensão da referida instituição, da qual o pesquisador é aluno de Mestrado;

Quarto: a facilidade de acesso – o orientador do presente projeto foi, durante um ano, supervisor clínico e institucional do mesmo.

Destaque-se que a SER IV, cujo CAPS geral constitui o campo da presente pesquisa, foi instituída em 25 de abril de 1997 no contexto de instalação do plano de descentralização municipal. Abrange 19 bairros: José Bonifácio, Benfica, Fátima, Jardim América, Damas, Parreão, Bom Futuro, Vila União, Montese, Couto Fernandes, Pan Americano, Demócrito Rocha, Itaoca, Parangaba, Serrinha, Aeroporto, Itaperi, Dendê e Vila Pery. Sua população é de cerca de 280 mil habitantes segundo censo do IBGE (2010). No referente aos serviços de saúde, podemos referir que situa-se, nessa SER, o segundo maior hospital de emergência do Estado do Ceará, o Frotinha da Parangaba.

Como informado anteriormente, a SER IV dispõe de serviços substitutivos de saúde mental representados por três CAPS, um na modalidade geral, um destinado ao tratamento de usuários de álcool e outras drogas e um destinado ao atendimento de crianças e adolescentes. Contudo, situa-se também nessa área um hospital psiquiátrico clássico, o Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paula, o mais antigo manicômio do estado, o último da série dos grandes asilos instalados no Brasil entre 1842 e 1890 (SAMPAIO, 1996).

O CAPS geral da SER IV conta com uma equipe composta por 42 trabalhadores de saúde mental. Entre os trabalhadores de nível superior estão: 3 psiquiatras, 2 enfermeiros, 2 psicólogos, 2 assistentes sociais, 2 terapeutas ocupacionais, 2 farmacêuticos e 2 pedagogos; A equipe de nível médio é composta por 2 técnicos de enfermagem. Os 25 membros da equipe de apoio são

representados por: recepcionistas, auxiliares administrativo, zeladores, cozinheiros, porteiros e guardas municipais.

Segundo dados apresentados por Sampaio (2009), o CAPS da SER IV tem cerca de aproximadamente 7.500 usuários cadastrados, portadores de diferentes transtornos psiquiátricos: psicoses, neuroses, transtornos de humor, transtornos de ansiedade, entre outros.

No referente aos processos gerenciais, algumas estratégias são adotadas no CAPS. Entre elas: coordenação de serviço, coordenação de programação terapêutica, reunião semanal de equipe, supervisão clínico-institucional e matriciamento de ações na atenção básica à saúde (SAMPAIO; GUIMARÃES, 2009).

3. Realização das entrevistas, com os dois indivíduos, sobre suas experiências com o trabalho, o transtorno psicótico, a perda do trabalho e as implicações percebidas. Este procedimento foi realizado por meio da Entrevista de Compreensão Histórica de Caso-ECHC.
4. Realização de análise funcional sobre o tipo de trabalho que os indivíduos gostariam e/ou estariam aptos a desenvolver. Este procedimento foi realizado por meio da aplicação da Medida Canadense de Desempenho Ocupacional - COPM.
5. Reinserção dos indivíduos no mercado de trabalho, formal ou informal, remunerado ou voluntário, e acompanhá-los, para avaliar percepções e impactos do retorno ao trabalho. Este procedimento foi acompanhado pela reaplicação da Medida Canadense de Desempenho Ocupacional - COPM
6. Acompanhamento de todas as etapas com registro em Diário de Campo, para explicitação de comentários e impressões do pesquisador.

Instrumentos de Investigação:

1. Entrevista de Seleção-ES. Foi realizada uma breve entrevista de seleção, a fim de colher dados básicos de identificação do indivíduo e avaliar sua percepção acerca da pesquisa a ser desenvolvida (Apêndice 1).
2. Entrevista de Compreensão Histórica de Caso-ECHC. Entrevista que foi realizada para aprofundamento da história de vida do indivíduo participante, a fim de colher o máximo de dados acerca de sua história de vida, experiências de trabalho e histórico do transtorno mental (Apêndice 2).

3. Protocolo de Avaliação Situacional-PAS. Instrumento utilizado para avaliar a situação do indivíduo quanto ao seu estado atual de desempenho ocupacional e saúde mental. Foi adaptado, para este fim, o Questionário de Saúde Geral – QSG-12, na versão brasileira de Pasquali & cols. (1994) (Anexo 1).
4. Protocolo de Avaliação de Desempenho-PAD. Instrumento utilizado para acompanhar o desempenho do indivíduo na experiência de trabalho sugerido. Foi utilizada a Medida Canadense de Desempenho Ocupacional-COPM, já traduzida para o português (LAW et al., 2009) (Anexo 2).
5. Diário de Campo. Instrumento livre, que acompanhou todos os procedimentos de campo, desde sua entrada até a realização das entrevistas e aplicação dos protocolos. Representa testemunho do desenvolvimento do campo, registrando impressões, comentários e sentimentos do pesquisador, além das informações oferecidas fora das situações formais de pesquisa.

Instrumentos de Interpretação:

1. Raciocínio Clínico – Usado para a seleção dos indivíduos, análise funcional e acompanhamento, na reinserção no mercado de trabalho, apoiando-se nas Semiologias e Semiotécnicas da Medicina e da Psicologia (BENNETON, 1999).
2. Análise de Conteúdo – Usado na Entrevista de Compreensão Histórica de Caso – ECHC, a análise de conteúdo possibilitará uma compreensão de como um objeto simbólico produz sentidos, como ele está investido de significância para e pelos sujeitos. Orlandi (2003, p. 63), em suas produções, registra que,

o objeto discursivo não é dado, ele supõe um trabalho do analista e para se chegar a ele é preciso, numa primeira etapa de análise, converter a superfície lingüística (o corpus bruto), o dado empírico, de um discurso concreto, de um objeto teórico, isto é, um objeto (...) produzido por uma primeira abordagem analítica que trata criticamente a impressão de “realidade” do pensamento, ilusão que sobrepõe palavras, idéias e coisas.

A Análise de conteúdo constitui-se, então, numa categorização e identificação de pontos chave da narrativa, do gestual, do simbólico e do não dito.

Dimensão Ética:

A entrada no campo foi solicitada por meio de carta à Coordenação do Sistema Municipal Saúde Escola da Prefeitura Municipal de Fortaleza, regularizando o acesso ao serviço escolhido.

Os convidados a participar da pesquisa foram esclarecidos sobre todos os objetivos deste estudo, anteriormente ao início da aplicação dos instrumentos de coleta de dados e no momento da aplicação dos instrumentos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 3). Assim confirmaram sua consciência dos fatos a serem levantados e sua livre aceitação em participar. As informações colhidas são de uso estritamente da pesquisa, não havendo outro tipo de uso que não o deliberado pelo cliente participante e assinante do termo de consentimento.

O projeto também foi cadastrado no Sistema Nacional de Ética em Pesquisa – SISNEP e encaminhado o protocolo ao Comitê de Ética em Pesquisa da UECE, conformando-se aos padrões da Resolução No 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A entrada no campo deu-se em seis de abril de 2010, quando ocorreu uma reunião com trabalhadores do CAPS Geral da Regional IV. Foram apresentados os documentos de autorização da entrada no campo e pareceres éticos, sendo recomendado pelos trabalhadores que uma profissional ficasse como referência durante a estada do pesquisador no campo. Esta profissional referenciada pela equipe foi uma das terapeutas ocupacionais, por dedicar-se, junto aos usuários do serviço, à criação de oportunidades de geração de renda.

A profissional relatou que a demanda por trabalho e geração de renda é permanente entre os usuários; antes eram desenvolvidas oficinas com objetivos terapêuticos apenas, mas devido à necessidade dos próprios usuários organizou-se um grupo em que tem sido trabalhado o desenvolvimento de habilidades e confecção de produtos com fins comerciais para gerar renda aos seus integrantes.

O relato da profissional corrobora as afirmações de autores como Benetton (1999), Sampaio et al. (2004), Bejerholm e Eklund (2004), Farnworth (2003), Krupa et al. (2003), Leufstadius, Erlandsson e Eklund (2006), Minato e Zemke (2004), que enfatizam que dentre todas as necessidades de assistência aos portadores de transtorno mental, as demandas por uma atividades de trabalho que lhes garanta renda, independência, capacidade de reger-se minimamente é permanente, independente da modalidade assistencial em que são atendidos.

Este grupo terapêutico deu origem a um grupo de Geração de Renda e Economia Solidária, formado majoritariamente por mulheres usuárias do serviço ou que tiveram alta.

A profissional relatou que a primeira experiência do tipo em um serviço substitutivo no município de Fortaleza ocorreu no CAPS da SER-III, com a criação da COOPCAPS – Cooperativa do CAPS. Adaptando esta experiência anterior à realidade da clientela do CAPS Geral da Regional IV, iniciaram uma série de discussões sobre o que é uma cooperativa, como se dá a administração financeira por meio da auto-gestão, como acontecem as tomadas de decisão em e pelo grupo, e o principal sentimento era:

As usuárias têm que entender que para uma iniciativa de cooperativa, que não tem caráter terapêutico, elas têm que alcançar o mesmo nível de

qualidade de todas as outras manufaturas, pois vão entrar numa concorrência igualitária com os outros produtos Profissional terapeuta ocupacional.

O discurso da profissional vai de encontro às preocupações expressas por Gruhl (2010) quando relata que enquanto as políticas estatais vêm encorajando amplamente a participação dos portadores de transtornos mentais no trabalho, pessoas com estes transtornos continuam excluídas das oportunidades de emprego.

Este discurso se torna problemático para o acesso a um emprego por não levar em consideração as regras vigentes na sociedade, principalmente regras neoliberais que “setorizam” coletivos entre os que podem e os que não podem. São valores que enfatizam o individualismo, desconsiderando a possibilidade das diferenças entre pessoas; a competição, ao invés de colaboração, e a igualdade de resultados, ao invés de igualdade de oportunidades.

Neste percurso de conhecimento do campo, foi apresentado ao pesquisador alguns membros do grupo de usuários e ex-usuários que está se organizando em torno da formação de uma cooperativa. As pessoas apresentadas foram direcionadas pela profissional responsável pelo grupo, possuindo vínculo formal de atendimento com o CAPS e diagnóstico correspondente a algum tipo de transtorno psicótico, porém com faixas etárias bastante diferenciadas, estando alguns fora da margem estabelecida na metodologia de 30 a 45 anos.

Esta seleção natural permitiu que a coleta da Entrevista de Seleção ocorresse com quatro indivíduos, três mulheres e um homem. Destes, foram selecionados o único indivíduo do sexo masculino entrevistado, para atender ao critério pré-estabelecido, e um indivíduo do sexo feminino, que demonstrou interesse e atendeu aos critérios de inclusão.

Passada a etapa de Entrevista de Seleção, foi realizada a Entrevista de Compreensão Histórica de Caso-ECHC, na qual se pôde conhecer mais sobre suas experiências com o trabalho, o transtorno psicótico, a perda do trabalho e as implicações percebidas por meio das palavras dos próprios usuários, doravante identificados por Eva e Adão. Na mesma ocasião, foi aplicada a Medida Canadense de Desempenho Ocupacional – COPM para identificação e mensuração por parte dos próprios usuários de problemas, preocupações e questões relativas a seu desempenho ocupacional nas atividades do dia a dia, inclusive e focadamente as

atividades do quesito “B” – Produtividade, onde se contempla a atividade trabalho em todas as suas possíveis formas de manifestação em suas histórias de vida.

Conhecendo Eva. Eva tem trinta e oito anos, é viúva, mãe de três filhos, e avó de um neto. Define-se como uma pessoa feliz, que superou muitos problemas e hoje ajuda outras pessoas no CAPS. Natural do interior do Ceará, veio para Fortaleza aos onze anos, após a morte de seu pai, passando a morar na casa de sua madrinha, onde colaborava com as atividades domésticas, já que a madrinha não tinha uma profissional contratada para auxiliar em casa. Estudou até a 8ª série, atualmente correspondendo ao ensino médio. Aos 16 anos, apaixonada, fugiu para casar-se, tendo sofrido muito em seu casamento devido às agressões do marido. O mesmo foi assassinado a tiros, deixando-a com dois filhos ainda pequenos e levando-a a morar com a sogra. Neste momento de sua história iniciam-se as crises e sua sogra lhe auxiliou a procurar atendimento especializado em saúde mental, porém relata nunca ter ficado internada, apenas ter sido assistida diversas vezes nos hospitais psiquiátricos da capital e, após a criação do CAPS da regional IV, migrou seus atendimentos para este serviço. Eva relata que dez anos atrás iniciou outro relacionamento, que durou sete anos e lhe concedeu um novo filho. Porém, há três anos foi abandonada e isto lhe fez entrar numa crise profunda, da qual ainda está se recuperando. Refere ter diagnóstico de Transtorno Esquizofreniforme e Síndrome do Pânico.

Quando aplicado o Questionário de Saúde Geral-QSG, referiu que nem sempre tem conseguido concentrar-se no que faz e que às vezes nota-se agoniada, sem confiança em si mesma e que suas preocupações sempre a fazem perder o sono. As demais perguntas foram respondidas demonstrando um bom estado geral.

Quando questionada sobre seu histórico de trabalho e suas experiências durante seu percurso até a atualidade, a mesma refere que sempre trabalhou, mas se fosse dizer sua ocupação, diria que foi Dona de Casa, visto que desde criança na casa da madrinha, após o casamento, na casa da sogra e após sua nova união, esta foi sua atividade principal: cuidar da sua casa e dos filhos, além da casa de terceiros quando contratada como diarista. Ela relata sempre ter conduzido esta tarefa satisfatoriamente ao longo de seu tratamento, ininterrupto por todos estes anos.

Quando aplicada a COPM a mesma relata não ter dificuldades nas tarefas domésticas, às quais atribui sua identidade laborativa, porém relata dificuldades quanto a sua capacidade de deslocamento, pois continuam a ocorrer episódios de

fobia em lugares de grande circulação pública. Contudo, ela informa que já consegue controlar-se bem mais em tais episódios, e diz que gostaria de aprender a pintar bem, pois avalia que ainda não pinte com qualidade, para poder contribuir com bons produtos para a cooperativa para serem vendidos. Ela classifica, num grau de importância de um a dez, suas atividades laborativas como oito, conferindo a elas uma importância bastante significativa em sua rotina.

Gruhl (2010) afirma que a questão do trabalho na vida de quem foi acometido por um transtorno mental é algo que transita entre as emoções e o sentido da vida. Muitos usuários consideram o fato de estarem empregados como um dos pilares de sua recuperação do adoecimento mental (DUNN et al., 2008).

O suporte dado pelo trabalho tem demonstrado dar às pessoas efeitos significativos em sua saúde física, mental e social, fornecendo uma fonte de renda, proporcionando às pessoas uma sensação de identidade e propósito, relações sociais, e oportunidades de crescimento pessoal (BOND, 2004; BOND et al., 2008; RAZZANO et al., 2005).

O trabalho, além de uma forma importante de permitir que pessoas portadoras de transtorno mental participem em suas comunidades, que desempenhem um papel ativo em seus núcleos familiares, inclusive como provedores de sustento total ou parcial dos núcleos, confere-lhes senso de dignidade, auxiliando a romper as limitações e reduções provocadas pelo estigma do adoecimento (GRUHL, 2010).

Ao ser questionada sobre suas experiências com o adoecimento mental e sobre a importância do trabalho, Eva relata que:

Sem trabalhar você é inutilizada. Você trabalhando você se anima, você se alegre, você sabe que faz o trabalho e vai ganhar algum dinheiro e você pode gastar. Com você, com seus filhos. Me ajudou muito sempre, pois eu tomava o remédio, mesmo quando achava que ia piorar, mas ia pro trabalho e lá melhorava. Sumia o medo e a confusão na minha cabeça. Sumia tudo e ficava alegre. E eu ficava alegre porque quando estava com medo de ter crise, pensava em meus filhos, e depois via que estava sendo útil.

Pelo destaque de sua fala, nota-se que o trabalho polarizado no sentido positivo, como construção de subjetividade, desejo de vida, reportando-se aos aspectos emocionais e à vontade de recuperação dos seus estados mórbidos,

envolve uma ressignificação de seu ser. Conferiu-lhe subsídios de suporte suficientes para manter-se bem, evitando a crise e reorganizando-se psiquicamente.

A importância do trabalho adquire sentido semelhante ao apresentado por Antunes (2005) em seu estudo *Adeus ao Trabalho? ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho*, onde o autor discute a categoria trabalho como centralidade na vida humana, atribuindo-lhe o valor de realização do ser social, como protoforma da atividade humana, considerando-o fundamento ontológico da individualidade e peculiaridade humana.

A esse respeito, circula no tecido social uma moral acerca do trabalho da qual os usuários se apropriam para se legitimarem socialmente: “Sem trabalhar você é inutilizada” (Eva). Estes valores foram reconhecidos por Colbari (1995) como a existência de uma moral impregnada socialmente que representa o trabalho como respeitabilidade, dignidade, status e prestígio nos grupos sociais.

É, portanto, elemento central na conformação da personalidade e das representações elaboradas sobre o próprio trabalho e sobre a sociedade, o trabalho é subjetivamente relevante e assume um significado valorativo capaz de Elegê-lo como fato vital central da existência individual e da sociedade (COLBARI, 1995, p. 245).

Apesar dos benefícios do trabalho relatados por Eva e corroborado pelos diversos autores, resgatamos o caráter não beneficente e não-protegido da experiência, portanto ela tinha que ser capaz de atender à expectativa de seus empregadores apesar do diferencial da doença. Nisto Eva revela:

Era isso mesmo. Era muita cobrança. Eu tinha que acordar cedo e deixava preocupada por causa dos remédios e tinha que cuidar das crianças antes de ir pra casa de alguém. Eu ficava calada e procurava fazer bem feito e não dizia no começo que era doente se não não me queriam. Mas quando tinha problema com meu filho era a mesma coisa, as patroas reclamavam. Filho não pode adoecer. Você também não. Eu ficava com o coração na mão.

Aqui Eva revela a realidade das organizações produtivas. Ela discursa sobre a carga de tarefas e cobrança, dita por ela em excesso, mesmo que numa situação caseira. Destaca a existência da cobrança pela produção apesar dos imprevistos e fragilidades a que o ser humano está sujeito. Sato (1995) adverte que esta forma de trabalho que gera incômodo permanente, esforço e sofrimento físico e

mental do trabalhador, sem o devido controle, é considerado trabalho penoso, podendo levar ao adoecimento.

Conhecendo Adão. Adão tem trinta e dois anos, natural de Fortaleza, solteiro, reside com a família que é composta por sua mãe, irmã e mais dois irmãos. Na família, só ele tem quadro de transtorno psicótico. Já foi internado quatro vezes, tendo passado pelo Hospital Mental de Messejana, Hospital São Gerardo e o Instituto de Psiquiatria do Ceará. Frequenta o CAPS há quatro anos e tem o ensino médio incompleto, relatando ter estudando até a 4ª série. Começou a trabalhar cedo como ajudante de pedreiro e, nos fins de semana, vendendo bronzeadores na praia com os irmãos. Seu primeiro surto foi na adolescência, ao qual ele não atribui uma razão específica que o tenha desencadeado, apenas brigas com os irmãos. Adão fuma desde adolescente, já teve namorada, mas nunca casou. Hoje está solteiro.

Diz que os primeiros sintomas foram percebidos em casa, com episódios de desorganização mental, e no trabalho, pois voltava para casa sem os bronzeadores e sem o dinheiro da suposta venda. Diz que lembra das vendas e que ele dava os bronzeadores, mas não lembra porque voltava sem o dinheiro. Cita a possibilidade de dar os bronzeadores. Na função de ajudante de pedreiro não relatou problemas, tendo interrompido apenas devido a sua primeira crise e internação. Sobre seu histórico ocupacional no decorrer deste tempo, diz ter tentado retornar às vendas de praia com os irmãos, mas que nunca deu certo. Aparentemente Adão apresenta uma dificuldade no manejo com dinheiro, e ele confirma problemas em outras modalidades como na aquisição de produtos na mercearia e que sua família não lhe permite mais comprar fiado nem manejar dinheiro.

Quando aplicado o QSG, Adão refere-se feliz, capaz de enfrentar os problemas, de tomar decisões, desfrutar de atividades, mas que não se concentra no que faz. Às vezes nota-se agoniado, principalmente quando mudam sua medicação ou passa por algum problema e acha que vai entrar em crise. Não se sente deprimido e não perde o sono devido a preocupações. Confia em si mesmo, acha que serve para algo e portanto tem sim uma finalidade e um propósito (não relata nenhum) e não se vê incapaz de enfrentar dificuldades, apresentando-se bem no quadro geral.

Na aplicação da COPM, não refere dificuldades em suas atividades de autocuidado, porém, quando questionado sobre sua independência fora de casa, o

que envolve uso de transportes para locomoção, capacidade de fazer compras e manejo de dinheiro, refere ser proibido pela família e não conseguir realizar tais atividades, pois sempre perde dinheiro se deixam na mão dele. A esta atividade ele concede uma classificação 10 em grau de importância para adquirir autonomia. Nas atividades de produtividade, refere realizar algumas tarefas domésticas, pois a maioria fica a cargo da mãe e da irmã. Também afirma que nunca trabalhou como voluntário a não ser que fosse ajudando amigos e que atualmente faz “bicos” quando pode. Diz que só trabalhou formalmente como ajudante de pedreiro, que não era carteira assinada, mas era formal, para uma empresa.

Os relatos colhidos de Adão demonstram uma grande ansiedade por conseguir provar suas habilidades, não para si mesmo, pois é bastante autoconfiante, mas para a família e para a comunidade com quem convive.

A forma como foi desenvolvida esta identificação de prioridades corrobora com Krupa, Edgelow e Radloff-Gabriel (2010), e Sumsion (2003), que avaliam que a melhor forma de lidar com a identificação de metas nos serviços de saúde mental, gerando possibilidade de bons resultados, é por meio da construção conjunta, dialogada e colaborativa, onde a relevância da intervenção é determinada pelo usuário, guiada pela avaliação de perturbações significativas nos padrões de suas atividades.

Adão tem participado de algumas reuniões para a organização da Cooperativa no CAPS, porém ainda não assumiu responsabilidades. Ele refere ter desejo de fazer o curso para aprender como organizar uma cooperativa, mas acha complicado.

A proposta do CAPS contempla uma habilitação psicossocial por meio de intervenções com propostas terapêuticas que extrapolam os muros institucionais, desejando criar o contraponto ideal entre a hospitalização e a vida comunitária. A questão da habilitação para o trabalho é ainda muito discutida nos CAPS, pois se impõem limites e se contemplam possibilidades.

Para a maioria dos indivíduos a vivenciar uma situação de sofrimento psíquico, a capacidade laborativa ou ocupacional foi modificada. A alta do tratamento tampouco significa retorno ao mercado de trabalho, extremamente competitivo.

Pitta (1994 e 1996), afirma que os pacientes que conseguem retornar ao trabalho após o tratamento, experimentam o aumento da sua auto-estima e passam

de uma relação de tutelado e desvalorizado, para um ser emancipado, que interage socialmente e contribui para o orçamento familiar. Esta é a percepção exata que é passada por Adão, a do desejo de alcançar esse status em seu núcleo familiar e comunitário, de independente, de produtivo, capaz de assumir responsabilidades e gerenciar suas demandas cotidianas.

Na experiência da “desconstrução do manicômio de Trieste”, o trabalho se apresentava frequentemente como o problema mais discutido nas assembleias. Neste contexto, as abordagens do trabalho dos pacientes eram percebidas como terapia de valor educativo, moral e social, mas não econômico. Essa premissa da ergoterapia (nomeação da terapia ocupacional em vários países da Europa) gerava a institucionalização dos pacientes em um rateio “simbólico” dos recursos produzidos, remetendo os usuários a uma condição de “subcidadãos” ou de trabalhadores tutelados, ainda não plenos (BARROS, 1994).

Com recursos oriundos do Estado, criaram-se, então, as cooperativas de trabalho, como empresas sociais, instituindo vantagens para os que estão em situação de desvantagem.

Na lógica da discriminação positiva da construção da cidadania, desenvolveu-se a questão do trabalho como forma de ativação do potencial humano dos que antes eram apenas adoecidos, rompendo com o circuito assistencial da improdutividade (BARROS, 1994).

Rotelli (2000) considera as empresas sociais como um processo de desmantelamento cultural dos manicômios, onde as etiquetas de norma e desvio desaparecem e os direitos dos cidadãos são salvaguardados, pois as práticas sanitárias não devem apenas respaldar os direitos das pessoas, mas construir instrumentos para materialização desses direitos.

A empresa social é essa habilidade, é essa capacidade de construir por meio de uma engenharia em todos os níveis (político, administrativo, técnico, operativo, cultural e afetivo), construir uma engenharia que permita que os “lixos”(friso do autor) sociais e econômicos sejam reimersos no circuito sadio da vida e de sua riqueza e assim, os realmente... articular tudo isso utilizando todos os recursos da estrutura sanitária, os que vêm da assistência social, para colocar em circulação algo de novo. São esses os recursos que produzem modificações na cultura (ROTELLI, 2000, p. 305).

As duas realidades apresentadas, do rateio simbólico de recursos pela venda de materiais e da valorização dos direitos humanos do portador de transtorno mental por meio de um trabalho pleno e cidadão, contando com pactos intersetoriais inclusive, são completamente opostas uma da outra. Infelizmente a primeira realidade é a que predomina ainda nos dias de hoje nos serviços de saúde mental brasileiros, seja nos hospitais especializados com suas internações, seja nos CAPS, o que denuncia a predominância da lógica do caritativismo mesmo que inconsciente, da impossibilidade, do subjulgamento da capacidade do outro, sobretudo do psicótico (ROTELLI, LEONARDIS, e MAURI, 2001).

Refletindo a realidade encontrada no CAPS da regional IV, que passa pelo processo de organização de uma Cooperativa para possibilitar uma alternativa cidadã de geração de renda a seus usuários e egressos, a passos lentos porém muito bem intencionados, o pesquisador percebe ainda uma proximidade muito grande da relação de tutela e um distanciamento da proposta de auto-gestão verdadeira, com investimento e compromisso do poder público intersetorialmente, agregando saúde, assistência social e cultura minimamente.

Deve-se garantir a implantação destas ações de forma que, uma vez implantadas, não dependam mais do estado, mas gerem indivíduos independentes, autônomos e capazes de tomar suas decisões municiados pela experiência conduzida durante a implantação, face à realidade que o portador de transtorno mental muitas vezes falha em suas tarefas, por lhe ser exigido algo que nunca teve vivência anterior, portanto não tem memória de uma experiência bem executada a evocar e replicar. Este é um dos processos que devem ser compreendidos e que este pesquisador vê como possibilidade concreta de experimentação nos serviços brasileiros.

Tanto Adão como Eva vêm-se na eminência de experimentar este processo de cooperativa no desejo de ver-se produtivos, gerando renda, poder contratual, assumindo um papel reconhecido por eles de utilidade dentro da organização social. Porém esta implantação se dá com um investimento mínimo do Estado, contando quase que exclusivamente com a dedicação dos profissionais do serviço, sem a contratação de co-responsabilização e investimento intersetorial ou preparação da rede para receber essa cooperativa. Mesmo a preparação interna está se dando de uma forma pouco produtora, por meio de treinamentos

espaçados de alguns membros que voltam com a responsabilidade de repassar o conhecimento adquirido aos demais.

Considerando que estes usuários não têm experiência anterior de cooperativismo e, portanto, não têm vivências suficientes de experiências bem sucedidas nesta área para evocar as habilidades necessárias a serem reproduzidas para a boa gestão desta cooperativa; considerando o não investimento do estado na formação desta ou de outras oportunidades de emprego digno enquanto concretização de direitos destes usuários; considerando que ainda não houve uma imersão da cooperativa que está sendo incubada na rede comunitária de forma a gerar elos permanentes, mas apenas a imagem de confecção de manufaturas por doentes mentais para venda, o prognóstico neste cenário não aparenta ser promissor nem para o suprimento da necessidade dos usuários nem para a cooperativa incubada pelos trabalhadores e usuários conjuntamente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Perceber a vinculação da atividade trabalho com a experiência identitária no ser humano não exigiu muito tempo de investigação, visto que sobressaltam evidências tanto na literatura pesquisada, passada e atual, quanto nos relatos dos usuários participantes da pesquisa. Porém, houve uma complexidade que não pôde ser dirimida por este pesquisador ou nesta experiência, que é a dificuldade de encontrar-se instrumentos adequados ou capazes de avaliar, mensurar ou qualificar alterações na percepção da identidade em um ser humano, seja ele portador de transtorno mental ou não.

Esta é uma questão que necessita ser considerada por quem desejar se debruçar sobre este objeto futuramente.

Por outro lado, as investigações forneceram vasto material e evidências científicas, diversas vezes citadas, apontando para esta entranhada relação, para os profundos significados que a atividade trabalho possui para o ser humano não apenas como fonte de subsistência e renda, mas de valor social, troca, dignidade, utilidade, escalonamento social e, por fim, identidade.

Esta constatação foi reconhecida também pelos usuários de saúde mental participantes do estudo de caso, sem indução do pesquisador ou dos trabalhadores do CAPS. Seus relatos apontam evidências dos valores que individualmente fornecem ao trabalho. Ambos tiveram uma experiência de introdução ao trabalho como responsabilidade desde muito cedo e não objeto lúdico de experimentação para a vida adulta, o que seria pertinente as suas idades de iniciação ao labor.

Esta característica ainda é muito presente no Brasil, principalmente no nordeste, reforçando os valores atribuídos culturalmente a esta atividade. As formas de trabalho experienciadas também demarcam uma questão cultural, da valorização da mulher em atividades ligadas à família e à casa e as atividades do homem normalmente externas ao ambiente domiciliar, majoritariamente ligadas ao comércio e negociação de trocas. O nível de instrução também influencia no tipo de atividade desenvolvida, sendo os serviços e o trabalho braçal vinculados às classes mais baixas e de menor nível educacional. Nem por isso, tais atividades são menos

potentes em sua capacidade de fornecer pertencimento e uma inserção ativa e valorada num grupo societário.

As características do processo psicótico vivenciado foram distintas para Adão e Eva, numa primeira análise devido ao próprio diagnóstico, mas também devido à diferença de suas redes de suporte familiar, que conduziram às experiências de forma diferentes. Uma enfatizando o acolhimento em família corroborado ao tratamento, o caso de Eva, e outra enfatizando a internação nos momentos de crise, destituindo Adão de suas funções no seio familiar, limitando seus acessos sócio-comunitários e seus valores de troca, estigmatizando-o e reforçando sua incapacidade de gerir adequadamente as relações de trocas de valores e mercadorias socialmente atribuídos.

A exclusão é expressa como dificuldades enfrentadas no cotidiano, seja na questão financeira ou na falta de oportunidades, pois o excluído do trabalho tem sua subsistência comprometida, tornando-se dependente de outros ou do sistema de benefícios sócio-assistenciais, e se a exclusão é ocasionada por um transtorno mental parece assumir um significado mais doloroso, em virtude das várias outras exclusões sociais que agregam densidade à exclusão / rejeição desse indivíduo.

De acordo com Gruhl (2010), o direito ao trabalho para o portador de transtorno mental primeiramente não deve ser encarado como um benefício, mas como a oportunização ou concretização de um direito humano. As concorrências desleais postas pelo sistema social vigente, que intensifica a competição, o individualismo, segregam radicalmente aqueles que podem daqueles que não podem. A idéia de igualdade de oportunidades do neoliberalismo deveria então ser a oportunização do acesso aos diferentes, gerando igualdade de resultados e de oportunidades, valorizando todas as potencialidades e respeitando as limitações próprias de cada ser humano, não apenas dos portadores de transtorno mental.

Constata-se então que os portadores de transtorno mental vivem um apartheid ocupacional (WILCOCK, 2006 e 2007), não podendo ainda usufruir das mesmas oportunidades essenciais para seu desenvolvimento que os ditos normais.

Apartheid Ocupacional é baseado na premissa de que algumas pessoas são diferentes de outras economicamente, em valor social, dentre outras diferenciações. Apesar de num nível abstrato e retórico todas as pessoas serem

consideradas iguais, na realidade diária algumas pessoas são mais iguais que outras.

Significa uma segregação sistemática de oportunidades para experienciar ocupações significantes e dignas, que ajudem a desenvolver o máximo potencial dos indivíduos, coincidindo com os achados publicados por Pollard, Kronenberg, e Sakellariou (2008) no livro *Uma Prática Política da Terapia ocupacional*.

Terapeutas ocupacionais vêem as pessoas como seres ocupacionais e o engajamento em atividades dignas e significantes para cada pessoa é tão fundamental para a experiência de saúde plena e bem-estar quanto comer, beber e ser amado (KRONENBERG, ALGADO e POLLARD, 2005).

A justiça ocupacional então, situação oposta ao Apartheid Ocupacional, visa capacitar pessoas para participarem como membros valiosos da sociedade, apesar da diversidade ou limitação do seu potencial, tendo sido idealizado por Ann Wilcock. É um modelo de ação que amplia a própria justiça social. Pode-se dizer que Justiça Ocupacional e Justiça Social dividem a idéia que: necessidades especiais, sejam elas individuais ou comunitárias, devem ser regidas por meios justos através da ética, moral, princípios cívicos, empoderamento, equidade do acesso aos recursos e divisão de responsabilidades e direitos de forma igualitária

Não é apenas o ideal de um nivelamento de recursos, porém é a promoção do acesso à ocupações significativas a todo e qualquer sujeito, em sua própria comunidade, de modo a possibilitar seu máximo desenvolvimento potencial. Isto implica diretamente numa micropolítica de reorganização das relações sociais e ocupacionais, numa perspectiva de gerar modificações permanentes e em constante evolução dentro da comunidade em que for implementada com a participação ativa dos próprios sujeitos nesse processo de mudança.

Entendem-se como serviços de desenvolvimento potencial do ser humano a oportunidade de acesso à educação, moradia, trabalho, lazer, artes e cultura, nutrição, segurança e assistência básica à saúde.

Com uma garantia de acesso a estes serviços, o sujeito tem garantido a possibilidade de desenvolver todo o potencial que reserva dentro de si, sendo assim caracterizada uma situação de justiça ocupacional.

Deve-se, portanto, propor reformas às políticas públicas intersetoriais, de forma que desenvolvam uma alternativa adequada para igualar as oportunidades de acesso desta população que vivencia problemas de saúde mental às oportunidades de todos os membros da sociedade brasileira. Sem distinções ou privilégios, apenas compreendendo e adequando-se às diferenças (MEDEIROS, 2003; ESCOREL, 1999). Desta forma as iniquidades, vulnerabilidades e o estigma (GOFFMAN, 1988) que geram a apartação social teriam um instrumento de contraposição, de valorização da pessoa independente de sua configuração, constituição, cor, raça, credo, ou qualquer outro qualificador.

Constituir-se-ia então numa forma de potencialização do efeito descrito por Codo, Sampaio & Hitomi (1998), onde os neo-inclusos experimentariam as dinâmicas do trabalho, de produção de identidade, lhes conferindo saúde mental.

Não existe, contudo excepcionalidade ou originalidade na proposição de uma política desta natureza, que agregue setores de governo apartados burocraticamente numa ação voltada para a inclusão real, séria e respeitosa para com os usuários dos serviços de saúde mental por meio do trabalho. Contudo apesar de não ser uma reflexão nova, nunca foi adequadamente e seriamente posta em prática pelo poder público. Faz-se necessário então uma negociação para implantação de experiências pilotos e a partir dos resultados obtidos, numa situação livre de metodologia restritiva como a experimentada nesta pesquisa, seriam gerados indicadores dos benefícios proporcionados à saúde mental e psicossocial dos indivíduos.

Não se faz necessário, contudo, uma proposta de outro equipamento, devendo sim ser organizado uma ação complementar, com financiamento adequado e específico destinados aos Centros de Atenção Psicossocial selecionados pelo poder público, conjuntamente ao treinamento de trabalhadores do serviço, auxiliados por pesquisadores dedicados ao tema e ao campo.

REFERÊNCIAS

ÁLVARO, J. L.; LUQUE, A. G. **Reflexos da Situação Laboral na Saúde Mental dos Jovens**. In *Trabalho em Transição, Saúde em Risco*. Brasília: Ed. Universidade de Brasília, 2002.

ANTUNES, R. **Adeus ao Trabalho?** *ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho*. 10ª ed. São Paulo: Cortez; Campinas-SP: Ed. Da UNICAMP, 2005.

BARROS, D. D. **Jardins de Abel**: desconstrução do manicômio de Trieste. São Paulo: Ed. USP, Lemos editorial, 1994.

BEJERHOLM, U. e EKLUND, M. **Time-use and Occupational Performance among persons with schizophrenia**. *Occupational Therapy Mental Health*, v. 20 (1), p. 27-47, 2004.

BENETTON, J. **Trilhas Associativas** - Ampliando Recursos na Clínica da Terapia Ocupacional. 2ª edição revisada. São Paulo: Editora Diagrama & Texto, CETO – Centro de Estudos de Terapia Ocupacional, 1999.

BOND, G. R., DRAKE, R. E., BECKER, D. R., An Update on Randomized Controlled Trials of Evidence-Based Supported Employment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, v. 31, nº 4, p. 280, 2008.

BOND, G. R., **Supported Employment**: evidence for an evidence-based practice. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, v. 27, nº 4, p. 345, 2004.

CANÍGLIA, M. **Terapia Ocupacional, Saúde Prática e Pós-Modernidade**. Belo Horizonte: Cuatiara, 2000.

CIAMPA, A. C. **A Estória de Severino e a História de Severina: um ensaio de psicologia social**. 4ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.

CODO, W. **O Que É Alienação?** 4ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1987.

CODO, W; SAMPAIO, J. J. C.; HITOMI, A. H. **Indivíduo, Trabalho e sofrimento: uma abordagem interdisciplinar**. 3ª ed. Petrópolis: VOZES, 1998.

COLBARI, A. **A Ética do Trabalho**. São Paulo: Moderna, 1995.

DEJOURS, C. **A Loucura do Trabalho: Estudo de Psicopatologia do Trabalho**. 5ª ed. São Paulo: CORTEZ, 1994.

DUNN, E. C., WEWIORSKI, N. J., ROGERS, E. S. **The meaning and importance of employment to people in recovery from serious mental illness**: results of a qualitative study. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, v. 32, nº 1, p. 59 – 62, 2008.

ESCOREL, S. ***Vidas ao Léu: trajetórias de exclusão social***. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

FARNWORTH, L. **Time-use, Tempo and Temporality: occupational therapy's core business or someone else's business**. Australian Occupational Therapy Journal. v. 50, p. 116 – 126, 2003.

FERNANDES, M. I.. (org), ***Fim de Século: ainda manicômios?*** São Paulo: IPUSP, 1999.

FOUCAULT, M. ***História da Loucura***. 6ª ed. São Paulo: Perspectiva, 1999.

GOFFMAN, E. ***Estigma: notas sobre a manipulação de uma identidade deteriorada***. 4ª ed. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

GRUHL, K. L. R., **The Employment Rights of People with Serious Mental Illness in Ontario: considering the influence of dominant ideology on marginalizing practices**. World Federation of Occupational Therapists Bulletin. V. 62, Nov., 2010.

IBGE, ***Dados do Censo Populacional de 2010***. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/censo2010/primeiros_dados_divulgados/index.php?uf=23> Acesso em 07 de fevereiro de 2011.

KRONENBERG, F., ALGADO, S., POLLARD, N. ***Occupational Therapy Without Borders: learning from the spirit of survivors***. London: Elsevier, 2005.

KRUPA, T. et al., **Daily time use as a measure of community adjustment for persons served by assertive community treatment teams**. American Journal of Occupational Therapy. v. 57, p. 558-565, 2003.

KRUPA, T., EDGELOW, M., RADLOFF-GABRIEL, D. ***Temporal Adaptation for Individual Living with Serious Mental Illness in the Community***. In: SODERBACK, I. International Handbook of Occupational Therapy Interventions. London-UK: Springer, 2010.

LAW, M. et al. ***Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM)***. Belo Horizonte: editora UFMG, 2009.

LEOPARDI, M. T. ***Metodologia da Pesquisa na Saúde***. 2ª ed. Florianópolis: UFSC/Pós Graduação em Enfermagem, 2002.

LEUFSTADIUS, C., ERLANDSSON, L., EKLUND, M. **Time use and daily activities in people with persistent mental illness**. Occupational Therapy International. v. 13 nº 3, p. 123-141, 2006.

LINO, D.; DIAS, E. C. ***A Globalização da Economia e os Impactos Sobre a Saúde e Segurança dos Trabalhadores***. Instituto Nacional de Saúde no Trabalhador. Disponível em: <<http://www.instcut.org.br/art03.htm>> Acesso em 24 de Janeiro de 2006.

MARTÍNEZ ANTÓN, M. R. **El Malestar de La Incapacidad**. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade da São Paulo*, São Paulo, v. 11, n. 2/3, p. 68-71, maio/dez. 2000.

MEDEIROS, M. H. R.. **Terapia Ocupacional – um enfoque epistemológico e social**. São Carlos: EdUFSCAR, 2003.

MINATO, M., ZEMKE, R. **Time use of people with schizophrenia living in the community**. *Occupational Therapy International*. v. 11 (3), p. 177-191, 2004.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde**. 6ª ed. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1999.

PAGANIZZI, L. **Actividad: lenguaje particular**. Buenos Aires: Cálamus, 1997

PASQUALI, L.; GOUVEIA, V.V.; ANDRIOLA, W.B.; MIRANDA, F.J. & RAMOS, A.L.M. **Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG): adaptação brasileira**. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, no. 10, pág. 421-437, 1994.

PEQUENO, M. P. **Moore e os pressupostos da meta-ética**. *Ethic@: Revista Internacional de Filosofia Moral* – vol. 2, nº 1, pp. 21-34, Florianópolis, jun. 2003. Disponível em: < <http://www.cfh.ufsc.br/ethic@/ETH@21%7E3.PRN.pdf> > Acesso em 12 jan. 2006.

PEREIRA, L. M. F. **Franco da Rocha e os Usos do Trabalho no Hospício**. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade da São Paulo*, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 70-73, maio/ago. 1998.

PITTA, A. M. (Org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.

PITTA, A. M. Os Centros de Atenção Psicossocial: espaços de reabilitação? **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. V. 42, nº 12, p. 647 – 654, 1994.

POLLARD, N., KRONENBERG, F., SAKELLARIOU, D. **A Political Practice of Occupational Therapy**. London: Elsevier, 2008.

RAZZANO et al., **Clinical Factors Associated with Employment Among People with Severe Mental Health Illness**: findings from the employment interventions demonstration program. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, v. 193, nº 11, p. 705 – 713, 2005.

RESENDE, H. **Políticas de Saúde Mental no Brasil: uma visão holística**. Petrópolis: VOZES, 2000.

ROTELLI, F. Empresa Social: construindo sujeitos de direitos. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

ROTELLI, F., LEONARDIS, O., MAURI, D. **Desinstitucionalização**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

RÚDIO, V. F. **Introdução ao projeto de pesquisa científica**. 20ª ed. Petrópolis, RJ: VOZES, 1996.

SAMPAIO, J. J. C. **Epidemiologia da Imprecisão: processo saúde/doença mental como objeto da epidemiologia**. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 1998.

SAMPAIO, José Jackson Coelho et al. **Oficinas em Saúde Mental: relato de experiência em Quixadá e Sobral**. In *Oficinas terapêuticas em Saúde Mental: sujeito, produção e cidadania*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2004.

SARACENO, B. **Libertando Identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Rio de Janeiro: TeCorá, 1999.

SATO, L. Representação Social do Trabalho Penoso. In: SPINK, M. J. (Org.). **O Conhecimento do Cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social**. São Paulo: Brasiliense, 1995.

SERRANO, A. Í. **O Que é Psiquiatria Alternativa**. Coleção Primeiros Passos. São Paulo: Brasiliense, 1982.

SOUZA, R. M. B. **Saúde Mental e Trabalho: impactos no cotidiano**. Londrina: Ed. UEL, 2002.

SUMSION, Thelma. **Prática Baseada no Cliente na Terapia Ocupacional, guia para implementação**. São Paulo: Roca, 2003.

TURATO, R. E. **Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa: construção teórico-epistemológico, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

WILCOCK, A. A. **An Occupational Perspective of Health**. 2th Edition. Thorofare-NJ: Slack Inc., 2006.

_____. **Pessoas Idosas e a Justiça Profissional**. In MCINTYRE, A., ATWAL, A. **Terapia Ocupacional e a Terceira Idade**. São Paulo: Santos, 2007.

APÊNDICE 1**ENTREVISTA DE SELEÇÃO - ES**

Nome Completo: _____

Idade _____ Sexo: () M () F Data de Nasc: __/__/____

Estado Civil: _____ Escolaridade: _____

Profissão: _____

Fez Algum Curso Profissionalizante? (...) SIM (...) NÃO Qual? _____

Possui Experiência de Trabalho? (...) SIM (...) NÃO Quanto Tempo? _____

Possui Carteira de Trabalho? (...) SIM (...) NÃO

Alguma Vez Já Foi Assinada? (...) SIM (...) NÃO

Possui Algum Transtorno Psicótico? (...) SIM (...) NÃO Qual? _____

Caso Possua, Há Quanto Tempo o Tem? _____

Possui Internações Psiquiátricas? (...) SIM (...) NÃO Quantas? _____

Em Que Local(ais) Foi Internado(a)? _____

Local e Data da Entrevista_____
José Naum de Mesquita Chagas
Pesquisador – Entrevistador

APÊNDICE 2

ENTREVISTA DE COMPREENSÃO HISTÓRICA DE CASO - ECHC

Nome: _____

Descreva-me, em suas palavras, quem você é:

Conte-me, resumidamente, como foi sua estória até aqui.

Conte-me sobre sua experiência de trabalho.

Conte-me sobre sua experiência com o Transtorno Psicótico.

APÊNDICE 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa sobre: **Trabalho e Identidade do Adulto Portador de Transtorno Psicótico**. Diante do exposto, o objetivo desta pesquisa é: Compreender processos de mudança na percepção da identidade de um indivíduo adulto, após crise psicótica e a subsequente inclusão em trabalho indicado. Procedimentos utilizados: Pesquisa de natureza qualitativa-descritiva-analítica-crítica, operacionalizada pela técnica de estudo individual de caso. Como Instrumento de Investigação utilizaremos: Entrevista de Seleção-ES, Entrevista de Compreensão Histórica de Caso-ECHC, Protocolo de Avaliação Situacional, Protocolo de Avaliação de Desempenho e Diário de Campo. Como Instrumento de Interpretação utilizaremos: Raciocínio Clínico e a Análise de Discurso. Riscos esperados: A pesquisa não oferece riscos aos participantes, visto que irá investigar como a perda do trabalho após acontecimento psicótico em indivíduo adulto afeta sua percepção de identidade. Os participantes da pesquisa terão acesso às informações, liberdade para desistir a qualquer momento de participar da pesquisa como também serão respeitados quanto ao sigilo e confidencialidade das informações e identificações. Em nenhum momento serão lesados financeiramente. As informações coletadas no decorrer do estudo somente serão utilizadas para os propósitos da pesquisa. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi elaborado de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, específico para ser assinado pelo entrevistado e submetido à apreciação do Comitê de Ética da Universidade Estadual do Ceará-UECE. Qualquer dúvida entrar em contato com: José Naum de Mesquita Chagas, pelo fone: (85) 9974.6610.

Declaro que fui informado(a) sobre o assunto acima resumido e que tive respostas para minhas dúvidas. Desta forma, concordo em participar deste projeto de pesquisa.

Nome do convidado(a): _____

Assinatura do convidado(a): _____

Data: _____

Nome do pesquisador: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Data: _____

(1ª via para o sujeito da pesquisa e 2ª via para arquivo do pesquisador)

Apresentar junto com o projeto de pesquisa ao CEP da Universidade Estadual do Ceará.

ANEXO 1

QUESTIONÁRIO DE SAÚDE GERAL-QSG-12

Estrutura do Questionário de Saúde Geral (QSG-12)

| ITENS | CONTEÚDO ABREVIADO | FATORES | | |
|-------|---|---------|--|--|
| 12 | Sente-se razoavelmente feliz | | | |
| 08 | Tem sido capaz de enfrentar problemas | | | |
| 04 | Tem sido capaz de tomar decisões | | | |
| 07 | Tem sido capaz de desfrutar de atividades | | | |
| 01 | Tem podido concentrar-se no que faz | | | |
| 05 | Tem notado que está agoniado | | | |
| 09 | Tem se sentido pouco feliz e deprimido | | | |
| 02 | Suas preocupações o fazem perder sono | | | |
| 11 | Tem pensado que não serve para nada | | | |
| 10 | Tem perdido confiança em si mesmo | | | |
| 03 | Tem sentido que tem papel útil na vida | | | |
| 06 | Tem sensação de não superar dificuldades | | | |
| | EIGENVALUE | | | |
| % | Variância Explicada | | | |
| | Alfa de Cronbach (α) | | | |

* |0,30| (carga fatorial mínima considerada para interpretação dos fatores). Identificação dos Fatores: I = depressão; II = ansiedade; e III = auto-eficácia. A

ANEXO 2

MEDIDA CANADENSE DE DESEMPENHO OCUPACIONAL (COPM)

Canadian Occupational Performance Measure (COPM). Versão brasileira traduzida por Livia C. Magalhães, Lilian V. Magalhães e Ana Amélia Cardoso.

Autores: Mary Law, Sue Baptiste, Anne Carswell, Mary Ann McColl, Helene Polatajko, Nancy Pollock. Segunda Edição. Publicado pela CAOT Publications ACE© M. Law, S. Baptiste, A. Carswell, M. A. McColl, H. Polatajko, N. Pollock, 2000

Disponível para impressão em PDF em <<http://www.eef.ufmg.br/neiddi/COPM-Brasil%202009.pdf>>