

Laisla Shirley Rodrigues Maranhão

**A INSERÇÃO DA PESSOA COM
TRANSTORNO MENTAL NO
MERCADO DE TRABALHO NO
CONTEXTO TERESINENSE:
*avanços e desafios***


edufpi

Laisla Shirley Rodrigues Maranhão

**A INSERÇÃO DA PESSOA COM
TRANSTORNO MENTAL NO
MERCADO DE TRABALHO NO
CONTEXTO TERESINENSE:**
avanços e desafios





Reitor

Gildásio Guedes Fernandes

Vice-Reitor

Viriato Campelo

Superintendente de Comunicação Social

Fenelon Martins da Rocha Neto

Diretor da EDUFPI

Cleber de Deus Pereira da Silva

EDUFPI - Conselho Editorial

Cleber de Deus Pereira da Silva (presidente)

Cleber Ranieri Ribas de Almeida

Gustavo Fortes Said

Nelson Juliano Cardoso Matos

Nelson Nery Costa

Viriato Campelo

Wilson Seraine da Silva Filho

Revisão

Laisla Shirley Rodrigues Maranhão

Edição, diagramação e capa

Alexandre Wellington dos Santos Silva

FICHA CATALOGRÁFICA

Universidade Federal do Piauí

Biblioteca Setorial do Centro de Ciências Humanas e Letras

Serviço de Processos Técnicos

M311i Maranhão, Laisla Shirley Rodrigues.
A inserção da pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho no contexto teresinense : avanços e desafios / Laisla Shirley Rodrigues Maranhão. -- Teresina : EDUFPI, 2023.
201 p.

Modo de acesso: e-book.
ISBN 978-65-5904-254-8

1. Pessoa com transtorno mental. 2. Saúde mental. 3. Mercado de trabalho. 4. Trabalho. 5. Inserção. 6. Luta antimanicomial.
II. Título.

CDD 362.2

Bibliotecária: Francisca das Chagas Dias Leite - CRB3/1004



Editora da Universidade Federal do Piauí – EDUFPI

Campus Universitário Ministro Petrônio Portela
CEP 64049-550 • Bairro Ininga - Teresina-Piauí – Brasil
Todos os direitos reservados



Dedico esta obra a todas as pessoas com transtorno mental, familiares e profissionais que lutam incessantemente para promover ações em defesa dos direitos dos usuários e familiares dos serviços de saúde mental, no sentido de ampliar sua inserção social, formação política e construção do viver, principalmente oportunizando possibilidades às pessoas com transtorno mental de serem inseridas na sociedade pela via do trabalho.

LAISLA SHIRLEY RODRIGUES MARANHÃO

Agradecimentos

Primeiramente à *Deus e toda a espiritualidade amiga*, que sempre estiveram presente comigo nos momentos mais difíceis. Agradeço o infinito amor e paciência que dedicaram a mim, dando-me forças para enfrentar as vicissitudes da vida e nunca fraquejar. Gratidão.

Aos meus pais, *Maisa e Walter*, pessoas simples e batalhadoras, que nunca mediram esforços para dedicar, a mim e a meus irmãos, oportunidades (que nem mesmo eles tiveram) que me fizeram chegar até aqui. Muito obrigada pelo amor em todas as minhas decisões.

Aos meus irmãos, *Kariny e Max*, que sempre me exemplificaram a importância da educação em nossas vidas. Obrigada pela paciência e companheirismo.

Ao meu sobrinho, *João*, que trouxe luz e esperança aos nossos corações. Obrigada por existir, meu amor.

A todos os *meus amigos* que sempre apoiaram meus objetivos. Muito obrigada por dividirem comigo momentos de felicidade e angústia durante esse percurso.

À minha querida *orientadora, Prof.^a Dr.^a Lucia Cristina dos Santos Rosa*, por quem tenho muita admiração e respeito. Muito obrigada por seu apoio com valiosas orientações, que contribuíram não apenas para a construção desta dissertação,

mas, sobretudo, para a minha formação profissional e pessoal com um olhar mais humano às questões sociais e à vida.

Ao *corpo docente e funcionários* do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí, em especial à *Coordenadora Prof.^a Dr.^a Solange Maria Teixeira*, pelo empenho, profissionalismo e seriedade com que desenvolve sua atividade.

A todos os *docentes* que nos inspiram e nos possibilitam a esperança de um futuro melhor. Em especial aqueles parceiros da luta antimanicomial.

A todos os *gestores e fomentadores* das ações estudadas que apoiam este trabalho e contribuíram com suas valiosas falas. Muito obrigada por permitirem compartilhar e trocar experiências.

Enfim, a *todos (as)* que direta ou indiretamente contribuíram para a construção deste livro.

Sumário

Apresentação	11
Prefácio	17
Introdução	27
1. O trabalho e a pessoa com transtorno mental: aspectos históricos e legais da inserção da pessoa com transtorno mental no trabalho	43
2. Da segregação/hospitalização da loucura à reforma psiquiátrica: a inserção da pessoa com transtorno mental na sociedade	65
2.1 Cidadania e trabalho para a pessoa com transtorno mental: uma abordagem sobre a Política de Saúde Mental/ Reforma Psiquiátrica	69
2.2 Questão social e trabalho: avanços e barreiras para a inserção da pessoa com transtorno mental pela via do trabalho	73
3. Repercussões das ações em saúde mental na inserção da pessoa com transtorno mental no trabalho	89
3.1 Ações de fomento para a inserção da pessoa com transtorno mental no trabalho: diretrizes sobre a	

realidade no âmbito do Estado do Piauí.....	92
3.2 A potência da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS a partir dos delineamentos propostos com a Lei da Reforma Psiquiátrica: a reabilitação psicossocial pela via do trabalho.....	98
3.3 A Rede de Atenção Psicossocial – RAPS no Estado do Piauí: avanços e desafios de ações em saúde mental de inserção pela via do trabalho.....	103
4. Mapeamento das ações de inserção da pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho no contexto teresinense: avanços e desafios para a sua concretização.....	113
Considerações finais.....	181
Referências bibliográficas.....	189
Sobre autora e sua obra.....	199

Apresentação

É um prazer enorme apresentar essa obra, fruto do árduo e denso trabalho de dissertação de Laisla Shirley Rodrigues Maranhão. Mas, antes quero tecer alguns comentários sobre a produção anterior que tem um continuum com a presente. Quero ainda destacar alguns aspectos da própria autora. Oriente e acompanho a produção da Laisla desde a graduação, a partir do estágio obrigatório supervisionado no Centro de Atenção Psicossocial II Leste - CAPS II Leste, situado em Teresina-PI, que resultou no trabalho de conclusão de curso em Serviço Social intitulado “A atuação do CAPS II Leste de Teresina-PI na perspectiva de inserção da pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho e ações de geração de renda” (datado de 2014).

Nesse primeiro trabalho autoral na saúde mental Laisla mostra o alijamento da pessoa com transtorno mental do mundo do trabalho e seu intenso desejo de nele se inserir e provar que é capaz para si e para seu meio. Interessante retomar que tal desejo e inserção em uma sociedade capitalista, que colocou esse segmento como “improdutivo” e “incapaz” para seguir o ritmo desumano impresso pelo mundo fabril/industrial, e associou esse grupo à periculosidade, como sendo suas marcas, tem obstado que eles/elas possam desenvolver suas capacidades de criar (n)esse mundo e tor-

na-lo mais diverso e enriquecido.

Essa diversidade é muito bem captada pela Laisla, pois há uma parte que tem a experiência da enfermidade como uma condição de inércia, figurando como aquela figura clássica/papel social, como “paciente”, ou seja, aquele ser resignado que aguarda pela ação do outro, permanecendo nesse lugar social de doente, como sinônimo de pessoa inativa. Mas, há um grupo significativo que, ao contrário, sabendo-se com uma enfermidade, um diagnóstico socialmente acompanhado de uma marca negativa, estigmatizada, quer sim ter a experiência de mostrar-se capaz de produzir algo, gerar renda, desconstruir a ideia dessa associação entre enfermidade e inatividade.

O trabalho da graduação denota essa capacidade, acuidade da Laisla em apreender as diferentes experiências e significados do trabalho para a pessoa com transtorno mental. Também deixa a memória das oficinas de geração de emprego e renda realizadas no interior do serviço, fruto do empenho pessoal de alguns profissionais que, bravamente gestaram e coordenaram ações inovadoras, a exemplo do pet look, com baixíssima institucionalidade, que, por isso, se tornaram descontinuas e foram até desestimuladas.

Mas, quem se aproximou do que foi realizado, teve a oportunidade de ouvir usuárias afirmando a diferença que a renda gerada pelos adereços confeccionados via pet look trouxeram maior auto estima e empoderamento nas relações familiares. Lembro-me de uma usuária que afirmava ser constrangedor pedir dinheiro para a irmã, com o propósito de comprar leite, pois alegava que “tomava remédio psiquiátrico muito forte e precisava de acompanhamento do leite”. Com os ganhos do pet look passou a não depender mais do

dinheiro da irmã, e dizia que não era mais humilhada. Esse detalhe fez toda diferença em sua vida e relações. Laisla mostrou ainda que, naquela ocasião, apenas uma pessoa tinha sido inserida no mercado formal de trabalho, panorama que persistiu por muito tempo.

Toda produção da Laisla até o presente, tem por foco principal a relação da pessoa com transtorno mental com o mercado de trabalho, no contexto teresinense. Com a nova obra inova ao ampliar o escopo, mudando o ângulo do olhar para as instituições que tem entre suas missões capacitar e qualificar os cidadãos para o mercado de trabalho. Parte da questão norteadora: De que forma as políticas públicas do município de Teresina se organizam para, a partir de 2005, inserir a pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho? Que ações (programas, serviços, projetos e benefícios) são previstos em torno dessa inserção? Que atores e ações se destacam na produção de outros lugares sócio-ocupacionais para a pessoa com transtorno mental em Teresina? Que avanços e barreiras existem para a inserção dessas pessoas no mercado de trabalho?

Com essas questões, mapeia as ações das diferentes políticas públicas, caracteriza e analisa os atores e as ações relacionadas às necessidades de inserção da pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho e elenca os avanços e as barreiras para tanto. De modo geral, mostra que as ações das políticas públicas de Teresina acompanham de maneira descompassadas as políticas estaduais e nacional, havendo fomento mais direcionado à economia solidária, ou seja, ao mercado informal de trabalho, tendo os editais como principal carro chefe, sem maiores investimentos para inserção no mercado formal. Entre os principais atores que

promoveram pressão para a inserção da pessoa com transtorno mental no contexto local, destaca as ações empreendidas pela ÂNCORA, Associação de usuários e familiares da saúde mental e alguns trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial que viram na geração de renda, a mediação para a ampliação do poder contratual da pessoa com transtorno mental junto à família e a seu meio.

Benedetto Saraceno (1999) no livro “Libertando identidades – da realibitação psicossocial à cidadania possível”, apresenta 3 eixos para avaliar avanços na atenção psicossocial: o morar, que sinaliza para a relação da pessoa com transtorno mental com seu território familiar, a casa, que espaços ocupa; o trocar identidade, da identidade estigmatizada, para a incorporação e visibilização de outras identidades positivas e o produzir valores que a sociedade envolvente valoriza, ou seja, gerar renda, produzir. Logo, a inserção da pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho é algo fundamental para mudar a relação desse segmento com a sociedade, mediada pelo direito à cidade. No entanto, no contexto teresinense, a autora observa o baixo investimento em ações de reabilitação psicossocial, que engloba ações intersetoriais, para reinserção social inclusive pelo trabalho.

De modo geral, da parte das políticas públicas não há investimento ou previsão orçamentaria na perspectiva de inserção no mercado de trabalho. As poucas ações nessa direção, privilegiam as capacitações/qualificação para o trabalho, mas limitada à certificação, sem investimentos na perspectiva de inserção efetiva. As poucas tentativas de ações de geração de renda figuraram como ações pontuais e isoladas, muito coladas aos profissionais propositores, com baixo apoio/retaguarda institucional.

A autora destacou que há necessidade de ações que garantam efetivamente a inserção e ações de geração de emprego e renda. O trabalho da dissertação foi concluído em 2018, em seguida houve ações que asseguraram a inserção de um número significativo de pessoas com transtorno mental no mercado formal de trabalho, com o devido suporte/retaguarda dos serviços de saúde mental da capital.

Sobre a autora, é importante destacar que Laisla sempre foi intensa no que se envolve, uma estudiosa dedicada e que sempre foi além. A escrita flui e com certeza o produto final deixa uma memória importante para a Rede de Atenção Psicossocial. Deixo aqui meu convite para que todos e todas possam se beneficiar com as análises e recomendações da Laisla.

LUCIA CRISTINA DOS SANTOS ROSA¹

Teresina, 2023.

1 Graduada pela Faculdade de Serviço Social de Piracicaba (1985). Especialista em Educação - área de concentração Ensino pela Universidade Federal do Piauí (1989). Especialista em Saúde Mental pela UFRJ (2005). Mestre em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco (1994). Doutorado em Sociologia pela Universidade Federal de Pernambuco (2001). Doutorado em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (2001). De 2011 a 2012 foi vice-presidente da Regional Norte da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social - ABEPSS. Professora Titular do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal do Piauí. Membro suplente da Diretoria do Conselho Regional de Serviço Social 22^a Região. Tem experiência na área de Serviço Social, com ênfase em Serviço Social da Saúde, atuando principalmente nos seguintes temas: saúde mental, Reforma Psiquiátrica, família, políticas públicas e assistência psiquiátrica. Pós doutora em Saúde Coletiva pela Unicamp (2012). Líder do diretório CNPq Saúde Mental. Bolsista Produtividade CNPq PQ2.

PREFÁCIO

A importância de estudos de caso de qualidade sobre cada uma das dimensões da reforma psiquiátrica: uma apresentação ao estudo de Laisla Maranhão

TENHO UMA LIGAÇÃO muito especial com nossas(os) parceiras(os) da Reforma Psiquiátrica e da luta antimanicomial do Estado Piauí. A pessoa chave que me ‘puxou’ para conhecer este Estado e sua luta no campo da saúde mental e drogas foi a Prof.^a Lucia Cristina dos Santos Rosa, do Serviço Social da UFPI, que foi minha orientanda de doutorado, e que se tornou desde então uma grande amiga pessoal e parceira de interesses, pesquisas e estudos. Além disso, ela me convidou para várias visitas a Teresina e a outras cidades vizinhas, para diferentes eventos, mas principalmente para atividades ligadas ao protagonismo das pessoas usuárias e familiares, tema chave de nossos interesses de estudo e de nossa militância na saúde mental. E nessas visitas, através da Lúcia, fui tendo a honra de conhecer mais gente e ampliar o leque de amizades e parceiros de luta.

Desta vez, Lúcia me apresenta o fruto de uma dissertação de mestrado que orientou na UFPI, da assistente social Laisla Maranhão, que passei a conhecer pelo texto que você,

leitor está tendo acesso nesta publicação, e que merece sem dúvida alguma uma leitura cuidadosa.

Por que digo isso? Primeiramente, por que Laisla nos apresenta abertamente os desafios do processo histórico de implementação da Reforma Psiquiátrica no Piauí, que se iniciou mais concretamente a partir de 2005, sendo tardio em relação a vários outros Estados brasileiros, que iniciaram esse processo já na década de 1990. No entanto, esse relato não interessa apenas aos piauienses, pois ele representa bem a realidade de outros Estados brasileiros que também custaram a se ‘curvar’ diante da necessidade de se ajustar à política Reforma Psiquiátrica como uma política do Estado brasileiro, fruto dos avanços dos direitos de cidadania e das políticas de direitos humanos, da construção do SUS, da Lei 10.216 de 2001, de Reforma Psiquiátrica, como também das várias conferências nacionais de saúde mental, que estabeleceram essas diretrizes para a política nacional de saúde mental, álcool e outras drogas, e também das diretrizes internacionais da ONU e da Organização Mundial de Saúde - OMS. A realidade de um sistema público e gratuito de saúde e saúde mental tripartite, gerido pelo governo federal, mas implementado pelos governos estaduais e principalmente pelos governos municipais, se confrontou com a realidade da política conservadora em muitos rincões desse imenso país, que ofereceram resistência institucional e cultural à nova abordagem de serviços abertos e sem manicômios para as pessoas com sofrimento mental, em substituição aos velhos hospitais psiquiátricos e suas masmorras, tão iatrogênicas, ou seja, que por si só provocam tanto males adicionais à experiência já desafiante do sofrimento mental original.

No entanto, o trabalho de Laisla não apenas denuncia

e analisa essa resistência institucional e cultural aos avanços da nova política de saúde mental, mas também mostra os caminhos e estratégias concretas de luta e avanços que o movimento antimanicomial tem adotado no Estado, mas que também é de interesse para leitores de todo o país. Esse processo envolveu por exemplo uma aliança com o Sistema de Justiça, mais especificamente com o Ministério Público, que exigiu do governo municipal de Teresina o cumprimento de um TAC, ou seja, um Termo de Ajustamento de Conduta, para a construção dos primeiros Centros de Atenção Psicossocial – CAPS na cidade, implementados a partir de 2009, como forma de iniciar a substituição dos serviços hospitalares convencionais de internação psiquiátrica.

Mas Laisla ainda complementa muito bem, afirmando que nem só de CAPS vive a Reforma Psiquiátrica, pois ela implica a criação de muitos outros dispositivos nos serviços e na sociedade, como também uma mudança cultural e social na forma como a sociedade mais ampla vê e se relaciona com as pessoas que apresentam formas de sofrimento mental mais severas e de longo prazo. E nesse campo, temos também muitas dificuldades e limitações no processo, que o texto de Laisla busca sistematizar. Aqui, o foco mais preciso é uma das dimensões mais desafiantes de um processo de Reforma Psiquiátrica em uma sociedade capitalista: a reinserção pelo trabalho e pela produção de renda. Isso é particularmente mais difícil na realidade brasileira, que revela quase metade do mercado de trabalho na informalidade ou em empreendimentos individuais precários, quase sem ou mesmo completamente sem direitos trabalhistas. Em outras palavras, um mercado de trabalho que não apresenta qualquer interesse estrutural pela inserção pelo trabalho da imensa população sobrando e desempregada, mesmo daque-

les avaliados como ‘normais’ e produtivos, e quanto mais da porção que apresenta alguma forma de deficiência e, ou sofrimento mental mais persistente.

No entanto, Laisla não ‘entrega os pontos’ diante dessas limitações estruturais, pois em primeiro lugar assume a estratégia da denúncia, mostrando como as iniciativas nesse campo no Piauí foram pontuais e descontínuas, muito centradas nos ativismo de profissionais e ativistas mais engajados, e que portanto não foram objeto de uma política institucional clara e sistemática dos responsáveis pela área da saúde e saúde mental da cidade. Em segundo, reenfatiza e sistematiza teórica e historicamente nos capítulos iniciais a importância do trabalho e da renda como componentes indispensáveis de uma política de saúde mental coerente com os princípios da Reforma Psiquiátrica e da luta antimanicomial, que abre inúmeras possibilidades de humanização dos serviços, reconhecimento social, aumento da contratualidade social dessas pessoas nas relações interpessoais e familiares, luta contra o estigma e discriminação, estímulo a novas formas de subjetivação, e ampliação do protagonismo e participação na vida social. E em terceiro, o que constitui o foco mais direto de sua pesquisa, mostra que, apesar das inúmeras dificuldades históricas e políticas, é necessário descrever e avaliar as iniciativas concretas realizadas, mesmo que em número reduzido, em suas conquistas e limitações, por meio de entrevistas com os principais atores e entidades que participaram destas atividades ou que ainda atuam nesta área, envolvendo gestores, profissionais, pessoas usuárias e particularmente um ator coletivo importante, a ÂNCORA – Associação de usuários, familiares e interessados na saúde mental do Estado do Piauí, e que teve um papel importante no ativismo objeto deste estudo. Trata-se portanto de uma

pesquisa que vai fundo na realidade em foco, se inspirando na melhor tradição de pesquisa qualitativa, inspirada na conhecida liderança acadêmica do campo, Cecília Minayo, buscando a “história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os seres humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos”, como Laisla coloca em sua introdução. Para isso, realiza entrevistas semiestruturadas em profundidade, pesquisa em material bibliográfico primário e secundário, e observações em eventos que discutiram o tema.

Os resultados desse trabalho eu não comento aqui, para não dar um *spoiler* e estragar a originalidade e o prazer do leitor em percorrer, com sua leitura direta e atenta, em primeira mão, do texto de Laisla.

No entanto, quero conversar um pouco mais sobre o significado e a relevância do tipo de investigação como este. E para isso, peço permissão ao leitor para fazer uma breve digressão metodológica. Laisla descreve o processo de escolha de seus entrevistados como regida pela lógica da amostragem intencional, pela qual o pesquisador escolhe seus entrevistados a partir da avaliação dos que mais podem contribuir com informações. Essa é uma forma possível de descrever como realizou a escolha dos entrevistados, mas o termo amostragem geralmente gera confusão sobre a natureza do estudo, pois acaba reforçando a ideia de que a amostragem é um elemento imprescindível de qualquer pesquisa e não deixa claro qual o tipo de evidência e produtos que ela pode produzir.

A lógica da amostragem tem pressupostos muito específicos. Dentro de um universo mais amplo de pessoas, co-

letivos e organizações, estabelece-se uma estratégia rigorosa e probabilística de amostragem, selecionando-se um grupo menor de casos, o que torna viável a realização da pesquisa, e que visa proporcionar que todas as características do universo têm a mesma chance de estarem no grupo de amostra. Assim, as características investigadas na amostra podem ser generalizadas para todo o amplo universo de casos. Essa lógica é que permite fazer generalizações conhecidas de todos nós, por exemplo, sobre as preferências de voto e opiniões políticas de toda a população de um Estado ou país.

O risco de usar a categoria de amostra intencional em uma pesquisa é abrir uma brecha para seus leitores e avaliadores acharem que o uso de estratégias de amostragem é sempre necessário, e que estudos como os de Laila não são representativos do conjunto maior de casos, o que pode gerar uma desvalorização de todo o conjunto da investigação.

Eu prefiro classificar a estratégia metodológica utilizada por Laisla como estudos de caso, que em tese podem ser inclusive de uma única pessoa, coletivo ou organização, mas que também podem ser de casos múltiplos e com vários níveis de análise. A lógica de generalização dos resultados dos estudos de caso é completamente diferente da lógica da amostragem, e apontar essa diferença nos possibilita entender mais claramente o valor dos estudos de caso como o de Laisla.

Acho que talvez tudo isso fique mais claro dando um exemplo mais concreto. Freud escreveu um estudo intitulado “Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia”, lançado em 1911, com base no livro autobiográfico de Daniel Paul Schreber, um jurista famoso na Alemanha, publicado em 1884, no qual Schreber relata abertamente seus delírios paranoicos. A partir desse caso úni-

co, Freud estabeleceu hipóteses importantes sobre as origens psíquicas da paranoia, que teve uma enorme repercussão no campo da psicanálise, gerando centenas de novos estudos e investigações durante décadas e sendo relevante até hoje.

Se nos basearmos na lógica de amostragem, poderíamos questionar se um único caso seria representativo e poderia sustentar a análise de Freud. No entanto, o estudo de um único caso permitiu a Freud construir hipóteses analíticas extremamente relevantes até hoje para o estudo das paranoias. Em outras palavras, o produto e o que se pode colocar para a comunidade científica a partir de um estudo de caso não são afirmações generalizantes sobre as características de um conjunto maior de pessoas ou coletivos similares ao que se investigou, como se eles fossem representativos desse universo, mas a construção de hipóteses analíticas sobre as relações entre fenômenos e variáveis dentro de uma realidade delimitada, hipóteses estas que são oferecidas para a comunidade de outros investigadores e profissionais atuantes no campo, para serem comparadas em outros estudos e em práticas profissionais com fenômenos similares, e assim sendo capazes de ir revelando gradualmente e de forma progressiva as características e dinâmicas ocultas dessa realidade. Assim, quanto mais nos aprofundamos nos detalhes de uma realidade, descrevendo de forma rica e rigorosa as diversas facetas do que é investigado, analisando e explicitando como se dão as relações entre seus fenômenos e variáveis, correlacionando-as com uma base teórica e um corpo de conceitos previamente sistematizados e de qualidade, e particularmente construindo hipóteses analíticas sobre a dinâmica viva dos processos envolvidos e comparando-as com as hipóteses descritas em outros estudos já publicados, mais rico e relevante se torna uma investigação.

Depois desse percurso metodológico, acho que podemos agora voltar à pesquisa de Laisla, para melhor avaliar a relevância de seu trabalho agora publicado. Não se trata portanto de perguntarmos sobre a representatividade do número e dos casos investigados, mas sim da riqueza da análise e das hipóteses analíticas que ela foi construindo ao se ‘chafurdar’ na realidade dos casos de projetos de trabalho e renda no campo da saúde mental em Teresina, revelando as relações entre os atores, suas práticas, limitações encontradas, conquistas, etc. Seu estudo então deverá ser lido e comparado com outras pesquisas e práticas em realidades similares, ajudando a revelar novas nuances e dinâmicas sutis das lutas pela implementação de programas de trabalho e renda no campo da saúde mental, fornecendo pistas para ir superando as limitações e os desafios tão complexos que encontramos nesta área, particularmente no Brasil, e assim, contribuir para uma Reforma Psiquiátrica efetiva e para a luta antimanicomial mais ampla.

Espero que essa digressão não tenha sido demasiada chata e longa, mas pensei que ela seria fundamental para avaliarmos a relevância do trabalho de Laisla. E não vou além do que já expressei aqui sobre a qualidade de sua investigação, sugerindo que cada leitor também faça uma leitura cuidadosa e possa construir sua própria avaliação desse estudo.

E queria acrescentar mais um tópico importante sobre a relevância do trabalho de Laisla. Temos agora em 2023 o início do novo governo Lula que, apesar de todas as conhecidas limitações políticas e orçamentárias, nos oferece a oportunidade de não só retomar a política de Reforma Psiquiátrica, mas também de avançar sobre novos horizontes e práticas antimanicomiais. Se a conjuntura política interna

no país foi muito desfavorável nos últimos anos, o cenário internacional mostrou avanços importantes no campo da saúde mental, nas práticas dos movimentos sociais de pessoas usuárias, nos posicionamentos e publicações das Nações Unidas e da Organização Mundial de Saúde, como também em experiências inovadoras de programas de caráter público em diversos países, particularmente após a Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiências da ONU em 2006. Assim, a partir de 2023, temos um contexto muito mais favorável para avançar as políticas de saúde mental, e neste cenário, também os projetos de trabalho e renda vinculados ao campo. E nessa nova conjuntura, o livro da Laisla certamente será muito mais relevante.

Antes de finalizar, quero agradecer muito a Laisla pelas numerosas referências às minhas obras já publicadas, ao longo de seu texto. Uma das coisas que mais me alimentam para continuar meus trabalhos de investigação e produção de textos, que depois de publicados habitam um universo impessoal e invisível do mercado editorial e da vida acadêmica por aí afora, é ver que meus escritos são efetivamente lidos e têm relevância para pessoas como Laisla Maranhão. E certamente, a própria Laisla, com a publicação desse seu primeiro livro, também vai passar por essa vivência...

No mais, desejo ao leitor uma boa degustação atenta do trabalho da Laisla.

Boa leitura!

EDUARDO MOURÃO VASCONCELOS¹

Rio de Janeiro, 2023.

¹ Psicólogo, cientista político, doutor pela London School of Economics and Political Science, professor aposentado da UFRJ, e militante antimanicomial.

Introdução

COM A CONSOLIDAÇÃO, desde os anos 2000, dos princípios do Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira na política de saúde mental, álcool e outras drogas da Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, foram criados vários dispositivos substitutivos às internações psiquiátricas em hospitais psiquiátricos/especializados. Nesse contexto, institui-se um novo cuidado às pessoas com transtorno mental pautado na construção da sua cidadania, fundamentado no cuidado comunitário; nos direitos civis - cuidar em liberdade e na atenção integral, de tal forma que se efetive sua inserção na família e na sociedade em geral. Postula-se a promoção da autonomia da pessoa com transtorno mental, ampliando seu poder nas trocas sociais, inclusive pela produção de valores que a sociedade capitalista viabilizou pelo trabalho, inclusive na perspectiva de positivar a identidade desse segmento, historicamente estigmatizado.

Comparado com a situação de vários Estados do Brasil, cujo pioneirismo de ações nesse sentido, data dos anos de 1980 em São Paulo, o Piauí teve uma inserção tardia no que se refere à implementação dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica. Apenas em meados dos anos 2000 que o Estado passa a atuar no sentido de promover ações e serviços de saúde de base comunitária e visando a construção

da cidadania da pessoa com transtorno mental. Em 2005 é criado o primeiro plano estadual de saúde mental orientado pelos princípios da Reforma Psiquiátrica. Segundo Rosa *et al* (2011), no mesmo ano, por exigência de um Termo de Ajustamento de Conduta - TAC proferido pelo Ministério Público, tem destaque em Teresina a criação de dois CAPS (um na Zona Norte e outro na Zona Leste do município) como serviços substitutivos às internações psiquiátricas. Neste mesmo ano, o município realiza o Seminário sobre saúde mental, e nesse sentido é assinado um Pacto pela expansão da rede extra-hospitalar de cuidados em saúde mental, com parques avanços efetivos.

Os serviços abertos e comunitários de atenção cidadã às pessoas com transtorno mental foram criados em Teresina, a partir de 2009, por força de Termos de Ajustamento de Conduta - TAC, articulado pelo Ministério Público, haja vista resistências de alguns gestores municipais em tomar para si a atenção desse segmento. Ações orientadas na perspectiva de inserção desse segmento em emprego e renda foram pontuais e descontinuas, figurando como iniciativas pessoais de alguns profissionais, sem que se configurassem ações institucionais ou das políticas sociais locais.

Nesse sentido, este livro é resultado de uma pesquisa que corroborou com as discussões direcionadas a análise da ampliação das possibilidades democráticas de inserção social de usuários com transtorno mental na sociedade, com ênfase no trabalho e nas ações de geração de emprego e renda, a partir das seguintes indagações: de que forma as ações do município de Teresina se organizam, a partir de 2005, para a inserção da pessoa com transtorno mental pela via do trabalho? Que ações (programas, serviços, projetos e

benefícios) foram e estão sendo realizadas no âmbito municipal, vinculados às políticas sociais de inserção da pessoa com transtorno mental pela via do trabalho? Que atores e ações se destacam na produção de outros lugares sócio ocupacionais para a pessoa com transtorno mental em Teresina? Que avanços e barreiras existem para a inserção desses indivíduos nesses espaços?

A pesquisa teve por objetivo geral analisar as ações, de abrangência municipal, direcionadas para a inserção da pessoa com transtorno mental pela via do trabalho, a partir de 2005 e tratar sobre as condições de sua viabilidade, através de mecanismos legais e operacionais, tendo em vista a nova prática de cuidado no campo da saúde mental no cerne da Reforma Psiquiátrica e a criação dos serviços substitutivos. É um trabalho de pesquisa que analisa essas ações de inserção da pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho no contexto teresinense, priorizando a análise dos programas, serviços, projetos e benefícios, especificamente voltados para esse público, a fim de conferir a garantia dos direitos preconizados em leis e acordos regionais e federais.

O trabalho de pesquisa teve ainda por objetivo mapear essas ações teresinenses, vinculadas às políticas sociais na perspectiva da inserção da pessoa com transtorno mental pela via do trabalho, analisar os atores e as ações relacionadas às necessidades de inserção da pessoa com transtorno mental em relação ao mercado de trabalho e as ações de geração de emprego e renda e identificar os avanços e as barreiras para essa inserção.

O interesse pela questão surgiu a partir da experiência no estágio obrigatório supervisionado na área da saúde mental, atuando como estagiária do Serviço Social durante

8 (oito) meses, entre 2012 e 2013, no Centro de Atenção Psicossocial II Leste, localizado no município de Teresina-PI. Com isso, foi possível conhecer as necessidades dos usuários dessa instituição e analisar que uma das manifestações da questão social mais marcante na vida das pessoas com transtorno mental desse CAPS é o desemprego. Nas reuniões de grupos, os usuários realizavam o levantamento de demandas e questões relacionadas sobre a necessidade de serem inseridos pela via do trabalho e outras formas de geração de emprego e renda. Mas foi possível apreender que esses indivíduos são diariamente frustrados nessa sua iniciativa, pois são marginalizados pela sociedade capitalista competitiva e cada vez mais excludente. O conhecimento propiciado no campo de estágio culminou no trabalho de conclusão de curso (monografia) intitulada: “A atuação do CAPS II Leste de Teresina-PI na perspectiva de inserção da pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho e ações de geração de renda” (MARANHÃO, 2014).

Com essa pesquisa monográfica foi possível concluir que desde a sua fundação até o período da pesquisa, o CAPS II Leste inseriu apenas uma pessoa com transtorno mental no mercado formal de trabalho e que as experiências com oficinas de geração de renda já realizadas se constituíram em experiências descontínuas e não sistematizadas, pois acabam circunscrevendo a ação de seus proponentes e coordenadores, sendo parcamente assumidas como algo institucional e com suporte da Fundação Municipal de Saúde. Com isso, justificou-se o estudo para ampliar a compreensão sobre a realidade das ações realizadas pelas instituições que são destinadas a capacitar e qualificar profissionalmente os munícipes de Teresina, com vistas a inseri-los no mercado de trabalho, favorecendo a inserção social e a consequen-

temente geração de emprego e renda e de que forma as pessoas com transtorno mental estão sendo beneficiadas ou não por essas ações.

Outro ponto que motivou a pesquisa foi o acompanhamento das reuniões da ÂNCORA – Associação de usuários, familiares e interessados na saúde mental do Estado do Piauí, que permitiu observar os embates dos movimentos sociais com as políticas públicas, no plano local, em torno da inserção da pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho e as lacunas em prol do reconhecimento da pessoa com transtorno mental como trabalhador, o que enseja outra visibilidade social de suas potencialidades, permitindo que outras facetas de sua identidade positiva se tornem pública, bem como a ampliação de sua contratualidade familiar e social. A escassez de estudos nessa perspectiva também foi outro ponto importante que motivou o trabalho de pesquisa.

Para Minayo (1992), é preciso que o pesquisador tenha a capacidade de transformar preocupações e a realidade social em questões públicas e indagações. A autora considera que “a metodologia inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade e também o potencial criativo do pesquisador” (1992, p. 22), o que significa que a metodologia é o caminho e o instrumental utilizados para a apreensão da realidade e abordagem do social.

A realidade analisada neste trabalho de pesquisa con-torna os avanços e desafios das ações de inserção da pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho e em serviços de geração de emprego e renda, no contexto teresinense. A pesquisa teve por principal premissa que as ações voltadas para viabilizar a empregabilidade e a geração de emprego e

renda desse segmento singular da população, deve ir além da mera capacitação para o trabalho e destinação de vagas/emprego, mas ocupar-se também de associar-se a outras políticas, para abarcar as múltiplas vulnerabilidades e necessidades da pessoa com transtorno mental, a exemplo da alfabetização, da profissionalização e oferta de suporte para supervisão e acompanhamento quando houver a inserção no mercado de trabalho ou em ações de geração de emprego e renda. Vale ressaltar que se trata de um segmento cuja identidade foi deteriorada pelo imaginário manicomial, que considera todos aqueles com comportamentos desviantes como incapazes, perigosos e objeto de internações prolongadas.

Este estudo busca ainda mapear as ações teresinenses na perspectiva da inserção da pessoa com transtorno mental pela via do trabalho, para identificar os avanços e barreiras para a inserção desse público no mercado de trabalho e em ações de geração de emprego e renda. O estudo busca conhecer a relação entre as condições de saúde mental que perpassa a vida da pessoa com transtorno mental e as manifestações da questão social do desemprego e da exclusão social dessa população, com a reflexão sobre o lugar desse indivíduo na sociedade e dentro do processo de refundação da política como espaços de criação e generalização de direitos, nesse caso direito ao trabalho e participação na rede social como sujeito ativo, como cidadãos que fazem parte do Estado Democrático de Direitos.

Considera-se neste estudo que o trabalho e iniciativas de geração de emprego e renda constituem importante estratégia de inserção social e um veículo legítimo de construção da cidadania, pois articula uma rede de reconhecimento e possibilidades de participação social, da qual o usuário da

saúde mental pode obter respeito na sua diversidade, apoiado pelo princípio da equidade. A Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos da pessoa com transtorno mental e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, afirma em seu Art. 1º que os direitos e a proteção à pessoa com transtorno mental serão assegurados “sem qualquer forma de discriminação quanto a raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra” (BRASIL, 2001, p.1).

Os direitos da pessoa com transtorno mental, de que trata esta lei, apontam em seu inciso II do parágrafo único do Art. 2º um tratamento humanizado e com respeito as potencialidades desse indivíduo, “no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade” (BRASIL, 2001, p.1). Mas é preciso ir além das contribuições no âmbito jurídico e ver até que ponto ocorre a implementação e operacionalização desse processo no contexto da saúde mental, que convoca outras políticas sociais, com suas experiências e saberes, para atuar em rede e intersetorialmente. Nesse sentido, com este trabalho de pesquisa busca-se analisar até que ponto as iniciativas públicas estão dedicadas à causa da cidadania da pessoa com transtorno mental no intuito de romper com a invisibilidade histórica de sua inscrição como cidadãos de direitos.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que obtém informações descritivas por meio do contato direto e interativo com o objeto de estudo. Trata-se das dimensões qualitativas da realidade que não podem ser quantificadas, pois “se apli-

ca ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os seres humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam” (MINAYO, 1996 *apud* ROSA, 2013, p. 73).

Com esse tipo de pesquisa pretendeu-se entender os fenômenos e a realidade segundo os participantes da situação estudada, e assim consignar os objetivos da pesquisa, voltados para analisar as ações, de abrangência municipal, direcionadas para a inserção da pessoa com transtorno mental pela via do trabalho. Para isso adotou-se o método da hermenêutica-dialética. Segundo Minayo (1992) aponta que o método hermenêutico-dialético é o “mais capaz de dar conta de uma interpretação aproximada da realidade. Ela coloca a fala em seu contexto para entendê-la a partir do seu interior e no campo da especificidade histórica e totalizante em que é produzida”. (1992, p. 231).

A pesquisa foi de natureza exploratória, que segundo Gil (2002), é aquela que busca familiaridade com um tema pouco explorado. Para reconstituir as ações (programas, serviços, projetos e benefícios) teresinense na perspectiva da inserção da pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho, foi preciso compor a pesquisa de mecanismos como: levantamentos bibliográficos, documental, de material empírico. Foram realizadas também entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado.

Foi realizada uma análise da produção bibliográfica para ter conhecimento sobre o que foi produzido sobre a inserção da pessoa com transtorno mental pela via do trabalho. Foram analisados ainda os documentos emanados de

órgãos públicos e instituições privadas, tais como: relatórios de trabalho e de pesquisa, projetos de intervenção, relatórios de empresas, tabelas estatísticas etc, assim como, leis e normativas que regem as instituições analisadas dentro dessa política social de inserção da pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho, com foco no município de Teresina.

A principal técnica adotada no decorrer da pesquisa foi a entrevista. Foram realizadas entrevistas do tipo semiestruturada ou entrevista qualitativa como instrumento de construção de informações. Segundo Gaskell (2002) a entrevista semiestruturada ou entrevista qualitativa é uma metodologia bastante empregada para construção de informações, “é essencialmente uma técnica, ou método, para estabelecer ou descobrir que existem perspectivas ou pontos de vistas sobre os fatos, além daqueles da pessoa que inicia a entrevista” (FARR 1982 *apud* GASKELL 2002, p. 65).

Desse modo, um roteiro foi organizado para mediar o diálogo com os entrevistados, com questões abertas, que dispararam o diálogo e possibilitaram aos sujeitos em questão introduzirem outras questões e ângulos de análise, portanto, permitindo a participação dos atores sociais. Há momentos na entrevista semiestruturada que as perguntas são anteriormente determinadas, mas as respostas podem ser livres e o pesquisador pode acrescentar questões não previstas, dependendo da necessidade e das respostas dos entrevistados.

Com a realização das entrevistas semiestruturadas foi possível entender a relação entre os colaboradores na geração de informações (os gestores das políticas sociais voltados para a inserção da pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho e ações de geração de emprego

e renda e outros atores importantes desse contexto, como representantes da ÂNCORA, usuários da saúde mental e representantes do poder legislativo, no contexto teresinense) e a situação analisada.

Constituíram critérios de inserção dos participantes na pesquisa: 1) aceitar participar da pesquisa, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; 2) estar vinculado à gestão de política social que trata da inserção da pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho ou em ações de geração de emprego e renda; 3) ser ator social ou participante de ações ou movimentos que lutam ou lutaram para a garantia de tal direito.

Nesse sentido, os participantes selecionados para a geração de informações fazem parte da amostragem do tipo não probabilística. Segundo Costa (2011) é aquele tipo de amostragem que a seleção dos elementos da população para compor a amostra depende ao menos, em parte, do julgamento do pesquisador. Foi utilizada a amostragem do tipo intencional, em que “o pesquisador usa seu julgamento para selecionar membros da população que possam fornecer informações relevantes” (2011, p. 44). Com essa análise foi possível reconstituir as ações (programas, serviços, projetos e benefícios) teresinenses na perspectiva da inserção da pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho e em ações de emprego e renda.

Com base nos critérios acima, foram entrevistados: 8 gestores e representantes das seguintes instituições que são destinadas a capacitar e qualificar profissionalmente os municípios de Teresina, com vistas a inseri-los no mercado de trabalho, favorecendo a inserção social e consequentemente a geração de emprego e renda ou fomentadores dessas ações

no município: ÂNCORA (Associação sem fins lucrativos de usuários, familiares, profissionais e interessados em saúde mental), Ministério do Trabalho, FWF (Fundação Wall Ferraz), ASA (Ação Social Arquidiocesana de Teresina), SEID (Secretaria Estadual para Inclusão da Pessoa com Deficiência), SENAC (Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial), SEMEST (Secretaria Municipal de Economia Solidária) e SINE (Sistema Nacional de Emprego). Também foi entrevistado 1 (um) usuário da saúde mental, representante da ÂNCORA e do CAPS (Centro de Atenção Psicossocial).

Em relação ao perfil dos participantes da pesquisa a maioria dos entrevistados foi do sexo feminino (mas foram entrevistados 3 (três) profissionais do sexo masculino), com a faixa etária de 33 a 68 anos, a grande maioria com ensino superior completo, formados em cursos como Administração, Serviço Social, Terapia Ocupacional, Pedagogia, Psicologia e Direito. Esses profissionais ocupam cargos nas políticas de inserção no mercado de trabalho como superintendentes, coordenadores e secretários, a maioria com mais de 4 (quatro) anos de experiência na área (quatro profissionais possuem mais de 10 anos de experiência na área).

Em relação às informações construídas, elas foram submetidas a análises e interpretações, ou seja, o material da pesquisa foi transformado em informações, pois segundo Costa (2011), as informações não possuem significado próprio e por isso precisam ser contextualizados. Os resultados da entrevista e análise documental foram analisados pelo método da análise de conteúdo. Segundo Franco (2008) “o ponto de partida da Análise de Conteúdo é a mensagem, seja ela verbal (oral ou escrita), gestual, silenciosa, figurativa, documental ou diretamente provocada. Necessariamente,

ela expressa um significado e um sentido” (2008, p. 19). Essa mensagem foi o ponto de partida, passos ou processos para a identificação do conteúdo.

O material empírico foi submetido a análise de conteúdo, iniciando-se com uma leitura flutuante, e posterior categorização, que redundou em 4 eixos: 1) repercussões da política de saúde mental na inserção da pessoa com transtorno mental em ações de geração de emprego e renda em Teresina: 1.1 Atores e políticas que fomentam a inserção da pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho; 2) Mapeamento das ações de inserção da pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho em Teresina; 3) Movimentos sociais e o tema da inserção no mercado de trabalho da pessoa com transtorno mental; 4) Avanços e barreiras para inserção da pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho.

Foi realizado ainda a participação no III Atelier ALASS UFPI: saúde mental, questão social e os desafios da inserção no mundo do trabalho: formação e trabalho profissional, que aconteceu nos dias 02 e 03 de outubro de 2017, no Auditório do Centro de Tecnologia na Universidade Federal do Piauí, Campus Ministro Petrônio Portela, organizado pelo Departamento de Serviço Social da Universidade Federal do Piauí, Teresina, Brasil e Associação Latina de Análise de Sistemas de Saúde, Barcelona, Espanha. Outro evento importante que foi realizado e teve a participação da pesquisadora foi o I Seminário inclusivo de saúde mental do Piauí que ocorreu em Teresina no dia 9 de outubro de 2017, no auditório da FACIME, com sessão solene em alusão ao dia Mundial da Saúde Mental na Assembleia Legislativa.

Os eventos citados apareceram neste estudo como

analisadores na questão da inserção da pessoa com transtorno mental pela via do trabalho. Considera-se eventos como esses importantes e marcadores no contexto da política de saúde mental do Estado do Piauí e busca-se analisar algumas ações e propostas desenvolvidas durante esses eventos, em relação ao contexto abordado na pesquisa.

Alguns aspectos facilitaram o desenvolvimento da pesquisa como a disponibilidade dos gestores e representantes, mas outros aspectos criaram barreiras que limitaram o êxito da pesquisa, tais como, dificuldades de agenda dos participantes, exíguo tempo para o trabalho de campo e para a categorização e análise do material empírico.

As dimensões éticas da pesquisa se orientaram pela Resolução nº 510/2016, que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvem a utilização de dados diretamente obtidos com participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos. O protocolo da pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí - UFPI, através da Plataforma Brasil, em situação de aprovado, recebendo o CAEE nº. 72325417.6.0000.5214.

Os resultados desse trabalho de pesquisa foram expostos e sistematizados em 4 (quatro) capítulos. O primeiro capítulo trata sobre os aspectos legais e históricos da inserção da pessoa com transtorno mental pela via do trabalho, desenvolvendo uma reflexão sobre a categoria trabalho e sua contradição na organização da sociedade capitalista, com isso é possível refletir sobre os reflexos dessas relações sobre a vida dos usuários de saúde mental.

No segundo capítulo processou-se análise da trajetória da pessoa com transtorno mental desde a hospitalização da loucura nos manicômios à Reforma Psiquiátrica. Com isso, busca-se entender de que maneira a segregação do “louco” em manicômios deteriorou a identidade da pessoa com transtorno mental de tal maneira que, no Brasil, a exclusão foi legitimada por diversos mecanismos, inclusive com ações, que reforçavam situações de preconceitos, estigmas sobre a pessoa com transtorno mental, homogeneizando um segmento plural e trazendo danos à seus direitos civis e sociais, ocasionando com isto um retrocesso para a compreensão das potencialidades desse segmento.

O terceiro capítulo traz as repercussões das ações de fomento em saúde mental para inserir a pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho, principalmente no âmbito do Estado do Piauí, e os avanços e desafios da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS a partir dos delineamentos propostos com a Lei da Reforma Psiquiátrica para a reabilitação psicossocial dos usuários de saúde mental pela via do trabalho.

O quarto capítulo é destinado a desenvolver análises sobre os resultados encontrados na pesquisa de campo, a partir do mapeamento das ações de inserção da pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho no contexto teresinense. Busca-se entender nesse capítulo qual tem sido essas ações municipais desenvolvidas a partir de órgãos como: ÂNCORA (Associação sem fins lucrativos de usuários, familiares e interessados em saúde mental), Ministério do Trabalho, FWF (Fundação Wall Ferraz), ASA (Ação Social Arquidiocesana de Teresina), SEID (Secretaria Estadual para Inclusão da Pessoa com Deficiência, SENAC (O

Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial), SEMEST (Secretaria Municipal de Economia Solidária), SINE (Sistema Nacional de Emprego) e CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) e quais têm sido os avanços e desafios para a concretização dessas ações do ponto de vista da realidade analisada pelos gestores e representantes das instituições supracitadas, que são destinadas a capacitar e qualificar profissionalmente os munícipes de Teresina, com vistas a inseri-los no mercado de trabalho, favorecendo a inserção social e a conseqüentemente a geração de emprego e renda ou fomentadores dessas ações no município.

Com essa pesquisa espera-se contribuir para os processos analíticos das ações de inserção, no que diz respeito à pessoa com transtorno mental, colocando como ponto importante a questão do trabalho e da geração de emprego e renda e seu papel na criação de outras possibilidades de vida e fortalecimento da cidadania desse segmento. Busca-se ampliar as discussões sobre a inserção dos usuários de saúde mental pela via do trabalho e em outros dispositivos criados para fomentar processos de geração de emprego e renda, por meio de políticas públicas e mecanismos formais que fortaleçam essa luta, no plano local.

CAPÍTULO I

O trabalho e a pessoa com transtorno mental: aspectos históricos e legais da inserção da pessoa com transtorno mental no trabalho

DE ACORDO COM o estudo de Rodrigues e Pinho (2012) o primeiro ato histórico da humanidade é o trabalho, tendo adquirido centralidade na sua forma de organização social e de seus metabolismos. Constitui-se como criador de valores de uso, ou seja, o trabalho é uma “mediação necessária entre o homem e a natureza, independentemente das formas de organização social e econômica, pois, através dele, saciamos as necessidades mais básicas da vida humana: beber, criar, comer e vestir” (2012, p. 196). O trabalho se estabelece não somente como fenômeno de reprodução e instinto biológico, mas também como atividade criadora em que o homem se realiza enquanto ser social.

Para Gomes (2014) é indispensável abordar a perspectiva de trabalho marxiana quando a categoria teórica fundamental para a análise do objeto é o trabalho como condição da vida humana, pois “a originalidade da abordagem marxiana do trabalho deve-se, especialmente, ao fato de Marx ter colocado o trabalho em primeiro plano para apreender a realidade e as relações humanas” (2014, p. 50), pois afirma ser

Marx que posiciona o trabalho como mediação entre homem e natureza e condição eterna da humanidade.

Como criador de valores de uso, como trabalho útil, é o trabalho, por isso, uma condição de existência do homem, independente de todas as formas de sociedade, eterna necessidade natural de mediação do metabolismo entre homem e natureza e, portanto, da vida humana (MARX, 1988, p. 50).

Para Marx (1988) o trabalho é considerado como uma condição fundamental para que o homem seja um ser livre e realizado no atendimento as suas necessidades humanas, mais especificamente, as necessidades diretamente ligadas à sua sobrevivência. Porém, com o avanço da sociedade capitalista, esse estudioso verifica que o trabalho assume características bem distintas da anterior, pois são os homens os responsáveis por produzirem os bens materiais, mas isso não faz com que eles se realizem como seres humanos, pois é por essa via, inclusive, que os homens não apenas transformam a natureza, mas a si mesmos. Nesse sentido, pelo trabalho é possível atender necessidades físicas, biológicas, de sobrevivência, contudo, não é qualquer trabalho que permite a realização humana. Na sociedade capitalista, o que preponderou foi o trabalho alienado e alienante, realizado no geral, como forma de assegurar a sobrevivência física, mas, o que é da natureza criadora do trabalho também ser fonte de realização humana.

Gomes (2017) aponta que o trabalho para Marx aparece dentro de uma lógica de contradição entre positividade e negatividade. Para essa autora, essa contradição não significa uma crítica ao trabalho assalariado, mas ao contrário, trata-se de uma crítica à sociedade capitalista que reduz os

sujeitos a meros trabalhadores, abrindo mão de seus potenciais enquanto seres humanos genéricos. Note-se que “as relações sociais são fortemente marcadas e determinadas pelo movimento de ‘trocas’, e fundamentalmente, pelo valor” (2017, p. 227-228), o que significa que fora desses contextos esses sujeitos não possuem reconhecimento social e não conseguem manter sua sobrevivência, pois as experiências laborativas aparecem como aquilo que “aproximam os sujeitos dentro de uma ótica de pertencimento tanto de utilidade como de (relativa) liberdade e autonomia” (2017, p. 228).

Como é possível apreender, o trabalho na contemporaneidade é organizado através do modo de produção capitalista, que se fundamenta através da capacidade de produzir mercadorias. Nesse sentido, como observa Rodrigues e Pinho (2012), “no capitalismo, assim, só é trabalho produtivo aquele que emprega força de trabalho, que diretamente produz mais valia, valorizando e agregando valor ao processo de produção e reprodução do capital” (2012, p. 197), ou seja, é uma sociedade que toma a forma de mercado e só há valor naquilo que é vendável ou adquirível dentro desse contexto que, inclusive, associou a identidade do ser humano à sua condição de trabalhador, à sociedade salarial, um ser intermediado pelo universo da mercadoria.

Essa atual forma de organização social acaba por gerar um importante dilema quanto a inserção da pessoa com transtorno mental pela via do trabalho, sobretudo formal, assalariado. A partir dessa configuração societária, a partir da Idade Moderna, que instala a ordem burguesa ao poder político e econômico, o ser humano é metamorfoseado em trabalhador assalariado, é que as identidades do “louco” e da própria loucura são associadas à periculosidade e à incapa-

cidade. Periculosidade que o impede do convívio social no meio urbano, na cidade, por representar a desordem, diante de uma nova ordem que se impõe pelo trabalho assalariado. É incapaz, por que não consegue responder ao que estabelece o contrato social, e fica pressuposto que não conseguiria ainda acompanhar o ritmo imposto pelo mundo industrial. Nesse contexto, o enclausuramento em manicômios será o destino para esse segmento. Em nome do tratamento psiquiátrico, pois a loucura é apropriada e metamorfoseada em doença/transtorno mental e o louco é excluído socialmente dessa ordem, pelo silenciamento e mortificação das subjetividades (AMARANTE, 1995). Para Rodrigues e Pinho (2012), essas diferentes experiências vividas por esses sujeitos entram em choque com as imposições sociais, pois “a diferença só é aceita em lugares ‘próprios’ rodeado de especialistas, prontos para oferecer diagnósticos, e assim controlar e adaptar esses indivíduos às formas de vida cotidiana aceita socialmente” (2012, p. 198)

Sobre o não-lugar vivido por esses indivíduos no trabalho, Rodrigues e Pinho (2012) afirma que “o mundo do trabalho sob o sociometabolismo do capital está no vértice contraditório aos transbordamentos vividos na loucura” (2012, p. 198), ou seja, com a forma em que o trabalho se organiza na sociedade capitalista e suas exigências sociais acabam por produzir, crescentemente, desigualdades sociais e manter, cada vez mais excluídos os perfis de trabalhadores não aceitos no mercado de trabalho.

Cabe ressaltar que o trabalho na sociedade capitalista assume centralidade e é fortemente marcado como atividade fundante do ser social. Nos estudos de Gomes (2017) ela afirma que esse processo histórico resulta na “transforma-

ção do trabalho de expiação à virtude – necessidade posta para a consolidação do capitalismo – contribui para forjar, no polo oposto ao imaginário social de valorização do trabalho, a identificação daqueles sem ocupação com a figura do vagabundo”. (2017, p. 202), ou seja, há no imaginário social que aquele que não se insere no trabalho é classificado como vagabundo e um inútil que não se enquadra na lógica societal do capital.

Gomes (2017) afirma que “o seu agente como ser virtuoso e desejável, coloca-se a necessidade de se instaurar, no polo oposto, lugares sociais para aqueles que, por razões distintas, não se enquadravam na lógica societal do capital” (2017, p. 202). Essa importância de experiências laborativas perpassa a vida de todas as pessoas que vivem nessa sociedade capitalista e almejam o trabalho como fonte de sobrevivência e pertencimento social, e isso não é diferente e se torna ainda mais forte e significativo na vida das pessoas com algum tipo de limitação, seja ela física, mental ou intelectual. Para Santos *et al* (2012), sobre a profissionalização da pessoa com deficiência, “o trabalho é fundamental para garantir a cidadania e o sentimento de pertencimento de qualquer pessoa” (2012, p. 9).

Com os novos ritmos de trabalho e consolidação da sociedade capitalista posto pela reestruturação produtiva¹, que requer um novo perfil de trabalhador, com maior es-

1 Reestruturação produtiva - também chamada de capitalismo flexível é um processo que se iniciou na segunda metade do século XX e que correspondeu ao processo de flexibilização do trabalho na cadeia produtiva. Assim, onde antes predominava o modo de produção caracterizado pelo trabalho repetitivo executado pelo trabalhador e o processo de produção em massa de mercadorias, agora se pratica a flexibilidade do trabalho, em que o mesmo empregado executa variadas funções no ambiente da empresa.

colarização e que atue com o intelecto, há um reforço na marca de inutilidade àqueles que não se enquadram nos padrões do sistema social. Sabe-se que o manicômio e a hospitalização do “louco” em hospitais psiquiátricos especializados acabou por operar a interdição social da loucura. Nesse sentido, Gomes (2017) afirma que, apesar dos efeitos deletérios: constrangimentos dos próprios desejos e necessidades; alienação do trabalho, do processo de trabalho e do resultado do trabalho; subsunção à mercadoria, entre outros efeitos provocados pela forma social que o trabalho assume no sistema capitalista e, em função da associação cultural e simbólica vigente no senso comum entre trabalho e normalidade, “a inserção da pessoa com transtorno mental no trabalho figura no imaginário como atividade produtiva ideal, com capacidade de forjar pertencimento e reconhecimento social” (2017, p. 201).

Santos *et al* (2012) aponta que, além de promover satisfação e realização pessoal, o trabalho favorece a participação social dos seres humanos, atendimento das necessidades básicas e uma visão de si como agente de transformação social, o que permite meios para inserção. Nesse sentido nota-se a importância do trabalho para além da sua dimensão estritamente econômica, como concordam Castel (1998) e Antunes (2005), pois sua relevância reverbera no universo psicológico, simbólico e cultural dos sujeitos. O trabalho para a pessoa com deficiência e para aqueles que possuem algum tipo de limitação, segundo Santos *et al* (2012), produz um sentimento de ser eficaz pelo trabalho e de ser participativo. Contribui para a construção da identidade social e de reconhecimento de sua capacidade, pois a pessoa com deficiência se sente parte da sociedade como um sujeito produtivo.

Utiliza-se nesse estudo o termo deficiência² no âmbito geral, para tratar sobre as conquistas legais no âmbito da análise da inserção da pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho, pois Segundo Sasaki (2002), no Brasil, a partir de 2008, a pessoa com “deficiência psicossocial (ou seqüela de um transtorno mental)” faz parte do segmento das pessoas com deficiência e podem beneficiar-se das medidas asseguradas e protegidas na Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (decreto 6.949/2009), que em diversos dispositivos preocupou-se em proteger os quadros de impedimentos de natureza mental, ou seja, aqueles relativos à saúde mental.

Para Sasaki (2002) a “deficiência psicossocial” não se confunde com a deficiência intelectual. Pessoas com “deficiência psicossocial” são indivíduos que tenham adquirido uma seqüela em razão de algum transtorno ou sofrimento mental. Isso significa que nem todo transtorno mental pode gerar um impedimento capaz de caracterizar uma deficiência, mas quando o transtorno mental provoca impedimentos, em longo prazo, o quadro psicossocial caracteriza-se uma deficiência, a exemplo de sofrimentos graves e persistentes, que geram impedimentos e desvantagens sociais e que abalam a saúde mental, tais como a esquizofrenia.

O Congresso Nacional brasileiro aprovou o texto da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e de seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova Iorque, em 30 de março de 2007, por meio do Decreto Legislativo nº 186, de 9 de julho de 2008. Desde então, a existência da

2 É importante ressaltar que o termo deficiência gera tensionamentos entre as pessoas com transtorno mental, pois apenas recentemente houve esse reconhecimento a partir dessa condição.

deficiência psicossocial passa a ser reconhecida ao lado das categorias tradicionalmente conhecidas de deficiência: física, visual, auditiva, intelectual e múltipla. Como afirma Sassaki (2002):

Cabe agora aos governos nas três esferas do Poder e à sociedade civil organizada a incumbência de adequar a atual legislação às determinações da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Cabe especificamente aos profissionais de todas as áreas a responsabilidade de adotar os novos conceitos de deficiência e aplicá-los nas suas práticas a fim de contribuir para o resgate de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais das pessoas com deficiência psicossocial (SASSAKI, 2002, p. 3).

De acordo com o documento da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, vale ressaltar a importância da Convenção da Organização das Nações Unidas - ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência que foi incorporada à legislação brasileira em 2008. O Brasil decidiu, soberanamente, após uma atuação de liderança em seu processo de elaboração, ratificá-la com equivalência de emenda constitucional, nos termos previstos no Artigo 5º, § 3º da Constituição brasileira, e, quando o fez, reconheceu como um instrumento que gera maior respeito aos Direitos Humanos.

Em seus estudos sobre a era dos direitos, Bobbio (2004) afirma que “uma discussão sobre direitos humanos deve hoje levar em conta, para não se tornar acadêmica, todas as dificuldades procedentes e substantivas” (2004, p.

45). Para esse autor, a efetivação de uma maior proteção dos direitos do ser humano está ligada ao desenvolvimento global da civilização humana. Segundo Bobbio (2004), é crescente a importância atribuída ao problema do reconhecimento dos direitos do ser humano, inclusive nos debates internacionais. Não é um debate novo e teve seu início, pelo menos, desde o início da era moderna.

Sobre trabalho e emprego, a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, no seu Artigo 27, afirma que Estados Partes “com reconhecem o direito das pessoas com deficiência ao trabalho, em igualdade de oportunidades as demais pessoas” (BRASIL, 2011, p. 53-55). No documento supracitado, compreende o direito à oportunidade de se manter com um trabalho de sua livre escolha ou aceitação no mercado laboral, em ambiente de trabalho protegido e que seja aberto, inclusivo e acessível às pessoas com deficiência. O documento, prevê ainda que os Estados Partes assegurarão que as pessoas com deficiência não sejam mantidas em escravidão ou servidão, em igualdade de condições com as demais pessoas, contra o trabalho forçado ou compulsório.

Nesse sentido, para Sasaki (2002) a inserção do tema “deficiência psicossocial” representa uma histórica vitória da luta de pessoas com deficiência psicossocial, familiares, amigos, usuários e trabalhadores da saúde mental, provedores de serviços de reabilitação física ou profissional, pesquisadores, ativistas do movimento de vida independente e demais pessoas em várias partes do mundo, pois para esse estudioso, “pela primeira vez na história dos direitos humanos, pessoas do campo da saúde mental e pessoas do campo das deficiências trabalharam em torno do mesmo objetivo” (2002, p.5).

Segundo análise do estudo de Santos *et al* (2012) sobre os aspectos históricos da inserção da pessoa com deficiência no mercado de trabalho, aponta que teve uma significativa evolução nesse sentido, mas muito minimamente comparado com o que a legislação recomenda. Para a autora, deve-se romper com práticas assistencialistas e conscientizar gestores e implementadores de ações de inserção no mundo do trabalho, inseridas nesse processo, das potencialidades das pessoas com deficiência, pois a inserção da pessoa com deficiência deve ser vista como fator que agrega valor nas relações, “ocorrendo de modo a possibilitar algo mais do que o simples ingresso de caráter paternalista e/ou assistencialista, dando ênfase no real valor e capacidade que a pessoa com deficiência possui” (2012, p.21).

Sader (2004) analisa que parte significativa das pessoas na sociedade capitalista sequer possui uma relação formal de trabalho, com seus direitos correspondentes, o que gera como consequência que esses indivíduos não são considerados cidadãos e não existem para o Estado. Tal fato historicamente se evidenciou no Brasil, cuja cidadania esteve associada ao trabalho, tendo por marco, em 1930 a cidadania regulada ou ocupacional, voltada aos trabalhadores urbanos, inseridos formalmente no mercado de trabalho, nos setores econômicos mais dinâmicos.

Para Sader (2004), só será possível uma sociedade justa quando for garantido o direito ao trabalho, mas não uma sociedade e uma relação de trabalho baseados no lucro e no mercado, mas “ela pode se estruturar em torno da esfera pública, dos direitos universais garantidos para todos. Essa é a luta essencial para que o Brasil deixe de ser uma democracia política assentada sobre uma ditadura so-

cial” (2004, p.9), ou seja, o autor aponta a importância do setor público como espaço democrático de direitos, principalmente o direito na inserção ao trabalho àqueles que não possuem lugares sociais e não se enquadram na lógica da sociedade capitalista.

Nesse sentido, busca-se um novo cuidado às pessoas com transtorno mental a partir das políticas sociais e públicas de saúde mental, álcool e outras drogas, de forma que ocorra ampliação de sua contratualidade social com sua inserção na família e na sociedade em geral, investindo-se na promoção da autonomia possível, construção da cidadania e convivência social, inclusive com ações de inserção pela via do trabalho. Segundo Rosa (2008) é importante salientar que o processo e os princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira, alçada à política de saúde mental desde a década de 1990, consignou vários avanços para a pessoa com transtorno mental, dentre eles o direito à cidade pelo asseguramento do cuidado em liberdade e pela atenção integral, que convoca as outras políticas sociais para fazer face às várias vulnerabilidades e necessidades sociais associadas à existência do transtorno mental.

Considerando o processo de Reforma Psiquiátrica em curso nos países centrados nas propostas de desinstitucionalização e cidadania, como ocorreu na Itália e no Brasil - entre os anos de 1970 e 1980, no contexto de redemocratização do cenário sociopolítico brasileiro, sendo profundamente influenciada pela Reforma Psiquiátrica italiana - , Gomes (2017) afirma que “algumas dessas experiências passam a reivindicar a extensão dos direitos civis e sociais para aqueles que viviam institucionalizados nos manicômios, questionando a possibilidade de inserção dessas pes-

soas no trabalho” (2017, p. 203).

Com mais de 20 anos em implementação, várias avaliações da política de saúde mental sinalizam para ganhos reais, mas há limites, sobretudo no que diz respeito à ambulatório dos equipamentos de saúde mental, ainda centrados em consultas médicas e distribuição de medicamentos psicotrópicos e investimentos limitados em políticas sólidas na perspectiva de geração de emprego e renda, ou inserção no mundo do trabalho. Para Cayres (2012) “entre os grandes desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira, está a inserção das pessoas com transtorno mental na vida pública e coletiva, de forma que suas singularidades possam se expressar” (2012, p. 185). A mesma autora afirma que essa dificuldade tem relação com o modelo de produção capitalista que exclui do mundo do trabalho as pessoas consideradas inaptas e/ou improdutivas, junto ao mercado.

Outro desafio, em que a principal referência está consignada no texto “Saúde mental e economia solidária: inserção social pelo trabalho” do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas do Ministério da Saúde, datado de 2005, destaca que existem tensionamentos entre as pessoas com transtorno mental e segmentos dos grupos historicamente reconhecidos politicamente como deficientes, haja vista o segundo grupo não admitir que o primeiro grupo participe das cotas destinadas aos tradicionalmente considerados deficientes (BRASSIL, 2005). Ou seja, há lutas internas a favor e contra a ampliação das cotas, com o propósito de extensão do conceito deficiente para abarcar a pessoa com transtorno mental. Destaca-se, mais uma vez, que o próprio conceito “deficiente” também é fator de tensionamentos por algumas pessoas com transtorno mental, que se recusam ao

mesmo, por estar associado a incapacidade. Nesse sentido, vale lembrar que esse segmento também incorpora os valores da sociedade de seu entorno, o que em parte justifica tal reação, que precisa de um trabalho político para desconstruir imaginários sociais.

A Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtorno mental e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, conseguiu em pouco mais de uma década alterar nas políticas públicas o paradigma de cuidado dos usuários com transtorno mental, fechando muitas estruturas manicomiais. Apesar dos avanços e do grande crescimento da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, são muitos ainda os desafios a serem superados na relação Reforma Psiquiátrica e trabalho, situação agravada pelo fato de que a partir de 2014 houve desinvestimento na RAPS, e tendência de reforço ao modelo manicomial. Acerca do eixo trabalho, Rodrigues e Pinho (2012) afirmam que “é o único que ainda não conta com nenhuma iniciativa consistente e permanente de política pública, apesar de existirem projetos e oficinas de trabalho na maioria dos CAPS e Centros de Convivência em todo o país” (2012, p. 200).

Nesses termos, há unicamente uma iniciativa do Ministério da Saúde, através da portaria nº 132, de 26 de janeiro de 2012 -, que incentiva financeiramente o desenvolvimento do componente Reabilitação Psicossocial na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS). Rodrigues e Pinho (2012) afirmam que atualmente essa portaria não possui recursos direcionados aos projetos de trabalho para a pessoa com transtorno mental, pois “a verba vai para as prefeituras, e, às vezes, por dificuldades burocrá-

ticas ou divergências em sua aplicação, não chega de acordo com o plano apresentado ou chega depois de muito tempo” (2012, p. 201). Destaca-se que a verba da saúde mental não é “carimbada”, ou seja, apesar de vir do Ministério da Saúde para determinado fim, a mesma pode ser redirecionada no plano municipal, o que tem vulnerabilizado as ações voltadas para a inserção da pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho.

No artigo intitulado “Os desafios e os limites da inserção da pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho: uma proposta de estudo”, datado de 2009, dos autores Rosa e Carvalho (2009), ao analisar a realidade piauiense, com base na Lei nº 9.867/1999, sinalizam para a inexistência de cooperativas, incubadoras sociais. Apresentam as experiências pontuais de projetos de geração de emprego e renda, como o Projeto Helicônia e outras ações vinculadas ao CAPS II Leste e à ÂNCORA, mas, que não se configuram como parte das políticas sociais. Alguns CAPS têm desenvolvido ações pontuais de geração de emprego e renda, vinculadas a produção de bijuterias, pet look, mas não se vislumbra um programa público ou ações contínuas nesse sentido, para além das iniciativas de alguns profissionais isoladamente (ROSA; CARVALHO, 2009). Sabe-se que a Secretaria Estadual da Assistência Social - SASC oferece, no Estado do Piauí, bolsas trabalho aos usuários de álcool e outras drogas, ou seja, para um segmento específico da saúde mental. Nesse sentido, ações pontuais e descontínuas, não configuram políticas sólidas e cidadãs, podem oferecer a “ilusão de atendimento” (SPOSATI, 1985). Ademais, tais bolsas tendem a beneficiar a rede filantrópica, e não a rede pública, haja vista o apoio político que as Comunidades Terapêuticas tem recebido no plano local.

A análise de uma política social pressupõe um exame do quadro institucional, dos traços constitutivos da política analisada, a fim de decompor o todo em suas partes componentes; observar, examinar e criticar minuciosamente, e segundo Boschetti (2009) “é fundamental reconhecer que as políticas sociais têm um papel imprescindível na consolidação do Estado democrático de direito [...] devem ser entendidas e avaliadas como um conjunto de programas, projetos e ações que devem universalizar direitos” (2009, p. 3).

Por análise de política social, Arretche (2009) entende como o “exame da engenharia institucional e dos traços constitutivos dos programas” (2009, p.30). Isso envolve o modo como a política social é formulada e implementada, ou seja, a reconstrução das características da política, seja com a análise das formas de relação entre setor público e privado, as formas de financiamento ou ainda com a análise das modalidades de prestação de serviço. Segundo essa autora, a análise de política social torna a política um “todo coerente compreensível”, pois pressupõe o entendimento do caráter errático da ação pública.

Sobre o objeto da análise de uma política social, Serafim e Dias (2012) apreciam que esse processo requer a compreensão dos problemas e da agenda, como se formulam as políticas, como se tomam as decisões e como se avaliam e implementam as políticas públicas, ou seja, é um procedimento avaliativo que “abarca o emprego de técnicas de análise, pesquisa e proposições na definição de problemas, na tomada de decisões na implementação e na avaliação” (2012, p. 127).

É importante ressaltar que, no âmbito da política de saúde mental, a agenda sobre a inserção no trabalho da pes-

soa com transtorno mental começa a ganhar espaço a partir da conjuntura do pós-Segunda Guerra Mundial, especificamente com a experiência da Reforma Psiquiátrica italiana, da qual o Brasil se inspirou. Antes desse período, as pessoas com transtorno mental eram isoladas, e o tratamento consistia em aplicação do regime de disciplina rigoroso das instituições psiquiátricas. Gomes (2017) lembra que a utilização do trabalho (obrigatório, por vezes) era “concebida como um elemento terapêutico fundamental na organização da consciência, na instituição da disciplina e na posterior adaptação do sujeito à realidade” (2017, p. 203).

Ao longo da história da psiquiatria o trabalho sempre foi utilizado como forma de intervenção. Com a introdução do tratamento moral por Philippe Pinel (1745-1826), no final do século XVIII, na França, uma nova tradição foi forjada e o manicômio foi reconhecido a partir paradigma do tratamento moral, que tinha início com a prática do isolamento, seguida da aplicação do regime de disciplina rigoroso da organização do cotidiano da instituição, baseada no *panopticon*, em que nada escapava da vigilância e do controle. Nesse sentido, Cayres (2012) observa que “não somente a instituição manicomial foi reconhecida como meio terapêutico, como também passou a atribuir ao trabalho um caráter terapêutico” (2012, p. 183).

É possível observar então que o trabalho nessas instituições asilares tinha um objetivo terapêutico no tratamento moral das pessoas com transtorno mental o que possibilitou um determinado tipo de vivência a esses sujeitos. Constituiu-se, conforme Gomes (2017), em experiências significativas a retirada desses indivíduos do convívio social, “presa a normas e rigores institucionais (que não deixam de refletir

as normas sociais), pode fazer aumentar um desejo significativo de se inserir em algo do qual ele se considera ‘excluído’, como, por exemplo, o acesso ao trabalho formal e com direitos” (2017, p. 213-214).

Para Cayres (2012) o objetivo terapêutico do trabalho no tratamento moral era corrigir as atitudes não aceitas dentro dos padrões de normalidade, “acabar com o ócio desorganizador, limitar a liberdade e manter a ordem, ou seja, para punir, controlar, premiar quem seguia as regras institucionais e reduzir os gastos” (2012, p. 183), fundamentado no conceito de laborterapia. “A laborterapia na prática se resumia a realização de tarefas cotidianas de manutenção da estrutura física da instituição, como lavar, passar, cozinhar, etc.” (2012, p.183). Nesse sentido, as pessoas que desviavam da racionalidade exigida deveriam ser conduzidas ao normal a partir de ações ditas apenas terapêuticas, mas que, na verdade, eram maneiras de conservar a organização social e institucional, ao mesmo tempo que punia e segregava aqueles que necessitavam de controle e disciplina na sua desrazão.

Como foi possível apreender, na forma em que a sociedade capitalista se organiza existe um lugar para a pessoa com transtorno mental e esse lugar é forjado no manicômio. No livro *Holocausto Brasileiro*, cuja autora é a premiada jornalista brasileira Daniela Arbex (2013), é possível conhecer a realidade do maior manicômio do Brasil, em Barbacena, na serra da Mantiqueira em Minas Gerais. A autora torna pública uma importante discussão, cujos desdobramentos explicam não somente o modo de agir e pensar de uma época e uma dada cidade, mas principalmente evidenciam toda uma engrenagem social no tratamento da loucura, mostrando o retrocesso e a crueldade da qual mais

de 60.000 (sessenta mil) internados de uma instituição psiquiátrica, chamada Hospital Colônia, foram vítimas no século XX, entre 1903 e 1980.

Trens com vagões lotados (chamados de “trens de doído”), semelhantes aos dos campos de concentração alemão, despejavam diariamente os “dejetos humanos” para “tratamento” no hospital. “Diagnósticos” para internação eram feitos sem critérios médicos – pacientes com tristeza como sintoma, por exemplo, foram encontrados nos registros. É importante salientar que como afirma Arbex (2013), o público era variado, a única coisa em comum era o fato de ser marginalizado pela sociedade: “homossexuais, militantes políticos, mães solteiras, alcoolistas, mendigos, negros, pobres, pessoas sem documentos e todos os tipos de indesejados” (2013, p.26).

Eram tantas as atrocidades cometidas com as pessoas com transtorno mental que em 1979 quando o psiquiatra italiano Franco Basaglia, pioneiro da luta antimanicomial, visitou o Colônia, afirmou que esteve num campo de concentração nazista e que não havia presenciado uma tragédia como aquela em lugar nenhum. Segundo Peron (2013) vários corpos foram vendidos pelo hospital para 17 (dezesete) faculdades de Medicina, entre 1969 e 1980. A jornalista brasileira Arbex (2013) afirma que “a disponibilidade de cadáveres acabou alimentando uma macabra indústria de venda de corpos” (2013, p. 76), sendo que “nenhum dos familiares dessas vítimas autorizou a comercialização dos corpos” (2013, p. 77).

As próprias instalações físicas já denunciavam o que dentro ocorria com esses indivíduos. Essa instituição manicomial era um prédio com janelas amplas e gradeadas.

Haviam muralhas que cercavam o terreno de oito milhões de metros quadrados, com dezesseis pavilhões (PERON, 2013). Um ambiente segregacionista propício para controle e disciplinarização da loucura. Além disso, cabe lembrar como o trabalho era utilizado para organização social e institucional nos manicômios de tal maneira que, muitas vezes, em nome do tratamento moral e terapêutico, muitos pacientes trabalhavam com semelhante subjugação do labor escravo no tempo das senzalas.

No pavilhão Milton Campos ficavam aqueles que podiam trabalhar e registros mostram que em 1916 quase metade da receita da Instituição foi garantida pelo trabalho não remunerado dos pacientes, em consertos de vias públicas ou plantações. Alguns pavilhões não tinham camas, mas capim, que era colocado para secar ao sol durante o dia e sobre o qual muitos internos nus morreram durante as noites frias da Serra da Mantiqueira (mais surpreendente: em 1959, o modelo do chamado leito chão foi recomendado pelo Poder Público para outros hospitais). Em um dos pátios, havia esgoto a céu aberto, onde internos bebiam água (PERON, 2013, p. 263).

Busca-se entender nos próximos capítulos de que maneira a segregação e hospitalização da loucura em manicômios deteriorou a identidade da pessoa com transtorno mental de tal maneira que, no Brasil, a exclusão foi legitimada por diversos mecanismos, inclusive com políticas sociais, que reforçavam situações de preconceitos, estigmas sobre a pessoa com transtorno mental, homogeneizando um segmento plural e trazendo danos à seus direitos políticos,

civis e sociais, ocasionando com isto um retrocesso para a compreensão das potencialidades desse segmento.

As principais dificuldades de inserção no mercado de trabalho das pessoas com transtornos mentais não decorrem unicamente de possíveis limitações vinculadas ao adoecimento em si, mas de fatores variados e conjugados, como as ideias e valores dominantes na sociedade, que promovem uma respectiva cultura que tende a se estabelecer como dominante. Ademais, é preciso ter claro que, além das questões de foro sociocultural envolvendo os transtornos mentais, existem sérias dificuldades de escolarização e desenvolvimento de habilidades exigidas pelo mercado de trabalho (GOMES, 2017, p. 215).

Com esse cenário, em que muitas pessoas com transtornos mentais tem baixa escolaridade, sendo muitas analfabetas, com nula ou baixa experiência no mercado de trabalho, observa-se a importância de investimentos do poder público em alternativas de trabalho protegido, a exemplo de oficinas, cooperativas, trabalho protegido, etc. Com a implementação da Reforma Psiquiátrica brasileira, a partir dos anos 1990, observa-se avanços na produção do cuidado comunitário e na construção da cidadania da pessoa com transtorno mental, mas, observa-se a persistência de barreiras para sua inserção na sociedade pela via do trabalho, considerando-se, inclusive os parques e descontínuos investimentos nesse sentido.

Como foi possível apreender, a concepção específica de trabalho na sociedade capitalista constitui-se como principal categoria de mediação social, o que causa uma asso-

ciação entre normalidade e trabalho. Dessa maneira, Gomes (2017) afirma que essa ideia “faz com que os sujeitos precisem da inscrição e do reconhecimento propiciados pelo trabalho para que possam ter o senso de pertencimento social” (2017, p. 207).

É importante esclarecer que não há aqui uma intenção em fazer defesa acrítica da inserção das pessoas com transtorno mental na atividade alienada do trabalho formal, haja vista, entre outras razões já apontadas, que o trabalho da maneira em que a sociedade capitalista se organiza é castrador, alienante e produtor de sofrimento a todos. Mas, é importante salientar que, conforme apreendido e bem compreendido por Gomes (2017), “não é possível desconsiderar que todos os sujeitos estão submetidos a mecanismos repressores e ideológicos de manipulação, e que a lógica alienante do trabalho assalariado ultrapassa a condição de estar ou não diretamente inserido nessa atividade” (2017, p. 215), de estar ou não dentro do contingente de pessoas que escapam sua racionalidade.

CAPÍTULO II

Da segregação/hospitalização da loucura à reforma psiquiátrica: a inserção da pessoa com transtorno mental na sociedade

NOS ESTUDOS DE Canguilhem (1995) sobre o normal e o patológico é possível analisar, utilizando-se de análises de Goldstein, que é de responsabilidade do próprio ser vivo distinguir o ponto em que começa a doença. Para esses autores supracitados, “uma medida, obtida estatisticamente, não permite dizer se determinado indivíduo, presente diante de nós, é normal ou não” (1995, p. 144), ou seja, trata-se de um “normal supra-individual” ou “normal individual”, pois segundo esses estudiosos é o indivíduo que sofre as consequências, por isso cabe a ele realizar a análise dessas transformações.

Na história da humanidade é possível compreender que a apreensão entre o normal e o patológico não foi analisado de forma homogênea e nem sempre foi caracterizado pelo próprio indivíduo. É possível destacar segundo Rosa (2008) que “cada época histórica e cada sociedade cria seu procedimento específico de abordar o fenômeno da loucura” (2008, p.39). Em seus estudos essa autora parte do ponto de vista teórico que a forma de tratar e enfrentar essa ques-

tão é algo construído socialmente, ou seja, de acordo com o objetivo de intervenção na loucura, cada cultura constitui mecanismos próprios de controle, inserção ou segregação.

Segundo os estudos de Frayse-Pereira (1985) a loucura, a normalidade e a doença são determinantes relativos à cultura e à sociedade. Não realizando juízo ou comparação entre elas, e sim construindo um sistema de referência universal, esse autor considera outras culturas e a Ocidental como parte de uma infinita diversidade de soluções diferentes para problemas semelhantes.

O século XIX é marcado pelo surgimento dos asilos e estava ligado a nomes como o do médico francês Philippe Pinel (1745-1826). Considerado o pai da psiquiatria e estudioso das ações pedagógicas e morais do mundo asilar, Rosa (2008) ressalta que foi a partir dos trabalhos de Pinel que a psiquiatria se estabeleceu como a primeira especialidade médica e ganhou *status* e reconhecimento em sua competência para intervir na questão da loucura. Nesse sentido, esse indivíduo é excluído do seu meio social e juntamente com o familiar são colocados numa posição passiva de espera pelo saber psiquiátrico para diagnosticá-lo, num *status* completo de “alienado”/ “doente” (2008, p.39).

Ocorre a exclusão social desse indivíduo do meio social, por intermédio da internação psiquiátrica “sob a premissa do isolamento terapêutico” com a mudança do seu estatuto para “doente/alienado mental”, e, mais recentemente considerado nos estudos, leis e nas normas como “pessoa com transtorno mental”, termo que será adotado nessa pesquisa. É possível analisar segundo Rosa (2008), que houve uma mudança no estatuto do “louco”, mas o estigma passa a compor a identidade deste personagem social, presumida-

mente considerado pela legislação brasileira como perigoso e incapaz, excluído do meio social em diversos âmbitos, sobretudo no universo do trabalho, pois é considerado como um improdutivo para o capital e para a sociedade capitalista urbana e industrial.

Para Castel (1978), o asilo é o lugar existencial do exercício da psiquiatria porque é o mais apto a opor, ao meio natural (isto é, de origem, familiar e social). No asilo, uma pedagogia da ordem pode se desenrolar em todo o seu rigor. Nele “o exercício da autoridade pode ser mais enérgico, a vigilância mais constante, a rede de coerções mais estreita” (1978, p.116). Nesse sentido, o isolamento faz com que a loucura permaneça intocada pela sociedade, ou seja, continua sendo vista como um problema dos indivíduos e não algo gerado a partir do modelo de organização da sociedade vigente com suas contradições e interesses.

A história da loucura no Brasil não foi diferente dessa trajetória de segregação do “louco” nos asilos europeus. Apesar da diferença histórica e social, como refere Rosa (2008), o modelo de assistência psiquiátrica brasileiro – hospitalocêntrico – foi implantado no século XIX e importado da experiência europeia, sobretudo francesa (modelo de Pinel do século XVIII).

Nesse sentido, alguns estudos apontam que o indivíduo perde sua “identidade” anterior e ela será estigmatizada, ou seja, deteriorada, reduzida a uma única dimensão e referência social, a da loucura/louco. Segundo pesquisas de Melo (2013) “a sociedade limita e delimita a capacidade de ação de um sujeito estigmatizado, marca-o como desacreditado e determina os efeitos maléficos que pode representar” (2013, p. 3). Para essa autora, segundo reflexões sobre

o livro “Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada” de Goffman, a identidade social estigmatizada destrói os atributos e as qualidades do sujeito, exerce o poder de controle das suas ações e reforça a deterioração da sua identidade social, enfatizando os desvios e ocultando o caráter ideológico dos estigmas. Isso quer dizer que o estigma é um atributo que produz um amplo descrédito na vida do sujeito, pois o diferente passa a assumir a categoria de “nocivo”, “incapaz”, fora do parâmetro que a sociedade toma como padrão.

Percebe-se que no Brasil a exclusão foi legitimada por diversos mecanismos, inclusive políticas sociais, que reforçavam situações de preconceitos, estigmas sobre a pessoa com transtorno mental, homogeneizando um segmento plural e trazendo danos a seus direitos civis e sociais, ocasionando com isto um retrocesso para a compreensão das potencialidades desse segmento. Assim, esse enredo criou ranços significativos para população considerada “doente mental”, pois os limites impostos pela configuração da loucura na sociedade provocaram, além de perdas materiais e prejuízo à saúde, um sofrimento social relacionado à condição marcada por esta identidade associada à periculosidade e incapacidade, o que homogeneizou um segmento que é complexo e bastante diverso. Por isso, passou a não gozar de direitos, pois foi considerado improdutivo e incapaz de participar dos circuitos sociais e de trocas, sendo, portanto, negado os seus direitos humanos e o exercício da cidadania, provocado pela institucionalização e reforçado por um imaginário social que difundia que “lugar de louco é no hospício”, o que persiste até a presente data, com parcas alterações.

2.1 Cidadania e trabalho para a pessoa com transtorno mental: uma abordagem sobre a Política de Saúde Mental/ Reforma Psiquiátrica

A inserção da pessoa com transtorno mental em diversos espaços da sociedade (inclusive no trabalho), de acordo com Frazão (2007), “circula entre o desejável e o imprescindível na busca da cidadania universal” (2007, p. 49), principalmente devido um longo processo de não ocupação dos espaços sociais e de enclausuramento desses indivíduos nos asilos. Segundo Lucas (2007) o processo de exclusão “terapêutica”, implantada através dos hospitais psiquiátricos, se constitui em apenas uma das formas de exclusão das pessoas com transtorno mental, que se manifesta de diferentes maneiras, tais como:

[...] a exclusão jurídica (pela interdição); a exclusão nos assuntos do círculo familiar (os segredos, os pactos de dependência, a vergonha, a construção permanente de fracassos); a exclusão no trabalho (a aposentadoria por doença incapacitante, a noção de emprego de “favor”); a exclusão no processo educacional (o estigma das classes especiais ou do apontamento pelos colegas da situação de diferença) (LUCAS, 2007, p.11).

Nesse sentido, segundo Rosa (2008) “a medicalização da loucura arbitrou um novo *status* jurídico, social e civil para o louco, agora alienado, doente [...] tornou-se o louco uma pessoa tutelada pela psiquiatria” (2008, p. 45), ou seja, a internação no manicômio estabelecia na vida desses indivíduos além de um *status* de alienado, uma condição médica e jurídica de periculosidade e risco social, “como categoria

jurídica e moral que antecedem a sua vida civil”. Segundo Delgado (1992 *apud* Rosa, 2008, p.46) forja-se um duplo movimento de “psiquiatrização do crime e criminalização da loucura”.

Essa situação só começa a se alterar segundo Rosa (2009) a partir da Segunda Guerra Mundial. A autora lembra que nessa ocasião os profissionais de saúde tiveram que abandonar os asilos e os hospitais psiquiátricos para ir ao “front”. Com isso, “as próprias pessoas com transtorno mental foram obrigadas a gerir tais espaços e, com isto, tiveram outras facetas de sua condição humana tornadas visíveis” (2009, p.59).

Segundo Rosa (2009) essas mudanças influenciaram nesse campo do trabalho e refletiram-se na ampliação das exigências e na qualificação das pessoas para a realização do trabalho, e assim, também o fizeram no contexto da vida social. O processo de desinstitucionalização em saúde mental ocorreu, segundo Leite (2003 *apud* ROSA, 2009, p. 60) “primeiramente na Inglaterra, em 1959 e, em seguida, na França, nos Estados Unidos e na Itália e, mais recentemente, a partir dos anos 70, no Brasil”, sob influência da experiência italiana.

Para Lussi (2011) com esse movimento, fortemente presente na Itália, a discussão dos direitos das pessoas com transtorno mental ao trabalho evidenciou-se. Antes sempre visto com um caráter terapêutico, agora se amplia a abordagem do trabalho “como forma de aquisição de renda e como promotor de autoafirmação, possibilitador de troca e de construção de redes sociais, que diminui o estigma ligado à doença mental” (2011, p.186).

Segundo Rosa (2009), embora no Brasil a luta no sentido do processo de desinstitucionalização em saúde mental tenha se iniciado nos anos 70, com muitos avanços assistenciais e legais importantes, é somente em abril de 2001, que as condições legislativas nessa direção são reforçadas com a Lei nº 10.216, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001). Segundo Rosa (2009) o cenário para esse reconhecimento é favorável, “pois o governo brasileiro é cobrado pelos órgãos internacionais a implementar ações afirmativas para grupos minoritários, que não têm sua cidadania assegurada” (2009, p.61) e os grupos sociais incluídos como minoria passam a lutar cada vez mais por igualdade de direitos e oportunidades. Para Frazão (2007), a Reforma Psiquiátrica brasileira fundamenta seus pressupostos numa reforma inclusiva e na autonomia da pessoa com transtorno mental, mas tal proposta não pode ser considerada concluída com a desinstitucionalização em si, muitas vezes limitada à desospitalização, o que se almeja é uma desconstrução de todo aparato que forjou o status estigmatizado da pessoa com transtorno mental e a construção de uma outra relação entre a sociedade e a loucura, como parte da condição humana e que circule pela cidade.

Segundo Pascual (2006 *apud* ROSA, 2009), vale ressaltar que por muitos anos as pessoas pertencentes às minorias discriminadas, foram privadas de desenvolverem seus projetos de vida e violadas nos seus direitos fundamentais, em especial ao direito a uma vida digna e a cidadania:

Assim, em uma sociedade e cultura em que o trabalho é central na construção da

identidade dos sujeitos, a luta pela inclusão por meio dele – do trabalho – também passa a constituir pauta de reivindicações das pessoas em desvantagem social, dentre as quais, as pessoas com transtorno mental (ROSA, 2009, p.64).

Segundo Rosa (2009) “é evidente que há uma relação contraditória com o mundo do trabalho, sobretudo do trabalho capitalista alienado” (2009 p.67), pois sua presença ou total ausência podem se constituir em fonte de adoecimento e sofrimento para esses indivíduos, mas para essa autora é importante que a pessoa com transtorno mental seja incluída na sociedade contemporânea, a qual prioriza, e cada vez mais, os valores como “produtividade e presteza social”. Ainda segundo a mesma autora, os que desejam trabalhar apresentam diversos significados para tal anseio, “dependendo do interesse, das necessidades e do desejo da pessoa com transtorno mental, e de seu grupo comunitário” (2009, p.67). Ou seja, há vários embates que contornam a inserção no mundo do trabalho, incluindo a política de assistência e previdência social, essa última com seus critérios que impedem a associação entre acesso a determinados benefícios e experiências, inclusive protegidas, no mundo do trabalho e geração de emprego e renda.

Por sua vez, a política de saúde, ao definir e ampliar o conceito de saúde, abarcando os determinantes sociais do processo saúde doença, convoca a integralidade da atenção, para além da enfermidade e dos medicamentos, convocando outras políticas para a reinvenção da vida. Nesse contexto, recompõe-se a complexidade da existência com o transtorno mental, requerendo da política de saúde a articulação com outras políticas sociais, que ampliem o escopo

das ações para outras esferas da vida, assegurando outros direitos e conseqüentemente, a ampliação da identidade da pessoa com transtorno mental, para além da vivência com o transtorno mental.

Requer-se um trabalho para além da política de saúde/saúde mental, na perspectiva de um cuidado integral, mediante ações intersetoriais envolvendo outras políticas, sobretudo, políticas de trabalho, assistência social, educação, profissionalização, dentre outras. Trata-se de políticas públicas que contemplam a inserção no mercado de trabalho, mas que estão comprometidas, sobretudo, com a autonomia, dignidade humana, projeto de vida e nova contratualidade social da pessoa com transtorno mental. Segundo Rosa (2009) “ao se considerar os relacionamentos desta pessoa com a sociedade, torna-se evidente que o desenvolvimento individual e social, adquiridos pelo trabalho, podem proporcionar possíveis formas de esta pessoa se expressar, identificar-se e realizar seus projetos” (2009, p. 71).

2.2 Questão social e trabalho: avanços e barreiras para a inserção da pessoa com transtorno mental pela via do trabalho

Para Rosa (2009), há muitos limites e desafios para inserir uma pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho, por exemplo, o seu diagnóstico que acaba por trazer uma marca negativa para o indivíduo, já historicamente com o “emblema” de incapaz para o trabalho e perigoso. É preciso que a pessoa não seja “reduzida à sua enfermidade e aos sintomas de seu quadro clínico” (2009, p. 65), por isso é preciso trabalhar no sentido de separar o seu diagnóstico, seu transtorno e observar “as potencialidades e talentos

a serem ampliados para a vida laboral e ocupacional” da pessoa com transtorno mental (2009, p.64-66). Segundo Frazão (2007):

A inserção de pessoas com transtorno mental em atividades produtivas (geradoras de renda) não é um fato que possa ser analisado unilateralmente. Captar vagas no mercado sem garantir a estabilidade dos sintomas clínicos inviabiliza a adesão. Por outro lado, ignorar o papel e as condições concretas da família ou ainda a representação do trabalho no contexto sócio cultural da pessoa adoecida, pode comprometer qualquer programa de inserção (FRAZÃO, 2007, p.84).

Em seus estudos sobre cura, doença e saúde, Canguilhem (1995) afirma que “a doença surge quando o organismo é modificado de tal modo que chega a reações catastróficas no meio que lhe é próprio” (1995, p. 148). A partir de estudos de Goldstein, afirma que devido esse comportamento desordenado de todo o organismo, a preocupação do doente é escapar à angústia dessas reações catastróficas que muitas vezes o impossibilitam de responder às exigências no meio normal. Percebe-se que o autor não pretende com esse estudo distinguir doença e normalidade, e sim afirmar que “o doente não é anormal por ausência de norma, e sim por incapacidade de ser normativo” (1995, p. 148). Nesse sentido, é possível concluir a partir das análises desses autores que é preciso um meio extremamente protegido para que o “doente”, sobretudo com enfermidades consideradas crônicas não transmissíveis, “escape da angústia das reações catastróficas”.

Tal entendimento remete à clínica ampliada, que “propõe que o profissional de saúde desenvolva a capacidade de ajudar as pessoas, não só a combater doenças, mas a transformar-se, de forma que a doença, mesmo sendo um limite, não a impeça de viver outras coisas na vida” (BRASIL, 2008, p.16). Nesse sentido, a capacidade normativa dos “enfermos” constrói novas normas para si e sua vida constitui eixo das ações em saúde, recriando a vida e outras possibilidades de viver, inventar e reinventar-se na vida. Logo, as intervenções em saúde mental passam a ser orientadas por indicadores de avaliação que tem por eixos principais o morar, o trocar identidades e a produção de valores que a sociedade valora (SARACENO, 1999).

Para Saraceno (1999), o morar remete para o poder de negociação da pessoa com transtorno mental com determinados espaços, sobretudo o espaço de moradia. O trocar identidade, é desafiar o imaginário social, e multiplicar a identidade da pessoa com transtorno mental para além daquela estigmatizada, incorporando inclusive a sua condição de trabalhador. A produção de valores, remete as ações de geração de emprego e renda, que ampliam a contratualidade da pessoa com transtorno mental com seu entorno social, a partir da sociedade capitalista, que valora quem tem sua identidade associada ao trabalho.

São necessárias condições efetivas de monitoramento e avaliação, bem como ações junto aos empregadores para a manutenção dos espaços sócio ocupacionais. Castel (1998) em seus estudos sobre a proteção próxima afirma que para o atendimento das complexas problematizações modernas do social, com um conjunto de práticas de função protetora e integradora, é preciso construir objeto de prática e trata-

mento especializado. Nesse sentido, o autor entende que “o social-assistencial resulta de uma intervenção da sociedade sobre si mesma, diferentemente das instituições que existem em nome da tradição e do costume” (1998, p. 57). Trata-se do que Castel (1998) vai chamar de sociabilidade secundária, ou seja, um sistema que se organiza deslocado de relações de pertencimento com a família, vizinhança e trabalho (sociabilidade primária), tornando o atendimento mais técnico, complexo e sofisticado.

O trabalho para esses indivíduos deve ser pensado num contexto protegido, ou seja, deve-se analisar e estabelecer as condições para que se possa acolher essa mão de obra de maneira responsável e coordenada, admitindo o transtorno apenas como diferença, e não como Estado permanente de incapacitação. Alverga e Dimenstein (2006) ressaltam que o grande desafio para a Reforma Psiquiátrica não está apenas centrado em suas dificuldades de implementação e sim nas direções que o processo poderá vir a tomar. Os autores destacam que a Reforma Psiquiátrica requer rupturas radicais com os paradigmas tradicionais e não apenas superações que, frequentemente, aparecem como promotoras de pactos entre o que é aparentemente novo e as articulações de manutenção de séculos de exclusão e dominação.

É possível analisar que há no campo social um movimento de luta em defesa dos direitos de cidadania e democracia desses indivíduos, que se designa por luta da sociedade civil, principalmente com Reforma Psiquiátrica brasileira, que data seu início em 1978. Sabe-se que foi um Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, formado inicialmente por trabalhadores, que ao dar visibilidade às suas péssimas condições de trabalho, acabaram por denunciar violações de

direitos, no âmbito da assistência e que fizeram, posteriormente, a aposta em uma nova forma de cuidar, comunitária e cidadã. Tal luta foi ampliada, incorporando as associações de usuários e familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas, que se constituiu em importante campo de luta visando a proteção, cidadania e os direitos das pessoas com transtorno mental e redirecionou o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2005).

O termo cidadania remete as três partes, ou elementos, que Marshall (1967) chama de: civil, político e social. Considerando que os dispositivos substitutivos dos manicômios buscam a promoção da cidadania, aos usuários deve ser assegurado o direito à liberdade de ir e vir, direito de participar no exercício ou como membro do poder político e “o direito a um mínimo de bem-estar econômico e segurança ao direito de participar, por completo, na herança social e levar a vida de um ser civilizado de acordo com os padrões que prevalecem na sociedade” (1967, p. 63-64).

Busca-se não só no atendimento aos direitos para um mínimo de bem-estar social dos indivíduos, mas segundo Pereira (2006) em seus estudos sobre necessidades humanas, levanta subsídios à crítica dos mínimos sociais. Para a autora é preciso uma cuidadosa reflexão acerca desse termo “mínimos sociais”, pois há uma dupla e diferenciada identificação do ponto de vista empírico, conceitual e político. No seu trabalho é possível apreender que o mínimo nega o “ótimo” de atendimento, pois pressupõe uma ideologia neoliberal de supressão e cortes de atendimento, enquanto que o básico seria a “mola mestre que impulsiona a satisfação básica de necessidade em direção ao ótimo” (2006, p. 27),

ou seja, constitui o exercício da cidadania em acepção mais ampla, pois os atendimentos prestados são otimizados, são considerados como direito indispensável e incondicional de todos.

Considerando todas as transformações no âmbito da saúde mental, apesar de todos os desafios no contexto neoliberal, pode-se perceber que, com a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da Constituição Federal de 1988, as práticas profissionais foram reorientadas para uma atenção mais humanizada, participativa, articulada e intersetorial. Segundo O'Donnell (1986), mesmo num Estado capitalista “o sujeito social é cidadão e tem direito, que não aparece sistematicamente negado, a esboçar exigências de justiça individual a instituições estatais especializadas na tutela dos interesses articulados por essas demandas” (1986, p.18), mas para esse autor isso fica em grande parte cortado pelas desigualdades sistemáticas que aparecem da articulação em classes da sociedade e de outros fatores de desigualdade social.

As políticas neoliberais e o próprio capitalismo buscam mais eficiência no e do mercado para um desenvolvimento econômico do país. Para isso, há a necessidade de exploração de fatores que estimulem o crescimento do mercado e mão-de-obra qualificada. Entretanto, com a desigualdade social, há um desvio de foco, onde a busca pelo poder sobrepõe-se as necessidades básicas das pessoas. Em seus estudos sobre a tensão que existe entre o capitalismo e democracia e sobre qual o horizonte histórico dos direitos de cidadania, Teixeira (2010) afirma que “há aqueles que avalizam que o capitalismo é em essência incompatível com a democracia, em que pese sua compreensão de que é deci-

sivo lutar por reformas democráticas possíveis na sociedade capitalista” (2010, p. 140).

Em relação a esse nexos atual entre Estado, política social e cidadania no Brasil, Amorim (2010) afirma que no século XXI são muitos os desafios para combater as desigualdades sociais e principalmente se for considerado a persistente situação de crise no Brasil. Para ele, “a democracia capitalista, os direitos de cidadania são importantes condicionantes para interpretar esse estado e para propor caminhos de enfrentamentos e superação da condição espoliante da maioria da população” (2010, p.86).

De acordo com Rosa (2009), na concepção burguesa de sociedade que emerge, o ser humano é “senhor de si, a partir da sua condição de: ser racional, que pensa, decide e se autogoverna, colocando-se assim, como um construtor da vida na terra, a partir do trabalho” (2009, p.58). De acordo com a autora, os seres humanos considerados criadores são consolidados como cidadãos, ou seja, a cidadania está relacionada à ocupação e capacidade de criar dos indivíduos. A pessoa com transtorno mental, como foi visto, foi culturalmente segregada, o que foi reforçado no imaginário social de que “lugar de louco é no hospício”, ou seja, a pessoa com transtorno mental foi “captada pelo saber médico-científico emergente, e considerado como uma enfermidade [...] ‘um alienado’, um doente, e em consequência, como não detentor da capacidade da vida em sociedade” (2009, p.59).

Em relação à inclusão da pessoa com transtorno mental por meio do trabalho, Rosa (2009) afirma que em 1999, a Lei nº 9.867, “dispõe sobre a criação e o funcionamento de cooperativas sociais, visando à integração social, por meio do trabalho, das pessoas em desvantagem no merca-

do econômico” (2009, p.62-63). A autora considera que o país até tenha avançado na discussão sobre tal questão, mas afirma que essa ação está direcionada de acordo com o princípio da integração e não da inclusão. E inclusão é considerada, pela autora, como algo em que a sociedade se adapta para atender as necessidades da pessoa excluída, o que não significa disfarçar as limitações ou mesmo criar espaços segregacionistas.

Nos estudos de Sasaki (1997) existe uma diferença fundamental entre “integração” e “inclusão” de pessoas que tem algum tipo de necessidade especial. Segundo ele, a inclusão é uma forma de construir uma sociedade para todos, ou seja, é uma filosofia que modifica os sistemas sociais gerais. O autor afirma que a integração surgiu para derrubar a ideia de exclusão social, ou seja, romper com as práticas que atribuíam às pessoas com algum tipo de deficiência o rótulo de “invalidas, sem utilidade para a sociedade e incapazes para trabalhar” (1997, p.31) e isso refletia nas práticas de internação ou eliminação das pessoas do convívio social. Com isso, as pessoas passaram a ser integradas, o que significava que eram atendidas em instituições segregadas, mas semelhantes aquelas em que viviam a sociedade em geral.

Para Sasaki (1997), integrar significa “criar um mundo – moradia, escola, trabalho, lazer, etc. – separado embora muito parecido com aquele em que vive qualquer outra pessoa” (1997, p.31). Para esse estudioso, é preciso atingir a meta de uma sociedade inclusiva, em que a sociedade se adapta para poder de fato inserir em seus sistemas gerais, e essas pessoas com algum tipo de deficiência se preparam para assumirem papéis sociais, ou seja, trata-se de “um processo bilateral no qual as pessoas, ainda excluídas,

e a sociedade buscam, em parceria, equacionar problemas, decifrar sobre soluções e efetivar a equiparação de oportunidades para todos” (1997, p.41).

Nesse sentido, é preciso avaliar também outras propostas que ultrapassem as realizadas nos dispositivos substitutos dos manicômios, tais como: as oficinas de geração de renda, as cooperativas, as associações, movimento da economia solidária ou quaisquer outras iniciativas restritas ao interior dos dispositivos, conforme demanda de muitos usuários e dos próprios movimentos de luta nessa área da saúde mental. É preciso analisar propostas que visem inserir e apoiar as pessoas com transtorno mental em suas iniciativas de busca da autonomia e que não fiquem restritas no interior dos muros institucionais, no sentido de ampliar as discussões acerca dos direitos e cidadania desses indivíduos.

A política de saúde mental, orientada pela atenção integral, convoca outras políticas na perspectiva intersetorial. É preciso destacar que, após a VI Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial (IV CNSMI), convocada por um decreto presidencial em abril de 2010 e com etapa nacional ocorrida em Brasília, entre os dias 27 de junho a 01 de julho de 2010, a intersetorialidade³ é redirecionada para a prática no campo da saúde mental, o que significa que esse campo não pode mais deixar de ser apreendido como transversal a várias políticas sociais. De acordo com Brasil (2010), “alianças intersetoriais devem ser cuidadas perma-

3 De acordo com Warschauer e Carvalho (2014) a intersetorialidade é a articulação entre sujeitos de setores diversos, com diferentes saberes e poderes com vistas a enfrentar problemas complexos. No campo da saúde, pode ser entendida como uma forma articulada de trabalho que pretende superar a fragmentação do conhecimento e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população (2014, p. 193).

mentemente para o estabelecimento de diretrizes, pactuações, planejamento, acompanhamento e avaliação de várias outras políticas, com participação de seus gestores e lideranças” (2010, p. 10).

Observa-se, a partir de Rosa (2009), que na sociedade moderna o trabalho é “central na construção da identidade dos sujeitos” (2009, p. 64). Sobre o caráter sociológico do trabalho, Ferreti 1988 (*apud*, ROSA, 2009, p. 64) aponta que o trabalho é visto como “além de gerar os artefatos necessários à subsistência do homem, engendra a vida social, sendo simultaneamente por ela determinado”. É por isso que as pessoas que são excluídas socialmente recorrem à luta por serem inseridas pelo trabalho. Para a autora, apesar de todos os limites e desafios que existem para inserir uma pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho, por exemplo, o seu diagnóstico de “doente” que acaba por trazer uma marca negativa para o indivíduo, já historicamente com o “emblema” de incapaz para o trabalho, é preciso que a pessoa não seja “reduzida à sua enfermidade e aos sintomas de seu quadro clínico”, por isso é preciso trabalhar a discussão no sentido de separar o seu diagnóstico, seu transtorno e observar “as potencialidades e talentos a serem ampliados para a vida laboral e ocupacional” da pessoa com transtorno mental. (2009, p.64-65).

Por isso a importância de uma política de saúde mental voltada para atender as necessidades básicas dos indivíduos com transtorno mental. Como afirma Pereira (2012), as políticas sociais devem ser políticas públicas de direito de cidadania, ou seja, devem ser espaços onde os indivíduos e grupos postulam a condição de determinar a conduta, as orientações e as opções dos demais indivíduos da socieda-

de e de seu grupo. Segundo essa autora, a política é arena de embates, conflitos (é contraditória), o que permite a formação de contra poderes em busca de ganhos para a comunidade e de ampliação da cidadania desse grupo. Isso significa que a identificação dessas políticas públicas como atendimento aos direitos sociais decorre do fato de estarem numa perspectiva de equidade, justiça social, e permitirem à sociedade exigir atitudes positivas e ativas do Estado para transformar esses valores em realidade. Nesse sentido, a participação do Estado no campo de atuação das políticas públicas é considerada fundamental, seja como provedor, seja como garantidor de bens públicos como direito.

Segundo Rosa (2009), quando se trata de políticas públicas que contemplem a inserção da pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho, é preciso levar em consideração “o fato de que os conceitos, tanto pessoais quanto profissionais, devem ser abordados com seriedade e exigem uma postura proativa do Estado” (2009, p.71).

A política de saúde mental, como política pública orientada pela atenção psicossocial, deve ser responsável por fazer com que os indivíduos possam ser capazes de “trocar as identidades”, como caracterizou Saraceno (1999). Para serem parte da sociedade, além de produzirem valor de troca, ou seja, produzir e trocar mercadorias e valores, esses indivíduos, como afirmou esse autor, devem ser capazes de trocar identidade no meio social. Para Saraceno (1999) “a participação dessa troca ou da investigação dos lugares nos quais a troca seja possível é a rede social” (1999, p.135).

Como foi possível apreender, existe uma necessidade de se avançar na discussão sobre a inserção da pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho e em políticas

de geração de emprego e renda, pois historicamente esse segmento da sociedade tem sido excluído deste processo, a partir da invisibilidade desse tema nas políticas do poder público e de setores dominantes, sobretudo no contexto piauiense, que de acordo com Rosa (2009), “teve um relativo atraso histórico em relação ao próprio processo desinstitucionalização/reformista da saúde mental brasileira” (2009, p.68). Apenas a partir de 2005 que foram criados e se expandiram os serviços comunitários e ocorreram estímulos do governo federal para o início de algumas experiências de geração de emprego e renda.

Segundo Rosa (2009), as experiências piauienses de geração de emprego e renda em saúde mental foram diferentes se comparadas a outras experiências brasileiras, pois “tiveram pouco apoio de incubadoras sociais e dos próprios órgãos formadores, haja vista as universidades/faculdades estarem ainda distantes dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e, particularmente, da Reforma Psiquiátrica” (2009, p. 69). Nesse contexto, tem a ÂNCORA – Associação de pessoas com transtorno mental, familiares e interessados na saúde mental - , desde o seu nascimento em 2001, atuado para alterar esse panorama de invisibilidade desse tema, com a defesa da Reforma Psiquiátrica e afinados com a cultura antimanicomial, realizou propostas de projetos de Lei, envolvendo a questão que “dispõe sobre a política estadual para a integração, reabilitação e inserção no mercado de trabalho da pessoa portadora de transtorno mental, e dá outras providências” (GUIMARÃES; ROSA; EVELIN, 2008, p. 281).

A partir de Rosa (2009) é possível apreender que o projeto de lei foi encampado em 2008, pela deputada Flo-

ra Izabel, durante um seminário que ocorreu nesse período para discutir sobre a inserção da pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho. Para essa autora há muitos desafios no plano municipal e estadual, pois é preciso que a saúde mental ganhe prioridade na agenda das políticas públicas dos gestores. Outro desafio citado pela autora está na “continuidade de ações de capacitação e ampliação das habilidades dos profissionais e relacionais para as pessoas com transtorno mental se sentirem competentes para se incluir no mercado de trabalho” (2009, p. 70).

Mesmo com todos esses desafios, a ÂNCORA tem realizado muitas ações no Estado do Piauí, como o Fórum Estadual da Deficiência Psicossocial realizado em 07 de outubro de 2016, com o tema: “Incluir é preciso”, no intuito de contribuir para a discussão e encaminhar aos órgãos competentes as questões relacionadas à inserção da pessoa com transtorno mental em diversos ambientes sociais, inclusive pela via do trabalho e assim contribuir para romper com a invisibilidade dessas e outras questões no contexto da saúde mental e da exclusão dos seus usuários.

Mas, apesar dos avanços na luta por inserir a pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho no contexto piauiense, esse segmento, em sua diferença, ainda é percebido mais na dimensão da periculosidade, e assim há tendência de sua segregação/exclusão à priori, quando não, tendência à criminalização, pois visto como risco, para o convívio social. Segundo os estudos de Ianni (1992), “quando se criminaliza o ‘outro’, isto é, um amplo segmento da sociedade civil, defende-se, mais uma vez, a ordem social estabelecida” (1992, p.101). Nesse sentido, o autor traz uma reflexão acerca das desigualdades sociais que podem aparecer como manifesta-

ções inequívocas, pois afirma que existe uma parte do pensamento social que prefere neutralizar a diferença entre os “participantes” e os “excluídos” das relações e processos sociais. Nesse sentido, a questão social muitas vezes é apresentada como “fatalidades, carências, heranças, quando não responsabilidades daqueles que dependem de medidas de assistência, previdência, segurança ou repressão” (1992, p. 101).

Ianni (1992, p. 101) destaca em seus estudos duas explicações que “neutralizam” a questão social: uma transforma as manifestações da questão social em “problemas de assistência social” e outra tende a dar a resposta à questão social através da “segurança e repressão”, pois ela é vista como problema de violência e caos. Para o autor essas duas tendências podem ainda combinar-se “muitas vezes o assistencialismo, a previdência, as medidas de segurança e a repressão operam em conjunto” e o resultado são medidas voltadas para o aperfeiçoamento do “*status quo*”, ou seja, há medidas de modernização de instituições e políticas, mas no sentido de controlar e ordenar grupos e classes.

É possível analisar que muito se tem avançado sobre a questão da inserção da mão de obra da pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho, mas, como foi possível apreender nesse estudo, é preciso ir além da condição da política de saúde mental que perpassa a vida desses indivíduos, com a tentativa de não “neutralizar” a questão social relacionada ao desemprego dessa população. Na sociedade moderna, com a contradição entre a lógica do mercado e a dinâmica da sociedade, enfrentar a questão da inserção da pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho torna-se ainda mais desafiadora, principalmente quando se consideram os crescentes pressupostos exigidos pelos em-

pregadores atuais (MOREIRA, 2007).

Em seus estudos sobre o conceito de questão social e a realidade de desigualdade e exclusão nas relações de poder e dominação, Telles (1996) afirma que há entre a lógica da ética dos direitos e os imperativos da economia uma “disjunção entre as esperanças de um mundo que valha a pena ser vivido inscritas nas reivindicações por direitos e o bloqueio de perspectivas de futuro para maiorias atingidas por uma modernização selvagem” (1996, p.85), como se houvesse uma cristalização da vulnerabilidade e da precariedade como único destino possível à existência.

Nesse sentido, Telles (1996) discute que a questão social “significa um modo de se problematizar alguns dos dilemas cruciais do cenário contemporâneo [...] reabre o problema da justiça social, redefine o papel do Estado e o sentido de responsabilidade pública [...] redefinição do lugar do trabalho na dinâmica societária” (1996, p.85), essa redefinição do mercado de trabalho, como a autora afirma, afeta sociabilidades, identidades, modos de existência e também formas de representação. Mesmo diante dessa “avalanche neoliberal” e dos imperativos de eficácia da economia, é preciso uma reinvenção das fórmulas e termos políticos já conhecidos “para se pensar as relações entre trabalho, direitos e cidadania”. Para a autora não basta fórmulas teóricas, é preciso “refundação da política como espaços de criação e generalização de direitos. Contra a modernização selvagem [...] uma redefinição das relações entre o econômico e social, e um controle democrático do jogo do mercado” (1996, p. 95).

Por conta dessa contradição, própria da cultura da sociedade capitalista, muitas vezes a pessoa com transtorno mental, que já é historicamente excluída dos processos e

relações sociais, possui uma adesão no mercado de trabalho que parece “boas e frágeis, eficazes, porém inseguras” (BRASIL, 2005). Mas como afirma Saraceno (1999), “somente a partir do direito ativo ao exercício do negócio, ou seja, da troca de oportunidades materiais, o sujeito é colocado na condição de exercitar o direito à relação [...] aumentam a participação e a contratualidade real dos sujeitos fracos de uma sociedade” (1999, p.112).

O sentido dado ao termo “exclusão” pela autora Telles (1996) ajuda na reflexão sobre o lugar do indivíduo com transtorno mental na sociedade e seu local dentro do processo de refundação da política como espaço de criação e generalização de direitos, nesse caso direito ao trabalho e participação na rede social como sujeito ativo. Para ela, exclusão “não se trata de uma gente que está ‘fora’ do mercado e da vida social organizada, mas nesse lugar que, sem a mediação pública dos direitos e da representação, se perde na invisibilidade social” (1996, p. 95).

Como pensar em um Estado democrático de direito se nas duas últimas décadas, como questiona Sader (2004), foram períodos de retração dos direitos, na medida da extensão das relações mercantis, que define toda relação central do capitalismo em valor de troca? Segundo esse autor, essa é uma visão neoliberal da sociedade civil e que se opõe ao Estado e a cidadania e passa a ser decidida pelo poder dos mercados. Para ele, “não há democracia sem direitos universalmente garantidos” (2004, p. 6), ou seja, para ser cidadão significa necessariamente ser um sujeito de direitos.

Repercussões das ações em saúde mental na inserção da pessoa com transtorno mental no trabalho

NO MUNDO OCIDENTAL, a partir da emergência da sociedade moderna, a pessoa com transtorno mental foi impedida de construir seu projeto de vida, pois, durante muitos anos, foi rotulada como um indivíduo incapaz de gerir a sua própria vida. Para Gomes (2014), essas pessoas foram “desde o início dessa formação social, despojadas de seus direitos civis em nome da necessidade de tratamento, num campo médico que preconizava um nexos causal ente isolamento e reestabelecimento das condições psíquicas dos sujeitos” (2014, p. 25).

No Brasil, desde a década de 1990, no contexto da Reforma Psiquiátrica, acredita-se que a inserção social e a superação do estigma, imputado a esse segmento, devem passar por uma ampliação da autonomia e contratualidade social, via negociação e novas territorialidades no espaço da moradia, no espaço doméstico, mas também na rua e nos espaços públicos. Segundo Saraceno (1999) o direito de viver dignamente na sociedade faz parte da rede de cuidado. Para esse autor é preciso uma reapropriação dos espaços sociais, não apenas com a aproximação de familiares, amigos e construção de um lar, mas principalmente a construção de

um pertencimento a um bairro e a sociedade.

Segundo Sales (2011) um dos vieses que articula uma rede de possibilidades de compartilhamento social é a inserção dessa pessoa com transtorno mental na sociedade pela via do trabalho, que surge como importante veículo para a afirmação da sua cidadania e autonomia. Para essa autora é preciso “combater o estigma, promovendo a aproximação dessa população ao corpo social, admitindo-a num mesmo patamar de igualdade quanto ao exercício de direitos e deveres civis”, mas sem apagar do sujeito no que se refere a sua singularidade (2011, p. 209).

Conforme no Brasil, no campo das ações e serviços de saúde mental e pelo olhar dos próprios usuários, o valor atribuído ao trabalho apresenta-se de forma contraditória, hora mostra-se como instrumento terapêutico de grande valia dentro do cuidado em saúde da pessoa com transtorno mental, hora é concebido como única forma de conquistar e exercer a cidadania, hora como fonte que compromete a saúde mental (MARANHÃO, 2014). Com a desconstrução do modelo manicomial tem-se avançado bastante na direção dos princípios da Reforma Psiquiátrica, que, segundo Lussi (2011) atualmente “tem-se buscado alcançar intervenções no território relacionadas à reconstrução da identidade dos sujeitos e ao reencontro da sua individualidade a partir do uso do trabalho” (2011, p.186).

Como ressalta Gomes (2014), é importante salientar que o trabalho possui uma grande importância do ponto de vista ontológico, como categoria fundante do ser social e do ponto de vista da sua centralidade na sociedade capitalista, como principal elemento da sociabilidade. Segundo essa pesquisadora, “as pessoas adquirem a condição de supér-

fluas para esse sistema, fora do trabalho e da possibilidade de acessá-lo, pode ocorrer um processo de perdas, rupturas sociais, afetivas e sofrimento” (2014, p. 24).

É importante destacar que no atual estágio do desenvolvimento capitalista, o lugar de centralidade que o trabalho assume, muitas vezes, coloca-se de forma bastante contraditória. Gomes (2017) destaca que trata-se do reconhecimento de que “por um lado o trabalho assalariado aprisiona, aliena e adoce, por outro, a ausência do trabalho para aqueles que dele precisam (psíquica e materialmente) também tem sido causadora de iguais sofrimentos”. (2017, p. 227)

Percebe-se que, sob as referências socioculturais da sociedade capitalista, mesmo com as consequências nocivas e conhecidas do trabalho capitalista assalariado para a humanidade, as pessoas que historicamente estiveram isoladas da sociedade, recorrem à luta para serem inseridas pela via do trabalho. Por isso, a idealização do trabalho assalariado pela pessoa com transtorno mental apresenta-se na lógica de que o trabalho possui um valor, que, enquanto prática, integraliza e legitima socialmente os indivíduos, ou seja, é reconhecido nos diferentes grupos e classes sociais. Segundo Lussi (2011), “a oportunidade de voltar a integrar o mundo do trabalho – ou, em muitos casos, iniciar essa integração – amplia as possibilidades de alcance da inserção social e de melhores níveis de saúde e de qualidade de vida” (2011, p. 186).

Para Gomes (2017) a questão do trabalho no âmbito da saúde mental, no contexto dos pressupostos de desinstitucionalização e cidadania, não pode ser confundido com o tratamento, pois ter um trabalho é um direito de cidadania, constitui-se como importante elemento de saúde mental e é demandado como um direito. Nesse sentido, experiências

laborativas para a pessoa com transtorno mental se constitui “além da garantia de possibilidade de reconhecimento social e garantia de sobrevivência em termos materiais, aproximam os sujeitos dentro de uma ótica de pertencimento tanto de utilidade como de (relativa) liberdade e autonomia”. (2017, p. 228)

De forma tímida se tem percebido importantes experiências no contexto da inserção da pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho e em ações de geração de emprego e renda no âmbito brasileiro, pois, como foi possível apreender, são muitas as barreiras e desafios para a inserção desses indivíduos pela via do trabalho, mas em contrapartida, muito se tem avançado no compromisso com os ideias da Reforma Psiquiátrica⁴, que dentre outros preceitos, articula-se numa perspectiva de direito da pessoa com transtorno mental ser tratada com humanidade e respeito, a fim de beneficiar sua saúde, através da inserção na família, no trabalho e na comunidade (BRASIL, 2001).

3.1 Ações de fomento para a inserção da pessoa com transtorno mental no trabalho: diretrizes sobre a realidade no âmbito do Estado do Piauí

Os próprios usuários dos serviços substitutivos, como os Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, têm percebido e demandado a necessidade de serem inseridos efetivamente pela via do trabalho (MARANHÃO, 2014). Cabe ressaltar

4 Reforma Psiquiátrica no Brasil é contemporâneo da eclosão do “movimento sanitário”, nos anos 70, em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado (BRASIL, 2005).

que o CAPS é um serviço aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS), que visa oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando atendimento e acompanhamento das pessoas com transtorno mental e promovendo a inserção social destas, pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício da cidadania e fortalecimentos dos laços familiares e comunitários (BRASIL, 2004).

Nesse trabalho de pesquisa foi possível entrevistar gestores e representantes das instituições que são destinadas a capacitar e qualificar profissionalmente os munícipes de Teresina, com vistas a inseri-los no mercado de trabalho, favorecendo a inserção social e conseqüentemente a geração de emprego e renda ou fomentadores dessas ações no município. Um forte fomentador destas ações no Estado do Piauí é a ÂNCORA (Associação sem fins lucrativos de usuários, familiares e interessados na causa da saúde mental), que visa proporcionar condições para favorecer o convívio social, melhorar a produtividade e qualidade de vida dos associados, permitindo a reconstrução do seu viver. Ao ser entrevistada, a representante dessa Associação e também Terapeuta Ocupacional - TO de um CAPS de Teresina, que possui 24 (vinte e quatro) anos de trabalho em saúde mental e pouco mais de 1 (um) ano de experiência em ações de inserção da pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho, afirma que:

No CAPS o que a gente tem de documento legal em relação a inclusão no mercado de trabalho são, na última Assembleia, saiu muitas colocações, muitas cobranças dos usuários de que os CAPS têm que mudar as atividades, tornar não só as atividades de lazer, recreativos, educativos e dinâmi-

cas, mas os usuários estão cobrando grupos de capacitações, profissionalizações, de geração de atividades de geração de renda. (Representante da ÂNCORA e profissional do CAPS)

Nesse sentido, as pessoas com transtorno mental têm realizado cobranças, reivindicado, através desses serviços, por ações intersetoriais que atendam suas demandas por inserção social através de atividades laborativas. Percebe-se que os usuários dos CAPS consideram necessário que esse serviço substitutivo realize não apenas atividades recreativas e de lazer, mas ofereça grupos de capacitações, profissionalizações e realizem atividades que gerem emprego e renda.

Segundo Rosa (2009) em uma sociedade e cultura em que o trabalho é central na construção da identidade dos sujeitos, “a luta pela inclusão por meio dele – do trabalho – também passa a constituir pauta de reivindicações das pessoas em desvantagem social, dentre as quais, as pessoas com transtorno mental” (2009, p.64).

Percebe-se que a realidade da capital piauiense não é diferente da realidade brasileira. Mesmo de forma tímida, é crescente em Teresina embates dos movimentos sociais com as políticas públicas, no plano local, em torno da inserção da pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho e as lacunas em prol do reconhecimento desses sujeitos como trabalhador. A ÂNCORA - Associação de usuários, familiares e pessoas interessadas na causa da saúde mental do Piauí, desde 2001, vem lutando para promover ações de defesa dos direitos dos usuários e familiares dos serviços de saúde mental, no sentido de ampliar a sua inserção social, a formação política desses indivíduos, e a reconstrução do viver.

Dentre outros objetivos desta associação, a ÂNCORA está engajada na luta para oportunizar possibilidades às pessoas com transtorno mental de inserção pela via do trabalho, o que enseja outra visibilidade social de suas potencialidades, permitindo que outras facetas de sua identidade positiva se tornem pública, bem como a ampliação de sua contratualidade familiar e social. Sobre o arcabouço legal e normativo que a Associação vem desenvolvendo para a inserção da pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho, sua representante afirma que:

na ÂNCORA, em termos de escritos também, a gente tem o documento dos 15 anos da ÂNCORA, onde eles trazem também isso na carta... e na carta se a gente for resgatar a carta do que sai nos encontros de formação política, a gente vai trazer essa demanda, essa verbalização, essa cobrança dos usuários dessa inserção no mercado de trabalho, mas dentro do projeto terapêutico institucional do CAPS não existe nenhuma recomendação de se priorizar, ou de se investir na inclusão deles no mercado de trabalho. (Representante da ÂNCORA e profissional do CAPS)

Percebe-se com a fala dessa representante da ÂNCORA que os associados (usuários, familiares e interessados na saúde mental), nos seus encontros de formação política, têm apontado a relevância do trabalho para a pessoa com transtorno mental e realizado cobranças nesse sentido. Apesar de se constituir como demanda cotidiana das pessoas com transtorno mental, observa-se que ainda é muito pouca a sistematização do ponto de vista teórico, ou seja, há um baixo investimento em produção teórica sobre a problemática.

Sabe-se das experiências que já foram desenvolvidas na área com produção de bijuterias, produção de plantas tropicais, mas sem que ganhasse maior visibilidade pública, ficando como ações pontuais, sem sistematização ou análise de suas repercussões localmente.

Esse pouco arcabouço teórico prejudica o reconhecimento, no campo da saúde mental, sobre a centralidade da inserção pela via do trabalho como condição de se fazer avançar a Reforma Psiquiátrica no país, o que dificulta profundas modificações estruturais na rede de atenção psicossocial nesse sentido, pois foi um tema que ficou durante muito tempo a margem das discussões e práticas em saúde mental.

Assim como existe pouco arcabouço teórico nesse sentido, é baixo também o investimento institucional e assistencial, o que remete ao Projeto Terapêutico Institucional, defasados e sem perspectiva de investimentos na inserção para o mercado de trabalho. As poucas se devem a ações individuais de alguns profissionais. Em suas análises sobre o papel e a atuação do Centro de Atenção Psicossocial II Leste de Teresina - Piauí na perspectiva de inserir a pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho e em ações de geração de emprego e renda, Maranhão (2014) constatou que apenas uma pessoa com transtorno mental foi inserida no mercado formal de trabalho. As experiências com oficinas de geração de renda já realizadas nesse CAPS se constituíram em experiências descontínuas e não sistematizadas, pois acabam circunscrevendo a ação de seus proponentes e coordenadores, sendo parcamente assumidas como algo institucional e que precisa de suporte da Fundação Municipal de Saúde.

Nesse sentido, outro ponto importante na fala da representante da ÂNCORA diz respeito a preocupação em relação ao projeto terapêutico institucional do CAPS, pois desconhece dentro do projeto a existência de recomendação de se priorizar, ou de se investir, na inserção da pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho. Nesse sentido, os CAPS figuram como equipamentos endógenos, em que as ações ficam no interior do serviço, sem maior ampliação para fora, inclusive para parcerias com outras políticas públicas. Sabe-se que a política de saúde mental do governo federal em sintonia com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica torna-se mais sustentável e ganha maior visibilidade, mas o modelo de atenção psicossocial não está garantido apenas com a mudança da assistência do hospital psiquiátrico para os serviços substitutivos, porque as práticas institucionalizadas, disciplinares e de coerção, características do modelo manicomial, podem ser facilmente reproduzidas nos serviços abertos e a Reforma Psiquiátrica é um processo em constante construção.

Por isso, a assistência em Saúde Mental vem passando por intensa reestruturação desde a promulgação da Lei 10.216 de 06 de abril de 2001, conhecida mais tarde como a Lei da Reforma Psiquiátrica. Muitas modificações vêm ocorrendo a partir da consolidação da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, lançada através da portaria ministerial 3.088 de 23 de dezembro de 2011, uma das redes prioritárias que impulsiona modificações estruturais na atenção psicossocial de atendimento aos usuários e seus familiares.

3.2 A potência da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS a partir dos delineamentos propostos com a Lei da Reforma Psiquiátrica: a reabilitação psicossocial pela via do trabalho

As autoras Feitosa e Silva (2014) consideram importante uma reflexão sobre a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS a partir dos delineamentos propostos com a Lei da Reforma Psiquiátrica, pois é uma discussão que “torna-se singular por ensejar dirimir dúvidas e questionamentos dos profissionais que muitas vezes pela dinamicidade da proposição da rede perdem-se entre o que já foi pactuado, em implantação e entre o ideal” (2014, p. 83), e assim contribuir para uma análise mais fortalecedora do SUS e da Reforma Psiquiátrica, principalmente dentro do contexto da inserção que pretende-se analisar.

Cabe ressaltar a necessidade de entender o funcionamento dessa Rede de Atenção Psicossocial – RAPS dentro do contexto da Reforma Psiquiátrica e as suas prerrogativas em torno das recomendações sobre a inserção dos usuários da saúde mental pela via do trabalho, pois a RAPS é uma importante estratégia que busca ampliar e promover o acesso da população de forma a garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento e do acompanhamento contínuo às pessoas com transtorno mental, com diferentes serviços de acordo com as necessidades (BRASIL, 2011).

Com o intuito de construir serviços distintos para as diferentes necessidades, foram elencados 4 (quatro) diferentes Eixos Estratégicos para a implementação dessa rede:

Eixo 1 – Ampliação do acesso à rede de atenção integral à saúde mental; Eixo 2 – Qualificação da rede de atenção integral à saúde mental;

Eixo 3 – Ações intersetoriais para reinserção social e reabilitação;

Eixo 4 – Ações de prevenção e redução de danos (BRASIL, 2011).

No contexto teresinense, um dos pontos mais vulneráveis da RAPS é exatamente o eixo 3, de Reabilitação psicossocial que trata das ações intersetoriais, para reinserção social e reabilitação, situação que ganhou maiores investimentos a partir de um edital que o município foi contemplado dos percursos formativos, que permitiu que profissionais da saúde mental de Teresina fossem para Embu da Artes, em São Paulo, e intercambiassem experiência, o que redundou na fundação da Rede, Instituições e Articulações – RIA local, a partir da zona sul, o que tem se multiplicado por todas as regiões da cidade.

Sabe-se ainda que a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS é constituída pelos seguintes componentes, com seus respectivos pontos de atenção: I – Atenção Básica em Saúde: Unidade Básica de Saúde, Núcleo de Apoio a Saúde da Família, Consultório na Rua, Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório, Centros de Convivência e Cultura; II – Atenção Psicossocial Especializada: Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades; III – Atenção de Urgência e Emergência: SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde; IV – Atenção Residencial em caráter transitório: Unidade de Acolhimento, Serviço de Atenção em Regime Residencial; V – Atenção Hospitalar: Enfermaria

especializada em Hospital Geral, Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; VI – Estratégias de desinstitucionalização: Serviços Residenciais Terapêuticos, Programa de Volta para Casa; VII – Reabilitação Profissional: Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda, Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais. (BRASIL, 2011)

Conforme a Gerência de Atenção Psicossocial da Fundação Municipal de Saúde – FMS de Teresina, em 2017, a RAPS desenha-se da seguinte maneira, conforme apresentado no quadro abaixo (quadro 1):

QUADRO 01 – ORGANIZAÇÃO DA RAPS EM TERESINA-PI/ 2017.

COMPONENTES DA RAPS	PONTOS DE ATENÇÃO
I -Atenção Básica em saúde	<ul style="list-style-type: none">• Unidade Básica de Saúde: equipe de atenção básica/ equipes de atenção básica para populações específicas;• Equipe de Consultório na Rua;• Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório;• Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF;• Centros de Convivência e Cultura;
II – Atenção Psicossocial	<ul style="list-style-type: none">• Centros de Atenção Psicossocial em suas diversas modalidades.
III- Atenção de Urgência e Emergência	<ul style="list-style-type: none">• SAMU 192;• Sala de Estabilização;• UPA 24 horas;• Portas hospitalares de atenção/pronto socorro Hospital Geral;• Unidades Básicas de Saúde.
IV – Atenção Residencial de Caráter Transitório	<ul style="list-style-type: none">• Unidade de Acolhimento;• Serviços de Atenção em Regime Residencial.
V – Atenção Hospitalar	<ul style="list-style-type: none">• Leitos de psiquiatria em hospital geral;• Serviço Hospitalar de referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.
COMPONENTES DA RAPS	PONTOS DE ATENÇÃO
VI – Estratégias de Desinstitucionalização	<ul style="list-style-type: none">• Serviços Residências Terapêuticos;
VII – Estratégias de Reabilitação Psicossocial	<ul style="list-style-type: none">• Iniciativas de trabalho e geração de renda

FONTE: GERÊNCIA DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE/TERESINA, 2017.

Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de Reforma Psiquiátrica e dentro dessa estrutura da RAPS, são serviços voltados para a atenção psicossocial especializada, nas suas diferentes modalidades, de acordo com as características dos usuários e critério populacional (CAPS I, II, infantil, III, AD, ADIII). Os CAPS são dispositivos destinados a acolher pessoas com transtorno mental, estimular

sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca de autonomia. Suas atividades são realizadas prioritariamente em espaços coletivos (grupos, assembleias de usuários, reunião diária de equipe), de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes, pois necessitam permanentemente de outros setores afins, “quanto na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, articulando os recursos existentes em outras redes: sócio sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escola, empresas etc.” (BRASIL, 2004, p.12), para fazer face à complexidade de inserção daqueles que estão excluídos da sociedade por conta do transtorno mental.

Como serviços voltados para a atenção psicossocial especializada, os CAPS constituem uma das principais estratégias para a inserção da pessoa com transtorno mental em atividades laborativas, juntamente com outros setores afins, no sentido de desenvolver de forma ativa o projeto terapêutico singular de seus usuários na construção de trabalhos de inserção social, respeitando as possibilidades individuais e os princípios de cidadania que rompem com o estigma e promovam o protagonismo de cada usuário, e de seus familiares, frente à sua vida, assim, constituindo-se importante instrumento de promoção da saúde e da cidadania de todos os envolvidos. (BRASIL, 2004)

Observa-se que, além desses serviços de atenção especializada, como os CAPS, existe na RAPS um componente específico de reabilitação profissional, com ponto de atenção voltado para as iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais para a pessoa com transtorno mental. São ações de caráter intersectorial destinadas à reabilitação psicossocial, por meio da in-

serção laborativa e produtiva, formação e qualificação para o trabalho de pessoas com transtorno mental. Tais iniciativas devem funcionar com os recursos disponíveis no território, articulando sistematicamente as redes de saúde e de economia solidária para garantir a melhoria das condições concretas de vida, de educação, capacitação, profissionalização, ampliação da autonomia, contratualidade e inserção social de usuários da rede e seus familiares.

No Brasil, principalmente após os anos 90, no contexto da Reforma Psiquiátrica, apesar de muitos estudos apontarem importantes experiências sobre trabalho e geração de renda para a pessoa com transtorno mental, analisou-se a necessidade de se aprofundar e conhecer mais sobre as possibilidades efetivas de inserção do usuário da saúde mental no mercado de trabalho e em ações de emprego e renda, com ênfase nas recomendações e funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS na realidade da capital piauiense, cenário dessa pesquisa.

3.3 A Rede de Atenção Psicossocial – RAPS no Estado do Piauí: avanços e desafios de ações em saúde mental de inserção pela via do trabalho

Com análise dos avanços e desafios da Rede de Atenção Psicossocial no Estado do Piauí, com base na Portaria Ministerial 3088/2011 e no Plano da RAPS do Estado do Piauí de 2013 a 2015, Pereira e Guimarães (2017) constataram que sobre a implantação e criação de serviços da Rede de Atenção Psicossocial, houve um avanço no cenário piauiense nos últimos anos. As autoras destacam que esses serviços estão bem estruturados em alguns pontos, no que se refere ao quantitativo de serviços dispostos para a popu-

lação – como os CAPS, em que o Piauí se destaca no país, com índice de cobertura alto.

Em dezembro de 2014, o Piauí aparece como o quarto Estado brasileiro com maior cobertura de CAPS – com 54 CAPS para 3.164.718 habitantes, com 1,13 de cobertura, considerada muito boa, segundo esse indicador do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015). Mas para Pereira e Guimarães (2017), ainda é preciso superar muitas fragilidades em relação aos CAPS no Piauí, “principalmente em relação a organização dos processos de trabalho, na perspectiva de avançar o modelo de atenção psicossocial, por meio da clínica ampliada, da reabilitação psicossocial e da desinstitucionalização com foco voltado para o cuidado territorial em saúde mental”. (2017, p. 1).

Até 2016 o principal indicador da saúde mental era a cobertura de CAPS por Estado da Federação. Nesse horizonte, o Piauí passou a ter uma localização favorável. Em 2017 tal indicador é modificado, figurando como único e principal indicador o matriciamento⁵, ação em que os CAPS do Piauí, e sobretudo de Teresina, ainda estão precários. É possível ainda analisar, a partir desse estudo sobre a realidade da Rede de Atenção Psicossocial no Estado do Piauí, que há outros componentes da rede que ainda deixam a desejar, por exemplo,

5 Matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica. A nova proposta integradora visa transformar a lógica tradicional dos sistemas de saúde: encaminhamentos, referências e contrarreferências, protocolos e centros de regulação. Os efeitos burocráticos e pouco dinâmicos dessa lógica tradicional podem vir a ser atenuados por ações horizontais que integrem os componentes e seus saberes nos diferentes níveis assistenciais. O matriciamento constitui-se numa ferramenta de transformação, não só do processo de saúde e doença, mas de toda a realidade dessas equipes e comunidades. (CHIAVERINI, 2011, p.13)

as ações de Reabilitação Profissional, que compõem o sétimo eixo da RAPS. (PEREIRA e GUIMARÃES, 2017).

No campo do trabalho e economia solidária, tem-se 1.008 experiências mapeadas pelo Ministério da Saúde em todas as regiões do Brasil, e o Piauí aparece com 14 iniciativas de geração de renda para pessoas com transtorno mental cadastradas no ano de 2013 (BRASIL, 2015). No entanto, poucos dados indicam sobre as ações efetivas de iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais realizadas no âmbito do Estado.

O Piauí teve um significativo atraso histórico no que se refere aos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, comparado com o Brasil. Apenas em meados dos anos 2000 que o Estado passa a atuar no sentido de promover ações e serviços de saúde de base comunitária e visando a construção da cidadania da pessoa com transtorno mental. Nesse período, mesmo com dificuldades para a abertura de novos serviços substitutivos as internações psiquiátricas, houve um acirramento dos debates entre os atores sociais envolvidos.

No Piauí, a intensificação de debates legislativos sobre a Saúde Mental, com a proposição das Leis de Saúde Mental no âmbito estadual e municipal de Teresina ocorreu somente a partir dos anos 2000, momento em que se reconhece a força da desinstitucionalização no âmbito local, com a entrada em cena do debate da Luta Antimanicomial nos principais espaços de discussão da Saúde Mental no Piauí (ROSA, 2005).

No âmbito piauiense, a Reforma Psiquiátrica teve por principal ator a Coordenação de Saúde Mental, álcool e outras drogas do Ministério da Saúde, com suas ações indutoras, de reduzir o número de leitos em hospitais psiquiátricos

na perspectiva de induzir os gestores locais a abrir serviços comunitário. Nesse sentido, são reduzidos os números de leitos no Hospital Areolino de Abreu - HAA, figurando em 160, e com o encerramento das atividades do Sanatório Meduna em 2010, são fechados seus 200 leitos. A abertura de CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) em Teresina não acompanhou numericamente tal processo, pelas resistências do gestor da Capital em colocar a saúde mental como prioritária em suas ações. Segundo Cardoso (2016) “observa-se um processo extremamente moroso, devido às resistências do poder psiquiátrico no Estado, resultando em um processo reformista lento e pouco sintonizado com a proposta de atenção psicossocial”. (2016, p. 61)

Somente em 2004, com a entrada em cena do Ministério Público Estadual – MPE como dispositivo indutor, que a Reforma Psiquiátrica no Piauí começa a desenvolver seus primeiros passos rumo a estruturação da Rede Psicossocial do Estado. Em 2005 é criado o primeiro plano estadual de saúde mental, alinhado aos princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Segundo Rosa *et al* (2011), em Teresina, no mesmo ano, por exigência do Termo de Ajustamento de Conduta - TAC proferido pelo Ministério Público, tem destaque em Teresina a criação de dois CAPS (um na zona norte e outro na zona leste) como serviço substitutivo às internações psiquiátricas. Neste mesmo ano, o município realiza o Seminário sobre saúde mental, e nesse sentido é assinado um Pacto pela expansão da rede extra-hospitalar de cuidados em saúde mental.

Tal ação do Ministério Público do Estado, dá visibilidade para a ausência de prioridade da saúde mental na agenda da Política de Saúde do gestor de Teresina, tornan-

do-se uma questão mais judicial do que técnica e política. Nesse sentido, os equipamentos são criados em atendimento à demanda judicial, mas, sem potência para ir além do modelo biomédico, figurando mais como um CAPS burocrático (LANCETTI, 2008) que reproduz a lógica manicomial.

No âmbito piauiense, em destaque em Teresina, observa-se um atraso na consolidação dos serviços de saúde mental através dos dispositivos eficazes na diminuição de internações e na mudança do modelo assistencial, até pela atenção central a crise nos hospitais psiquiátricos. É possível apreender uma difícil correlação de forças que existe no âmbito da Saúde Mental no Estado do Piauí, em termos de fazer avançar o processo local, pois apenas após 17 anos de implantado o primeiro CAPS do Brasil foi implantado os primeiros no Piauí (ROSA, 2006).

A rede prioritária da atenção psicossocial teve maior investimento financeiro, o que representou, em 2012, o valor em torno 63 de 200 milhões a mais para o custeio da rede (FEITOSA e SILVA, 2014). Sabe-se ainda que houve um avanço significativo na implantação e criação de serviços da Rede de Atenção Psicossocial no cenário piauiense nos últimos anos, por exemplo, em dezembro de 2014, o Piauí aparece como o quarto Estado brasileiro com maior cobertura de CAPS – com 54 CAPS para 3.164.718 habitantes, com 1,13 de cobertura, considerada muito boa, segundo esse indicador. (BRASIL, 2015).

Segundo Feitosa e Silva (2014) não basta apenas implantar serviços, é preciso avançar na construção da rede integrada dos mesmos, a partir da lógica dos territórios e regiões de saúde, para que se diminuam as iniquidades da distribuição de serviços, desarticulação e descontinuidade das

ações no âmbito do cuidado em saúde mental. Um dos progressos que se tem percebido como eficaz para a discussão da saúde mental e trabalho para a pessoa com transtorno mental em outros Estados do Brasil, e mais recentemente no Piauí, é o reconhecimento desse tema no âmbito do setor jurídico.

No Estado do Piauí, observando o decreto Legislativo nº 186/2008, que ratificou a Convenção dos Direitos das Pessoas com deficiência em valor constitucional e o Decreto nº 6.949/2009, em que o Brasil assumiu o compromisso de executar e cumprir todo o teor da Convenção, foi sancionada a lei que inclui pessoas com transtornos psicossociais como deficientes. Foi publicado no Diário Oficial do Estado, no dia 04 de janeiro, o decreto do Estado que sanciona a Lei nº 7095 de autoria do deputado Dr. Hélio Oliveira (PR) que inclui pessoas com transtornos psicossociais nas políticas públicas dos deficientes do Estado do Piauí. O Indicativo de Projeto de Lei foi apresentado pelo parlamentar no dia 14 de junho de 2017.

Esse acontecimento, que teve como agente potencializador a ÂNCORA, constitui-se como um avanço no âmbito estadual, pois, com a Lei sancionada, o Governo do Estado do Piauí deverá reconhecer, conscientizar e divulgar a condição das pessoas com transtorno mental, além de incluí-las em todas as ações da Secretaria Estadual para Inclusão da Deficiência (SEID) a fim de promover ações e políticas que visem ampliar a inclusão desta parcela da população na sociedade. Tal feito permite ainda o asseguramento orçamentário para tal ação.

Apesar desse avanço jurídico no âmbito estadual, no que tange a inserção da pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho, a partir do breve histórico de um pro-

cesso reformista lento e documentalmente analisado neste trabalho de pesquisa, com dificuldades de alinhamento com as propostas de atenção psicossocial na esfera do Estado do Piauí, observa-se que há muitos desafios e fragilidades que precisam ser superadas para essas ações de inserção, principalmente nos componentes da RAPS, para um efetivo fortalecimento da rede de cuidado em saúde mental, no âmbito local.

Com essas análises, foi possível apreender que no âmbito do eixo da Atenção Psicossocial Estratégica, os CAPS no Piauí precisam avançar não apenas no quantitativo, mas progredir no modelo de atenção psicossocial, por meio da reabilitação psicossocial e da desinstitucionalização, com foco no cuidado territorial em saúde mental. No eixo das ações de Reabilitação Psicossocial observa-se que poucos são os dados que indicam sobre as ações efetivas de iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais realizadas no âmbito do Estado, evidenciando pouca prioridade para um eixo tão importante na estratégia do processo da Reforma Psiquiátrica.

Sabe-se que, a partir da Reforma Psiquiátrica, a pessoa com transtorno mental deve ser tratada com respeito e humanidade com a finalidade exclusiva de beneficiar sua saúde mental e alcançar a sua recuperação e autonomia através de ações que busquem apoiá-las nas suas iniciativas e inserção na família, no trabalho e na comunidade (BRASIL, 2004). Em seus estudos sobre o princípio da dignidade da pessoa humana, Zisman (2005) destaca que o livre desenvolvimento da personalidade do ser humano tem relação direta com o acesso e possibilidade de trabalho e garantia de condições existenciais mínimas, “mas não são suficientes

para compor a dignidade da pessoa. É necessário que haja garantia da autonomia individual, por meio da vinculação dos poderes públicos” (2005, p.28-29).

Seja para beneficiar as iniciativas de busca da autonomia coletiva ou individual da pessoa com transtorno mental, é preciso destacar a importância do respeito e humanidade em relação ao cuidado para com esses sujeitos por parte das ações e políticas públicas. Mas, como foi possível apreender, ainda há muitas vulnerabilidades apontadas nos componentes da Rede de Atenção Psicossocial no âmbito local, em especial no eixo das ações de Reabilitação Psicossocial, em que é possível observar poucos indicadores sobre as ações efetivas de reabilitação profissional, evidenciando pouca prioridade para um eixo tão importante na estratégia do processo de Reforma Psiquiátrica.

Nesse sentido, é preciso contribuir com as discussões direcionadas a análise da ampliação das possibilidades democráticas de inserção social de usuários com transtorno mental na sociedade, com ênfase nas políticas de geração de emprego e renda, priorizando a importância da efetiva concretização do eixo de Reabilitação Psicossocial. Para o entendimento sobre o respeito e humanidade no que diz respeito ao tratamento desses sujeitos, por parte de ações e políticas públicas no âmbito do município de Teresina, foi necessário o mapeamento e conhecimento de que forma essa política de saúde mental se organiza, a partir de 2005, para a inserção da pessoa com transtorno mental pela via do trabalho e que atores e ações se destacam na produção de lugares sócio ocupacionais para a pessoa com transtorno mental, no âmbito local.

Com essas análises, buscou-se compreender que avan-

ços e barreiras que ainda existem para a inserção desses usuários da saúde mental nesses espaços sócio ocupacionais na capital, priorizando a análise dos programas, serviços, projetos e benefícios especificamente voltados para esse público, a fim de conferir a garantia dos direitos preconizados em leis e acordos regionais e federais.

Segundo Salis (2011), é preciso “investir em experiências vinculadas às propostas dos novos dispositivos substitutos do manicômio, tais como as oficinas de geração de renda, as cooperativas, as associações (movimento da Economia Solidária), ou quaisquer outras iniciativas restritas ao campo, conforme demanda de muitos usuários de saúde mental”. (2011, p. 208).

Considera-se nesse estudo a importância dos dispositivos substitutivos em saúde mental como lugar de referência e cuidado para as pessoas com transtorno mental, mas é preciso analisar as propostas teorizadas e efetivadas que ultrapassem as realizadas nos dispositivos substitutos dos manicômios, tais como: as oficinas de geração de renda, as cooperativas, as associações, movimento da economia solidária ou quaisquer outras iniciativas restritas ao interior dos dispositivos, conforme demanda de muitos usuários e dos próprios movimentos de luta nessa área da saúde mental.

Como é possível constatar no próximo capítulo, é preciso analisar, além dessas ações, outras propostas que visem apoiar a pessoa com transtorno mental em suas iniciativas de busca da autonomia e que não fiquem restritas no interior dos muros institucionais, no sentido de ampliar as discussões acerca dos direitos e cidadania desses indivíduos.

Mapeamento das ações de inserção da pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho no contexto teresinense: avanços e desafios para a sua concretização

Com base na Lei nº 10.216 de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos da pessoa com transtorno mental e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, legitimado em quatro conferências nacionais e duas conferências internacionais latino-americanas, já há um conhecimento corrente sobre a existência de um processo de desinstitucionalização e Reforma Psiquiátrica que estava relativamente consolidado como política de Estado, com base legal até 2016 (VASCONCELOS, 2008). Integrada ao Sistema Único de Saúde – SUS, os serviços de atenção psicossocial são de base territorial, de acesso público, universal e gratuito. São serviços inteiramente substitutivos e não complementares ao hospital psiquiátrico, pois eles devem ser capazes de acolher de forma plena as pessoas com transtorno mental, “buscando a preservação de seus laços sociais, sua autonomização e sua inserção e valorização na sociedade”. (2008, p. 57)

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica se constituiu como um processo político e social, a partir dos anos 70. Esse mo-

vimento foi influenciado pelo Movimento de Reforma Sanitária, que mesmo centrado na região Sudeste e responsável pela construção do Sistema Único de Saúde (SUS), foi espalhando-se de forma desigual pelo restante do país. Nesse contexto, houve intensas transformações nos planos cultural e social, com o intuito de substituir o modelo asilar e centrado nas ações para a garantia de direitos civis das pessoas com transtorno mental (ROSA, 2008). Pode-se apreender disso, que a Reforma Psiquiátrica brasileira centrou esforços, e ainda está em constante processo de construção, na conquista de direitos sociais (participação social, serviços públicos de qualidade, etc.) e em direitos civis (liberdade, igualdade, etc.), apesar dos retrocessos postos a partir de 2016/17.

Segundo Vasconcelos (2008), essas aspirações no campo da saúde mental levaram ainda à formação do Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental e de Reforma Psiquiátrica. Acerca de 30 (trinta) anos atrás, em dezembro de 1987, o Manifesto de Bauru constituiu-se como um documento histórico que marcou o nascimento e formação do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, com o lema “por uma sociedade sem manicômio”. Esse processo “teve importância política fundamental como impulsionador do processo de Reforma Psiquiátrica e dos dispositivos organizadores de trabalhadores, usuários e familiares a partir da década de 1990”. (2008, p. 57)

Durante o período de 1987 a 1993, vários eventos foram articulados para a consolidação do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, que teve seu I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial realizado em Salvador - Bahia no ano de 1993. Segundo Vasconcelos (2008), desde 1987

tem-se observado um certo reconhecimento e estímulo difuso, embora desigual e descontínuo, para a organização desses dispositivos, no âmbito dos novos serviços de atenção psicossocial, dos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) e muitas vezes a partir dos Núcleos Locais do Movimento da Luta Antimanicomial. Carvalho (2008), aponta que foi a partir desse encontro em Salvador - Bahia que foi elaborada a carta sobre os direitos dos usuários e familiares dos serviços de saúde mental, e em seu relatório final o movimento foi definido como um movimento social, plural, independente, autônomo que deve manter parcerias com outros movimentos sociais.

As manifestações populares de usuários e seus familiares da saúde mental, conforme Vasconcelos (2013), contribuíram para a trajetória da Reforma Psiquiátrica em vários países do mundo, principalmente a partir de 1970. São movimentos que têm desempenhado importante papel na proposição de novas ideias, para uma Reforma Psiquiátrica em constante movimento e construção. Segundo esse mesmo autor, em outros estudos sobre dispositivos associativos e luta no campo da saúde mental:

Esse processo de emergência das numerosas associações de usuários de serviços e de seus familiares sem dúvida alguma tornou ainda mais complexo o processo social, político, institucional e teórico-profissional da Reforma Psiquiátrica, uma vez que agora a dinâmica de transformação passa a incluir também a explicitação dos interesses diretos dos usuários e familiares. As mudanças implicam desde o nível das práticas cotidianas nos novos serviços, até o plano da gestão e da política de saúde mental mais

ampla, pela presença e militância ativa de suas lideranças nos conselhos, conferências e demais instâncias do que foi denominado no SUS de controle social. (VASCONCELOS, 2008, p. 58)

Nesse sentido, é possível analisar que as Associações de usuários e de seus familiares de serviços de saúde mental são formas de poder que têm ganhado importância e bastante difusão. São organizações democrático-populares que lutam através de reivindicações em prol da cidadania social e garantia da participação popular no cenário de decisões.

Conforme foi apreendido, observa-se que no Piauí ocorreu um atraso histórico, em relação ao Brasil, no que se refere aos pressupostos da Reforma Psiquiátrica. Apenas a partir de 2000 que o Estado passa a realizar ações no sentido de promover ações e serviços de saúde de base comunitária e visando a cidadania da pessoa com transtorno mental. Em 2001, é promulgada a Lei Municipal de Teresina 2.987, de 17 de maio 2001, que “dispõe sobre a política de saúde mental e de assistência psiquiátrica, bem como trata da regulamentação dos serviços de saúde mental no município de Teresina, em termos prevenção, reabilitação, ensino, pesquisa e dá outras providencias”. (TERESINA, 2001).

Segundo Rosa *et al* (2011) afirma que esse dispositivo legal sobre a política de saúde mental, de assistência psiquiátrica, da regulamentação dos serviços de saúde mental do município, pressupôs o emprego de uma política de atenção integral em saúde mental, mas não assegurou a materialização de um novo modelo de assistência em saúde mental.

Nesse contexto, a política de saúde mental do município de Teresina, Lei Municipal de Teresina 2.987, de 17

de maio 2001, prevê no seu Art. 10 uma gestão participativa dos serviços municipais de saúde mental, por meio da instituição de uma Comissão Municipal de Saúde Mental, constituída de 11 (onze) membros titulares e igual número de suplentes, a considerar como representantes as seguintes entidades ou instituições:

Parágrafo Único - Comporão a Comissão Municipal de Saúde Mental representantes das seguintes entidades ou instituições:

I - Associação Psiquiátrica do Piauí;

II - Associação Comunitária de Saúde Mental do Piauí;

III - Conselho Regional de Medicina do Piauí;

IV - Conselho Regional de Psicologia do Piauí;

V - Conselho Regional de Enfermagem do Piauí;

VI - Conselho Regional de Serviço Social do Piauí;

VII - Ordem dos Advogados do Brasil - Seção do Piauí;

VIII - Entidades de usuários;

IX - Universidade Federal do Piauí;

X - Fundação Municipal de Saúde. (TERESINA, 2001)

Observa-se aqui a fragilidade por parte do poder público municipal em relação a gestão participativa dos serviços municipais de saúde mental, pois não houve uma incorporação efetiva e bem especificada de como seriam essas entidades de usuários da saúde mental. Na política de saúde mental do município de Teresina não fica claro como ocorrerá o funcionamento e a participação desses usuários na política de saúde mental do município de Teresina. Mesmo

com essa debilidade, em 2004, a partir de uma iniciativa popular, foi feito um Manifesto do dia da Luta Antimanicomial no Piauí e encaminhado ao poder público estadual e municipal, com 233 assinaturas a favor da Reforma Psiquiátrica no âmbito local.

Essa ação foi estruturada pelo NINA (Núcleo Interestadual Antimanicomial) e pela ÂNCORA, além de trabalhadores da saúde mental e estudantes. O manifesto propunha, entre outras ações, a execução imediata da Reforma Psiquiátrica no Piauí, com a substituição do modelo manicomial por serviços de base comunitária. (Manifesto do dia da Luta Antimanicomial no Piauí, 2004). Embora o Movimento Antimanicomial do Piauí tenha surgido de maneira tardia e ainda com pouca participação, de acordo com Carvalho (2008), esse movimento tem se consolidado como movimento social, promovendo alterações significativas “nas políticas públicas, nas relações e representações da loucura, no fortalecimento da promoção da autonomia e cidadania dos usuários e apontado para as ações de inserção das pessoas com sofrimento psíquico no mercado de trabalho” (2008, p. 87).

O movimento social em saúde mental no Piauí é representado pela Associação de usuários, familiares e pessoas interessadas na causa da saúde mental, no âmbito do Estado – ÂNCORA. Essa associação, desde o ano de 2001, tem direcionado suas ações para atividades em grupo, como os encontros de formação política, reuniões, oficinas, seminários, fóruns, participação de seus membros em eventos regionais e nacionais de saúde mental e de luta antimanicomial, representando o Estado do Piauí.

Nesse contexto, cabe analisar as ações que foram promovidas pela ÂNCORA com o intuito de promover a inser-

ção laborativa de seus usuários e quais têm sido os avanços e desafios percebido no âmbito desse movimento social, que representa a realidade do Estado em relação a inserção da pessoa com transtorno mental pela via do trabalho.

Em entrevista, a representante dessa Associação fala sobre as definições do arcabouço legal e normativo da ÂNCORA, vinculados as ações dessa instituição em relação as práticas de inserção da pessoa com transtorno mental pela via do trabalho:

No meu ponto de vista, mesmo representando dois segmentos o CAPS III e a ÂNCORA, a minha definição, em relação a isso, é que essa política é uma coisa em processo.. ainda não há nada... assim, digamos...legalizado. E eu definiria como uma política que está em construção. E ainda diria que essa construção, eu como terapeuta ocupacional e como entrevistadora, estou construindo isso na medida em que eu estou me deparando com cada dificuldade. Então, cada dificuldade que estou me deparando isso vai fazendo com que eu vá traçando esse caminho de construir essa política... que é inexistente, tanto dentro da Associação... a gente não tem dentro da Associação nada que diga que tenha que incluir, nenhuma cláusula, nenhum estatuto, nem nada que tenha que incluir, e muito menos no CAPS. (Representante da ÂNCORA e profissional do CAPS)

É possível apreender, a partir da fala da entrevistada acima, que essa profissional define a política de inserção da pessoa com transtorno mental pela via do trabalho como algo que ainda não está finalizado e bem orientado para

ser definido como um arcabouço legal e normativo para as ações da ÂNCORA e do próprio CAPS. Nota-se, com a fala dessa representante da ÂNCORA e também profissional de um CAPS de Teresina, que trata-se de uma política que está em constante processo de construção e já se constitui como preocupação de alguns profissionais a medida em que eles vão se deparando com cada dificuldade da rede dos serviços de saúde mental, devido à grande demanda dos usuários por inserção em atividades laborativas, com ações fora dos muros dos serviços substitutivos.

Apesar da implementação da Reforma Psiquiátrica no país, observa-se que, em relação a inserção pela via do trabalho, um dos elementos de destaque nesse processo, considerando que um dos pilares da reforma é a cidadania, as atividades continuaram limitadas dentro dos serviços substitutivos de saúde mental, através dos projetos de geração de renda (GOMES, 2014). Nesse sentido, a autora destaca que “apesar da implementação da Reforma Psiquiátrica no país e dos sentidos distintos que se assumiu em seu interior para o trabalho das pessoas com transtorno mental, manteve-se a realização dessas atividades limitada à realidade institucional dos serviços de saúde mental” (2014, p. 32).

Sabe-se que em relação aos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, foi incorporado como uma de suas premissas a questão dos direitos e da cidadania da pessoa com transtorno mental, no sentido da desinstitucionalização. A inserção da pessoa com transtorno mental no trabalho aparece como um dos desafios no campo da Reforma Psiquiátrica, pois constitui-se ainda uma questão complexa e inacabada nas suas resoluções. Segundo Gomes (2014) para que os sujeitos sobrevivam com um mínimo de dignidade é preciso

haver condições econômicas para isso. “Em que pese o dever do Estado para com esses sujeitos em termos de contrapartida assistencial (preconizado enquanto direito constitucional), há que se considerar a configuração real do atual sistema de proteção social” (2014, p. 203).

Sobre o início das ações e serviços que são desenvolvidos pela ÂNCORA no sentido de inserir a pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho, no contexto teresinense, a representante dessa Associação afirma que as ações em prol dessa causa tiveram início no ano de 2009, com a proposta de lei que foi encampada em 10 de outubro de 2008, pela deputada Flora Izabel, durante um seminário que ocorreu nesse período para discutir sobre a inclusão da pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho.

Na ÂNCORA, eu acho que mais ou menos desde 2009, a gente vem discutindo esse tema e tentando fazer alguma coisa. Porque eu digo desde 2009? Porque foi em 2009 que a gente apresentou o primeiro projeto de lei que seria para incluir a pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho através de um projeto da Deputada Flora Isabel, então eu acho que desde aí a gente já iniciava essas ações de garantir e fomentar essa inclusão (Representante da ÂNCORA e profissional do CAPS).

A profissional entrevistada refere-se a proposta de lei, elaborada e fomentada pelo movimento social em saúde mental local, ÂNCORA, conhecido como Lei Carrano, encampado pela deputada estadual Flora Izabel (PT), que dispõe sobre a Política Estadual para integração, reabilitação e inserção no mercado de trabalho da pessoa com transtorno

mental. No período em que a lei foi proposta, a ÂNCORA convocou todos os profissionais e pessoas interessadas na saúde mental do Estado para participarem do Fórum de Discussão para a Construção de Estratégias sobre a Política Estadual de Inserção no Mercado de Trabalho de Pessoas com Transtorno Mental, ocorrido na capital piauiense no dia 11 de novembro de 2008.

O projeto levava o nome do escritor brasileiro Austregésilo Carrano Bueno, que integrou de forma efetiva o Movimento da Luta Antimanicomial e definiu muitos dos conceitos que hoje são utilizados nos serviços substitutivos, como CAPS e também esteve no Piauí, em Teresina, em um dos eventos da luta antimanicomial promovidos pela ÂNCORA. A proposta de lei era voltada para estender às pessoas com transtorno mental, atendidas pelos CAPS, a política estadual de inclusão no mercado de trabalho, que já beneficiava deficientes físicos e visuais, o que resultaria também na melhoria da qualidade de vida da pessoa com transtorno mental.

Esse espaço de diálogo se constituiu um momento muito importante na história da luta antimanicomial no Piauí, no que se refere a demanda de prioridade na agenda das políticas públicas do Estado para tratar sobre a inserção da pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho e suas implicações, pois ao longo desse Fórum foram realizadas discussões sobre temas como: a importância das pessoas com transtorno mental no mercado, o projeto de Lei Carrano, o combate ao preconceito e os direitos das pessoas com transtorno mental.

Além disso, a partir desse Fórum, em cerca de 90 dias, seria realizada a instalação do Núcleo de Saúde Men-

tal, um serviço que trabalharia em conjunto com os CAPS, para fazerem triagem das pessoas atendidas por esses centros que poderiam ser inseridas no mercado de trabalho, com as atividades que elas conseguiriam desenvolver. Após o Fórum, a proposta de lei foi apresentada à Assembleia Legislativa, mas foi barrada. Isso não significou apenas a negação de um projeto de Lei, mas um retrocesso para a Construção de Estratégias sobre a Política Estadual de Inserção no Mercado de Trabalho de Pessoas com Transtorno Mental. Conforme Rosa (2009) um dos desafios no plano municipal e estadual é a saúde mental ganhar prioridade na agenda das políticas públicas “dos gestores, para, a partir daí, constituir-se em matéria legislativa e assistencial, assegurando-se condições básicas, não só de acesso ao trabalho, mas também ao tratamento”. (ROSA, 2009, p. 70).

Em seus estudos, Rosa (2009) apresenta que esse desfalque na prioridade em saúde mental por parte do poder público prejudica o acesso da pessoa com transtorno mental a seus direitos, inclusive a sua circulação na cidade, pressuposto básico da Reforma Psiquiátrica, tendo em vista que o Estado tem dificuldade até mesmo de disponibilizar a esses indivíduos o acesso ao transporte público, por meio do acesso ao “vale transporte”, fornecido com um número restrito aos Centros de Atenção Psicossocial.

Como visto, a política de saúde mental, fundamentada nos princípios da Reforma Psiquiátrica no município de Teresina, avançou em função das políticas indutoras do Ministério da Saúde, que, com o fechamento de leitos, esperava fomentar a criação de serviços substitutivos, ou seja, CAPS. Mas, tal criação, só ocorreu com os Termos de Ajustamento de Condutas – TAC do Ministério Públi-

co Estadual. Nesse sentido, um ator político fundamental para o avanço na política de saúde mental reformada, foi a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, com sua política indutora, que assegurava recursos específicos para a abertura de novos serviços e o Ministério Público Estadual com suas ações judiciais.

Porém, ações mais amplas envolvendo a inserção no mundo do trabalho ou ações de geração de emprego e renda somente passam a ocorrer a partir de iniciativas pontuais de profissionais da área de saúde mental que respondem a editais lançados pelo Ministério da Saúde, a exemplo do município de União com o projeto Helicônia, ou de ações ocorridas em Teresina como o *PET Look* (atividade de geração de renda que produz laços e fitas como adereços de animais), projetos de hortas, bijuterias e outros. Segundo os estudos de Maranhão (2014) as profissionais entrevistadas em um CAPS de Teresina reconhecem a necessidade de trabalhar com os usuários em oficinas de geração de emprego e renda e algumas consideram que essas atividades devem ultrapassar os muros do CAPS. Com isso, é possível afirmar que alguns profissionais, de forma pontual, persistem na luta por inserir a pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho e em ações de geração de emprego e renda, haja vista o que elas potencializam em termos de empoderamento, autonomia, reconhecimento e outras perspectivas de vida e relações entre a pessoa com transtorno mental e a sociedade, principalmente com a família.

Para Maranhão (2014) apesar das barreiras institucionais observadas no âmbito desse serviço substitutivo analisado, CAPS, percebe-se que essas, dentre outras atividades, tem sido aliadas no processo de trabalho dos profissionais, pois

muitas vezes, “apesar de não se constituírem em oficinas de geração de emprego e renda, geram relações humanas e têm aproximado os profissionais das verdadeiras necessidades dos usuários” (2014, p. 114).

Em audiência pública promovida pela Defensoria do Piauí e coordenada por Dr. Igo Castelo Branco, em 17 de junho de 2016, com profissionais e usuários do CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), as demandas em torno do trabalho ganharam destaque:

Um usuário disse que é mecânico de automóvel e tem o desejo de exercer a profissão, mas, depois que teve o diagnóstico tem percebido barreiras de inserção no mercado de trabalho e exercício do seu ofício. Outra usuária, igualmente informou barreiras na inserção no mercado de trabalho. Em processos seletivos, ao informar que toma medicação ou é acompanhada por psiquiatra e psicólogo, é barrada. Uma terceira usuária também informou que era gerente e apresentou problema com consumo nocivo de álcool e depressão. Trabalhava em uma rádio evangélica e o Pastor a recriminou e a demitiu ao saber de seus problemas de saúde, que não são encarados como tal. Como doença deveria ser afastada para licença médica para tratamento, e não demitida. Informa que aos 50 anos é difícil se colocar no mercado de trabalho, excludente como é, e destinado para os mais jovens (ROSA, 2016).

Muito se tem avançado na sensibilização e reconhecimento da pessoa com transtorno mental, mas ainda existem muitas dificuldades da política de saúde mental ganhar

prioridade na agenda das políticas públicas dos gestores, no âmbito estadual, sobretudo na capital, o que reflete na prática de algumas instituições. Nesse trabalho de pesquisa foi possível entrevistar gestores e representantes das instituições que são destinadas a capacitar e qualificar profissionalmente os munícipes de Teresina, com vistas a inseri-los no mercado de trabalho, favorecendo a inserção social e conseqüentemente a geração de emprego e renda, e também fomentadores dessas ações no município. Os representantes das instituições entrevistadas apontaram que a grande dificuldade para se avançar em ações de inserção da pessoa com transtorno mental pela via do trabalho é a escassez de recursos destinados para essas questões:

Mas falando de uma maneira geral o que a gente observa hoje é que as pessoas estão mais sensíveis em relação a pessoa com transtorno mental, principalmente psicossocial, porque hoje é uma realidade e as pessoas já compreendem que é um problema de saúde. [...] Dentro da Fundação Wall Ferraz ainda é uma coisa que a gente precisa desenvolver muito essa questão da inserção no mercado de trabalho [...]. Ainda hoje é algo que a gente precisa aprofundar. Dentro da Fundação Wall Ferraz há a política de inserção dos nossos egressos no mercado de trabalho e hoje a gente tem tido dificuldade, porque os nossos recursos são muito escassos. Então a gente tem dificuldade de equipe. A gente pensou a ação, executou a ação, que é o balcão trabalhador, que é um ponto de apoio desses egressos, mas a gente tem tido dificuldade de executar a ação, devido à ausência de recursos (Representante da Fundação Wall

Ferraz).

As barreiras que observo aqui na SEMEST são as barreiras até mesmo de questão financeira, porque os recursos são poucos e aí existem as barreiras que dificultam avançar, mas que mesmo com as dificuldades tá sendo feito, tá sendo realizada várias ações. (Representante da SEMEST - Secretaria Municipal de Economia Solidária de Teresina)

No depoimento dos representantes dos gestores entrevistados, observa-se o reconhecimento da necessidade de “desenvolver”, “aprofundar” a questão, mas, as barreiras da limitação de recursos humanos ou financeiros acabam ganhando destaque nas falas, sem que outras estratégias sejam sinalizadas para superar os entraves. Observa-se a endogenia dos órgãos, que atuam tendo em vista recursos próprios, sem maiores articulações parceiras, ou seja, sem otimização do que a rede como um todo, atuando de maneira conjugada, sinérgica, possa oferecer. Cada órgão, atua isoladamente.

Há dificuldade de priorizar as políticas e ações em saúde mental, por parte do poder público, e consequentemente a escassez de recursos destinados para se avançar em ações de inserção da pessoa com transtorno mental pela via do trabalho, tem reflexo inclusive na aprovação das leis que interessam, surgem como barreira para a normatização dessa questão.

No projeto de Lei de 2009, que barreira foi? Ia mexer com recursos do fundo estadual, todo projeto de Lei, foi assim que justificaram para a gente, que mexe com recursos do fundo estadual, eles colocam

mil dificuldades, porque? O que é que tinha de diferente nesse projeto de Lei que agora nós não mexemos com recurso, nem nada. O primeiro projeto de Lei a gente colocou que seria criado um Núcleo de Saúde Mental do Trabalho para isso teria que ter recursos humanos e dinheiro, porque a gente já estava pensando numa coisa que talvez em 2009 eu nem me atentava, mas agora com a fala dos usuários e com o que eu estou vendo, eu vejo que só vai se for desse jeito (Representante da ÂNCORA e profissional do CAPS).

Sabe-se que com o projeto de Lei Carrano muitas expectativas foram geradas, pois essa proposta aparecia, nesse contexto, como importante arcabouço legal e normativo para a inserção da pessoa com transtorno mental pela via do trabalho e que, com sua aprovação, muitos esforços teriam sido somados para que vários órgãos estaduais, a partir de então, implementassem ações de inserção desse público no mercado de trabalho. Mesmo com essas dificuldades normativas, e todos os desafios que surgiram, a ÂNCORA e outras instituições, que foram analisadas nesse trabalho de pesquisa, têm implementado ações no sentido de inserir a pessoa com transtorno mental pela via do trabalho:

Como ações da ÂNCORA eu diria que a elaboração do primeiro projeto de lei em 2009 e agora em 2017 um novo projeto de lei que já foi protocolado agora em junho, na Câmara dos Deputados. Nós temos também entregue recentemente, agora em julho, para Câmara dos vereadores um projeto 'Selo Mente Aberta', que é também para as empresas que empregarem ou con-

tratarem pessoas com transtorno mental receberem esse selo. Está sendo avaliado pelo Vereador Luiz André e em termos de ações de geração de renda na ÂNCORA, a gente tem...quando a gente fez um livro em 2009... que é o “Contextos em Saúde Mental”, e que a gente publicou as histórias de vida de alguns usuários, foi uma forma também da gente gerar renda através desse produto, desse livro que foi vendido, foi dado para eles, para revenderem e ficarem com o dinheiro. Depois disso a gente aprovou um ponto de cultura que, dentro desse ponto de cultura, teria, não só atividades culturais, mas algumas atividades que também poderia gerar renda, como aperfeiçoamento na parte de informática, teatro, serigrafia, pintura, que também foi uma espécie de capacitação e geração de renda, mas que eu percebo hoje que é uma coisa temporária. Gerou renda, aconteceu naquele momento, mas na hora que acaba as oficinas a gente não tem visto essa continuidade desse trabalho aprendido, dessa geração de renda ser continuada (Representante da ÂNCORA e profissional do CAPS).

É importante destacar muitos pontos que precisam ser analisados com a fala da representante da ÂNCORA. A primeira, remete à descontinuidade das ações, pois ao ser aprovado um projeto a partir de um edital, e ao ser encerrada a atividade, quando termina o financiamento, há dificuldade em continuar a ação, que ganha pouca institucionalidade. A segunda é que a ÂNCORA tem a preocupação de sensibilizar os empregadores através de ações como o projeto “Selo Mente Aberta”, mesmo que o projeto esteja ainda em fase de análise, por parte do poder público, é possível apreender que

as ações desenvolvidas por essa Associação mostra-se em sintonia com um dos maiores desafios apresentados pelos profissionais e gestores das instituições analisadas no campo da inserção no mercado de trabalho da pessoa com transtorno mental, que é a sensibilização do setor de contratação das empresas, pois são elas que solicitam e escolhem o perfil profissional das pessoas que desejam empregar.

A barreira que serve para os dois lados, tanto para os deficientes como os transtornos mentais, é a sensibilização do empresariado é uma grande barreira, é uma grande barreira. Ele não acredita, ele não quer isso, empresariado quer lucro, quer pessoas proativas, que produzam, eles não querem perder tempo. Porque quando você contrata uma pessoa com deficiência ou uma pessoa com transtornos mentais ele vai ter que se acercar de alguns cuidados, o deficiente ele vai ter que adaptar, ele vai ter que gastar com isso. As pessoas com transtornos mentais ele vai ter que se acercar de outros cuidados, ele vai ter que gastar com isso, e ele não quer fazer esse gasto. Ele tem medo, ele acredita que vai ter problema. Essa é uma barreira. (Representante da Ação Social Arquidiocesana - ASA)

Com a análise das falas é possível apreender que a propalada “responsabilidade social” das empresas, é limitada aos interesses mercadológicos, ou seja, a questão da cidadania da pessoa contratada não entra no jogo contábil. Entre os “deficientes” selecionados, a triagem é excludente em relação à pessoa com transtorno mental, ainda vista como risco, investimento, maior gasto.

O representante da Ação Social Arquidiocesana (ASA) entrevistado, relata sobre o verdadeiro interesse do empresariado quando vai realizar uma contratação e o descrédito observado por ele, por parte das empresas, em relação às pessoas com transtorno mental. Na pesquisa foi possível analisar essa organização da sociedade civil devido o reconhecimento de Utilidade Pública, no seu âmbito municipal, estadual e federal que ela possui.

A ASA é registrada em diversos Conselhos de Políticas Públicas no que diz respeito a ações de inserção e pleno exercício da cidadania, principalmente pela via do trabalho. Um dos seus projetos mais conhecidos nessa área se chama “Levanta-te e vem para o meio”, que tem por missão promover a pessoa com deficiência, oferecendo cursos para que os participantes tenham mais condições de empregabilidade e competitividade, tornando-as ativas não só no processo econômico, como também o resgate da dignidade e cidadania.

Mas essa instituição não realiza ações específicas para o público com transtorno mental. Para seu representante entrevistado existe uma diferença entre transtorno mental e deficiência. Para esse profissional cada grupo de necessidades específicas devem buscar suas instituições de assistência, pois não cabe a ASA esse tipo de atendimento. Nota-se que o CAPS perde o que poderia ser um grande serviço de apoio de rede no sentido de ações que visam inserir a pessoa com transtorno mental, rede essa tão necessária ao atendimento de diversas demandas no âmbito da saúde mental dentro desses serviços substitutivos.

A ASA não trabalha especificamente com pessoas com transtornos mentais. Ela trabalha com pessoas com deficiência. Então

aí existe, e pode até ser pesquisado depois o que é considerado deficiência e o que é considerado doença mental. A gente entende que as deficiências mentais já têm outras instituições da rede de assistência que pode estar recebendo, por exemplo o CAPS droga, o CAPS que trabalha a questão de doenças psicológicas, existe a Associação de pessoas que têm esquizofrenia, então existe por exemplo a AMA que trabalha com autismo. Autismo entrou no rol das deficiências, até a alguns anos atrás ela não era tida como deficiência era tida como uma doença, um transtorno mental. Agora sim ela é tida como uma deficiência. Agora, a esquizofrenia, depressão, transtorno bipolar, essas não se enquadram dentro da conceituação de deficiência, então nós não trabalhamos com esse público (Representante da Ação Social Arquidiocesana - ASA)

Como visto, mais uma vez, a segregação da pessoa com transtorno mental é reforçada, como se tivessem instituições e serviços específicos para esse público. Sabe-se que há recursos públicos investidos em instituição como a ASA, mas os critérios de seleção são excludentes, não universais. Há critérios de deficientes que são estabelecidos como público alvo de suas ações, e o deficiente psicossocial não está incluso.

Sobre a necessidade de sensibilização dos empresários, como foi possível apreender em uma das falas do representante da Ação Social Arquidiocesana – ASA, o empresário tem interesse de encontrar justificativas e entender seus ganhos para poder dá uma oportunidade de emprego formal ou poder contratar um serviço terceirizado de uma cooperativa de trabalho, ou de uma pessoa com transtorno mental. Nesse sentido, como foi possível apreender o pro-

jeto “Selo Mente Aberta”, planejado e fomentado pela ÂNCORA, é um exemplo de iniciativa que tem o intuito que as empresas que contratarem pessoas com transtorno mental sejam reconhecidas com um selo de qualidade, ofertado por uma entidade que tem valor no âmbito da política de saúde mental do Estado.

Mas eu acho que essa é a barreira principal disso tudo e as vezes a minha experiência (CAPS e ÂNCORA) que eu tenho de diversas vezes de ir nos locais onde se capacita e depois se inclui no mercado de trabalho tentar vaga para essa clientela com transtorno mental e sou barrada. (Representante da ÂNCORA e profissional do CAPS).

Para a representante do Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial – SENAC, instituição com 71 anos de existência que já preparou mais de 45 milhões de pessoas para o mercado de trabalho, há casos de capacitação de pessoas com transtorno mental para o mercado de trabalho, inclusive com nomes desses indivíduos em bancos de oportunidades (bancos de dados da instituição), mas o principal obstáculo para a real inserção desses usuários no mercado são os próprios empregadores, que exigem um perfil criado por eles mesmo, que desfavorece a pessoa com transtorno mental.

Sim, nós aqui no SENAC temos alguns casos de profissionais com transtorno mental, que inclusive, como eu lhe mostrei, foi encaminhado ao mercado de trabalho, mas infelizmente não obtiveram sucesso. Como eu te disse, o banco de oportunidades dá oportunidade que eles participem de processos de seleção de entrevista, então quem

selecionam são as empresas. Então, de acordo com o perfil exigido é que eles devem ter verificado alguma coisa para o qual ele não foi aprovado naquele momento (Representante do Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial – SENAC).

Sabe-se que o SENAC, mantida mediante a contribuição compulsória do comércio de 1% para essa instituição, calculada sobre a folha de pagamento das empresas, é uma entidade de educação profissional, voltada para a área de comércio de bens, serviços e turismo, aberta a toda a sociedade, ofertando cursos em diferentes disciplinas de: Gestão, Comércio, Turismo, Hospitalidade, Conservação e Zeladoria, Beleza, Moda, Informática, Comunicação, Design, Artes, Tecnologia Educacional, Idiomas, Meio Ambiente, Segurança, Produção de Alimentos e Saúde.

De acordo com o site da instituição, o SENAC é bastante procurado por empresas para encaminhamento de ex-alunos ao emprego. Esta procura deve-se à boa formação profissional recebida pelo aluno, atendendo ao projeto pedagógico da instituição que qualifica o profissional conforme o perfil exigido pelo mercado de trabalho. Conforme apreendido quem dita as regras, ou seja, o perfil a ser contratado, são os próprios empregadores cabendo a eles os critérios exigidos, que muitas vezes exclui a pessoa com transtorno mental sem levar em conta as suas potencialidades.

Muitas vezes eles não dão o porquê, o motivo. A grande maioria é realmente o desempenho profissional, a gama maior que não é aprovado é o desempenho, porque tem que se qualificar pelo SENAC, mas tem que ter a produtividade, tem que ter

um perfil profissional no que desrespeita a ética, ao comportamento, assiduidade, interesse, hoje a questão do relacionamento interpessoal é importantíssima. (Representante do Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial – SENAC).

Outra instituição analisada que a representante também observou essa dificuldade na inserção da pessoa com transtorno mental foi o Sistema Nacional de Emprego – SINE. É um programa do Ministério do Trabalho e Emprego, criado através do Decreto 76.403 de 08 de outubro de 1978, coordenado a nível Nacional pela Secretaria de Políticas de Empregos e Salário - SPES, tendo como meta a organização do mercado de trabalho em todos os Estados. De acordo com o site do SINE, no Piauí, este programa é administrado pela Secretaria do Trabalho e Empreendedorismo - SETRE através do SINE-PI, criado por força do Decreto 256, de 10 de maio de 1977. Essa instituição realiza alguns serviços como: informações e orientação sobre o mercado de trabalho, intermediação de mão-de-obra, seguro-desemprego, qualificação de mão-de-obra, apoio ao trabalho autônomo (serviços), expedição de Carteira de Trabalho e Previdência Social.

O SINE, no Estado do Piauí, realiza ainda um atendimento diferenciado aos trabalhadores com algum tipo de deficiência e as demandas do empresário para este. Possui um banco de trabalhadores inscritos contendo todas as tipologias de deficiência e as empresas que solicitam esses serviços recebem esses trabalhadores homologados de acordo com a Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. As cotas dos deficientes são determinadas pela Lei 8.213/91, em seu artigo 93 (BRASIL, 1991):

Art. 93. A empresa com 100 (cem) ou mais empregados está obrigada a preencher de 2% (dois por cento) a 5% (cinco por cento) dos seus cargos com beneficiários reabilitados ou pessoas portadoras de deficiência, habilitadas, na seguinte proporção:

- I - até 200 empregados 2%
- II - de 201 a 500 3%
- III - de 501 a 1.000 4%
- IV - de 1.001 em diante 5%. (BRASIL, 1991).

Através da fala da representante do Sistema Nacional de Emprego – SINE, é possível ter conhecimento de que uma das grandes dificuldades da inserção da pessoa com transtorno mental pela via do trabalho não está apenas na falta de capacitação desses usuários para o mercado, mas quando capacitados para a vida laboral encontram outros desafios na inserção devido as resistências e preconceito encontrados no setor de contratação das empresas buscadas por esses indivíduos, o que aponta para a necessidade de ações voltadas para a maior sensibilização desse setor.

Eu acho que a barreira maior são as próprias empresas. Porque o nosso trabalho aqui no SINE é a inclusão no mercado de trabalho, então dificilmente quando a gente vai pegar vaga para deficiente, eles já colocam o perfil. Geralmente é cegueira, perda de um olho, baixa visão, são as deficiências mais procuradas no mercado de trabalho. É baixa visão, cegueira e perda de algum membro superior ou inferior. A empresa especifica isso, ela que manda o perfil. Ela manda o perfil e a gente coloca no sistema e envia eles para lá, mas na realidade o perfil vem da empresa, a exigência da de-

ficiência é do empregador (Representante do Sistema Nacional de Emprego – SINE). Talvez a baixa renda, a baixa produção que talvez essa pessoa pudesse trazer para a empresa. Na verdade, só eles mesmo poderiam lhe dá essa resposta, porque como eu já lhe falei o mercado ele nunca, pelo menos no período que estou aqui, nunca nenhuma empresa disse ‘pode me mandar alguém que tenha transtorno’ (Representante do Sistema Nacional de Emprego – SINE).

É possível apreender a partir da análise das falas que, apesar de qualificados, quem dá a última palavra é a empresa e seus interesses, pois, “ela que manda o perfil”. Cumprem a lei, mas a deficiência é seletiva. Buscam um deficiente, próximo dos parâmetros convencionalmente definidos como “normal”, é uma empresa que não assume risco e nem quer inovar.

Como foi possível analisar, instituições como SENAC (Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial – SENAC) e SINE (Sistema Nacional de Emprego) são órgãos de grande potência no que tange a inserção da sociedade no mercado de trabalho e utilizam em seu serviço um atendimento específico à pessoa com deficiência, com cadastros em bancos de dados para facilitar o acesso das empresas interessadas. O problema é que as regras do mercado quem dita são as empresas, ou seja, o perfil a ser contratado, que tipo de deficiência, são os próprios empregadores, cabendo a eles os critérios exigidos, que muitas vezes exclui a pessoa com transtorno mental sem levar em conta as suas potencialidades e suas qualificações. Nesse sentido, essas instituições públicas têm grande dificuldade de inserir a pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho, realizado pouco, ou, muitas vezes, nenhuma inserção desse público estudado

pela via do trabalho.

O Representante da Secretaria Estadual para Inclusão da Pessoa com Deficiência- SEID aponta inclusive para a necessidade de órgãos fiscalizadores do trabalho para atuar de maneira mais forte nas empresas, pois ainda é grande o preconceito e resistência para contratar pessoas que tem algum tipo de deficiência.

Eu acho que o que precisa no momento é uma atuação mais forte dos órgãos de controle, que o que a gente ainda sente é resistência por parte do empregador de estar incluindo essas pessoas no seu quadro funcional. Muitas vezes eles pensam que uma pessoa com deficiência psicossocial é um doido, é uma pessoa que vai atrapalhar o andamento dos trabalhos dentro da empresa. Pelo contrário, são pessoas que precisam de uma oportunidade e essa oportunidade quando é dada não só para as pessoas que eu acabei de citar, mas as pessoas que tem deficiência física, visual, na maioria dos casos essas pessoas mostram que são capazes e precisam apenas de uma oportunidade. Então, eu acho que precisa de uma fiscalização mais forte por parte do ministério público do trabalho, da delegacia regional do trabalho, que são os órgãos fiscalizadores, de forma a atuar mais fortemente dentro dessas empresas, que ainda existe uma resistência por parte das empresas em contratar pessoas que tem algum tipo de deficiência (Representante da Secretaria Estadual para Inclusão da Pessoa com Deficiência- SEID)

Essa instituição aparece na pesquisa como importante

órgão público estadual de articulação e execução de políticas públicas, e legitimado pelo Conselho Estadual dos Direitos da Pessoa com Deficiência (Conede-PI), voltado para a inclusão e garantia dos direitos dessa parcela da população. Tem como missão atender às necessidades da pessoa com deficiência, qualquer que seja seu nível de comprometimento, contribuindo para o estabelecimento de sua dignidade e exercício pleno de sua cidadania e consequente transformação da concepção social

Desde 2003 a Secretaria Estadual para Inclusão da Pessoa com Deficiência- SEID vem buscando fazer trabalhos de inserção dessas pessoas não só no mercado de trabalho, mas na sociedade como um todo, buscando ações e políticas públicas que visam melhorar a qualidade de vida das pessoas com deficiência, seja na área da saúde, seja na área do mercado de trabalho, seja na área da inclusão social, seja na área da educação. E isso a SEID tem tentado fazer de forma a descentralizar essas ações não só na capital, mas no interior do Estado também, mas a ausência de fiscalização por parte dos órgãos responsáveis, sinaliza para falhas de monitoramento e avaliação da inclusão da pessoa com deficiência no mercado de trabalho.

Outra importante ação destacada pela representante da ÂNCORA, que vem sendo desenvolvida por essa instituição, é um novo Projeto de Lei que foi protocolado em junho de 2017, na Assembleia Legislativa do Estado, que institui as pessoas com transtorno mental como deficientes psicossociais e determina a inclusão destas nas políticas públicas dos deficientes do Estado do Piauí.

Nessa ação, que também é projeto de Lei, o

objetivo será o mesmo, por exemplo, assegurar esse direito. E é mais específico esse objetivo porque nesse novo projeto de Lei a gente está querendo que ele seja incluído na cota do mercado de trabalho dos deficientes e que ele seja também considerado como deficiente, tomando, não inventando nada, mas tomando como apoio legal a convenção da ONU que diz que eles têm esse direito. Então o objetivo desse projeto de Lei é garantir essa inclusão no mercado, nessa cota dos 5% de cada empresa a partir desse reconhecimento de que eles também são deficientes (Representante da ÂNCORA e profissional do CAPS).

Como foi possível apreender, o projeto de Lei, fomentado pela ÂNCORA, já foi encaminhado para a Assembleia Legislativa do Estado do Piauí – ALEPI, apresentado em nome do Deputado Estadual Dr. José Hélio de Carvalho Oliveira e constitui-se como importante ferramenta para que o Poder Executivo Estadual reconheça, conscientize-se e divulgue a condição de deficientes psicossociais das pessoas com transtorno mental em todo o Estado do Piauí.

E o projeto de lei seria nesse sentido. Garantir passe livre para viabilizar, garantir que ele possa ser incluído na cota da empresa se ela tem mais de 100 empregados, porque tem a cota e ele vai estar disputando com o cego, com o surdo, com aleijado, mas está disputando... hoje nem disputando ele está (Representante da ÂNCORA e profissional do CAPS).

Em seus artigos, essa proposta de Lei já prevê que as ações e políticas públicas, que visem ampliar a inserção

desta parcela da população na sociedade, ficarão a cargo da SEID, e deverá ter como objetivo prioritário a qualificação profissional, o incentivo, a preparação para o ingresso no mercado de trabalho e a criação de locais para o desenvolvimento do emprego apoiado. O projeto de lei visa ainda que o Estado, o Poder Executivo, deverá promover parcerias com empresas e instituições privadas visando à efetivação da presente Lei.

Cabe ressaltar, como já foi apontado no capítulo anterior dessa pesquisa, que durante a elaboração desse estudo, o projeto de Lei foi encaminhado, aprovado e publicado no Diário Oficial do Estado, no dia 04 de janeiro de 2018, o decreto do Estado que sanciona a Lei nº 7095 de autoria do deputado Dr. Hélio Oliveira (PR) que inclui pessoas com transtornos psicossociais nas políticas públicas dos deficientes do Estado do Piauí. O Indicativo de Projeto de Lei foi apresentado pelo parlamentar no dia 14 de junho de 2017. Como visto no depoimento acima, essa Lei aprovada, permite incluir a pessoa com transtorno mental no jogo das disputas no mercado de trabalho, entre as pessoas com deficiência, haja vista, ser o excluído dos excluídos.

Essa ação, que teve como agente fomentador a ÂNCORA, constitui-se como um avanço no âmbito estadual, pois, como a Lei foi sancionada, o Governo do Estado do Piauí deverá reconhecer, conscientizar e divulgar a condição das pessoas com transtorno mental, além de inclui-los em todas as ações da Secretaria Estadual para Inclusão da Deficiência – SEID, a fim de promover ações e políticas que visem ampliar a inclusão desta parcela da população na sociedade. Torna possível ainda a destinação de recursos financeiros, para fomentar a inclusão desse segmento.

Passados mais de 10 anos, o Piauí inicia suas ações para garantir à pessoa com deficiência psicossocial vagas no mercado de trabalho, a partir das cotas, com respeito a Convenção, que foi incorporada à legislação brasileira em 2008 e possui equivalência de emenda constitucional, que contemplou a esfera médica e social na nova definição de deficiência. Mais uma vez, o Piauí a despeito de seu atraso histórico, sintoniza-se com os ganhos do processo civilizatório.

A entrevistada abaixo data o início dessas ações a partir da organização de um Fórum, que contou com a presença do profissional capacitado nessa área, Romeu Sasaki, em Teresina. Esse evento surgiu a partir da necessidade que os profissionais no CAPS de Teresina sentiram, juntamente com a ÂNCORA de discutir sobre a questão, considerando o atraso histórico que o Piauí se encontra em relação a tal problemática:

Como profissional do CAPS de Teresina, digo como, não uma coisa que é geral pra todos os profissionais do CAPS, mas em si, o que me toca com essa questão, eu diria que aqui no CAPS desde outubro do ano passado, outubro de 2016... após aquele primeiro Fórum da deficiência psicossocial, que a gente trouxe o Romeu Sasaki pra cá, então eu venho tentando fomentar aqui também ações de inserção no mercado de trabalho (Representante da ÂNCORA e profissional do CAPS).

Vale registrar que nem todo profissional de saúde mental está sensibilizado para a questão da inserção da pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho, o que enseja a necessidade de buscar mais aliados, até para fomentar ações

nesse sentido. A realização do primeiro Fórum de Deficiência Psicossocial, constitui-se como um marco histórico importante na construção de ações da ÂNCORA, voltadas para a inserção da pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho, inclusive no fomento e elaboração do projeto de lei citado, que visa atender esse público específico:

Eu talvez colocaria como avanço a realização do primeiro Fórum de Deficiência Psicossocial, acho que foi um momento marcante, intersetorial, onde tivemos INSS, Ministério do Trabalho, algumas pessoas ali envolvidas, mas deu uma sacolejada, fez a gente tentar conhecer algumas pessoas, inserir. Mas a SEID começa a entender que o transtorno mental é também de deficiência, mas não basta só esse entendimento, certo? Ela precisa incluir principalmente no site dela como ação, porque se você abre o site da SEID ainda está lá quais são as ações: deficiente físico, isso e aquilo, mas não tem nada de deficiência psicossocial. Então, ela tem ajudado nos eventos de saúde mental, e aí eu diria que seria um pequeno avanço, mas não deixa de ser um avanço, nesse reconhecimento, mas na prática mesmo... no dia da deficiência, na Assembleia Legislativa, a gente começa a receber os convites e quando a gente começa a receber esse convite, eu acho que há esse reconhecimento de que a gente também faz parte desse grupo de deficiente, mas ainda é pouco. Ainda é pouco, assim. Acho que a gente quer mais, a gente quer alguma coisa mesmo específica para o deficiente psicossocial dentro da SEID. Eles inauguraram um centro odontológico agora, atrás da Polícia Militar, mas

que é só para autista e deficiente intelectual. Aí lá eles souberam botar deficiência intelectual e autista. E aí a gente começa a se questionar, como é que é para deficiente e dentro dessa categoria ainda colocou para fora os outros? Mas eles devem ter as questões dele, né? (Representante da ÂNCORA e profissional do CAPS).

Como visto no depoimento acima, parece haver a hegemonia do grupo de deficientes físicos, para os quais as ações da SEID são enfatizadas. Outros grupos também ganham ações específicas, como o autista e deficiente intelectual, ou seja, são ações localizadas e restritas a grupos específicos, sendo excludentes em relação à diversidade das deficiências. Com certeza, são os grupos mais organizados que ganham projeção nas ações da SEID, que se constitui arena de luta na direção de suas ações, que são orientadas por determinados segmentos de deficientes. Tal fato, sinaliza para a importância da maior organização e visibilidade da pessoa com transtorno mental no cenário das disputas políticas em torno das ações das políticas públicas, sobretudo da SEID, o que já vem ocorrendo, inclusive pela ocupação da representação no Conselho Estadual de Saúde, desde 2015, tendo a Jossinete e Marta Evelin Carvalho, como representantes.

No Estado do Piauí, devido esse atraso nas discussões em relação as possibilidades efetivas de inserção da pessoa com deficiência psicossocial na sociedade, esse público tem sido excluído e discriminado das ações do Estado, pois existe uma constante e errônea identificação, por parte dos profissionais e gestores, da deficiência psicossocial (impedimentos de natureza mental) como sinônimo da deficiência intelectual (impedimentos de natureza cognitiva). Por isso,

o reconhecimento dos direitos da pessoa com deficiência psicossocial, no âmbito do Estado do Piauí, constitui-se no processo de protagonismo e empoderamento, indispensável para a reabilitação psicossocial desses indivíduos.

Um dos pressupostos da Convenção está apontado em seu artigo primeiro, que afirma que pessoas com deficiência são aquelas que têm “impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas” (ONU, 2006). A partir da Convenção da ONU de 2006, a pessoa com transtorno mental não é vista apenas do ponto de vista de suas limitações funcionais, mas como foco nas barreiras impostas pelo ambiente e pelas atitudes. Nesse sentido, o transtorno mental (esquizofrenia, transtorno bipolar e outras psicose) ajustou-se perfeitamente ao conceito de deficiência proposto nessa Convenção, considerando que são pessoas com significativos impedimentos de natureza psicossocial e fortemente excluídas e discriminadas.

Segundo Sasaki, especialista que estuda de perto os avanços teóricos, práticos e terminológicos dos dois setores envolvidos nesta questão: o da saúde mental e o das deficiências, deficiência psicossocial não é o mesmo que transtorno mental. Deficiência psicossocial é uma seqüela oriunda do transtorno mental, que pode levar a uma limitação, ou seja, uma deficiência. Para este especialista, incapacidades são “barreiras naturais e/ou construídas e/ou atitudinais que, em interação com uma pessoa com deficiência, impõem uma incapacidade (limitação, dificuldade) sobre a pessoa” (2012, p. 21).

Conforme Gomes (2017), as explicações que se referem a todas as deficiências de uma forma geral, a partir da Convenção da ONU de 2006, é extensivo para à deficiência psicossocial, ou seja, “de que as pessoas com essa deficiência não são incapazes, precisam, em sua maioria, de adaptações para exercer suas atividades em geral, e este mesmo princípio se aplica ao trabalho” (2017, p. 234). Muitas vezes, levando em consideração as habilidades que possam ser aproveitadas no processo necessário de adaptação de um trabalhador às suas funções no trabalho disponível.

Gomes (2017) realiza estudos sobre programas de inserção das pessoas com transtorno mental no trabalho formal e analisa algumas experiências no Rio de Janeiro com relação a questão do suporte pela via do emprego apoiado⁶, como umas das principais condições para superação do estigma e para a manutenção da pessoa com transtorno mental no trabalho. Segundo essa autora, o Rio de Janeiro registrou a premissa do Ministério do Trabalho do Rio de Janeiro e indicou que as pessoas com transtorno mental estavam contempladas nas cotas para o trabalho que trata a

6 Não utiliza longas capacitações. Tem como metodologia o encaminhamento das pessoas com transtorno mental para o local de trabalho e lá a pessoa é recebida por um técnico que tem como função dar suporte ao novo trabalhador. Seria uma espécie de agente de trabalho. Remonta aos EUA no final dos anos 1970 quando, entre outras coisas, se identificou que os estudantes do denominado ensino especial não eram incorporados ao mercado de trabalho. Ainda que tenha tido o seu início atrelado ao campo da deficiência, Coelho e Ornelas (2010) reconhecem a contribuição posterior dada pela perspectiva da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial no âmbito da Reforma Psiquiátrica, que adensou os projetos pautados na metodologia do emprego apoiado. Em relação às pessoas com transtorno mental, a perspectiva do emprego apoiado refere-se à integração em espaços sociais fora do ambiente de tratamento, “bem como a aceitação de que as pessoas com transtorno mental tenham os mesmos direitos e deveres que os demais cidadãos” (GOMES, 2014, p. 184-185).

Lei 8.213/1991, em seu artigo 93.

Considerando que essas pessoas não são incapazes, inclusive para o trabalho, muitos usuários da saúde mental possuem dificuldade de conseguirem o acesso ao Benefício de Prestação Continuada – BPC, pois muitos são considerados aptos ao trabalho. Por outro lado, diante do preconceito e da exclusão, as chances de ingresso no mundo do trabalho diminuem cada vez mais e as pessoas com transtorno mental tem buscado benefícios previdenciários como forma e estratégia de sobrevivência. Uma das alternativas é o recebimento do BPC, este regulamentado pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS). Vale lembrar que com um BPC, a pessoa fica impossibilitada de trabalhar. Caso se insira em um trabalho formal, tem que pedir a suspensão do benefício. Diante desse fato, no geral, a própria família desestimula a inserção laboral, pois diante de algo certo, como o BPC, e algo incerto e inseguro, como uma inserção no mercado de trabalho, as famílias tendem a optar pelo BPC. Tal vinculação desestimula experiências no mercado de trabalho e teria que ser modificada.

Segundo a LOAS (1993), para concessão do benefício é considerado pessoa com deficiência aquela que tem impedimentos de longo prazo “de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas”. Por isso, é preciso investir em outras ações que atendam o direito dessa pessoa com deficiência psicossocial, pois muitos não recebem BPC, e nenhum outro tipo de assistência, e estão em situações econômicas precárias.

Segundo Gomes (2017), do ponto de vista jurídi-

co, “a Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) da ONU de 2006 se configura como um divisor de águas em relação à inserção das pessoas com transtorno mental no trabalho formal no Brasil”. (2017, p. 231). Houve uma incorporação dos transtornos mentais na Convenção, contemplados por meio do termo deficiência mental (distinto do termo deficiência intelectual). A Convenção indicou a necessidade de ações inclusivas para essas pessoas, inclusive pelo trabalho. Em outros estudos sobre essa temática, Gomes (2014) destaca que “a despeito da complexidade sociopolítica que envolve esse debate, pode-se indicar que a Convenção inova ao aproximar, num mesmo documento, campos que historicamente lutaram por direitos em frentes separadas”. (2014, p. 202).

Observa-se que até o presente momento, o impacto que a Convenção trouxe em relação a saúde mental no país, refere-se ao aumento das discussões e práticas da ampliação dos direitos da pessoa com transtorno mental, especificamente, no que tange o direito de inserção pela via do trabalho. O Piauí, mesmo que de forma tardia, tem iniciado suas ações e discussões sobre políticas públicas inclusivas para a pessoa com transtorno mental, inclusive com o envio da proposta de Lei, já encaminhada para o Poder Executivo, que visa inclusão da pessoa com deficiência psicossocial nas políticas do Estado.

Conforme Gomes (2014) ainda que muito se tenha avançado e que parte significativa dos profissionais considere que essa mudança “representa uma vitória no campo da saúde mental (porque possibilitou inserir as pessoas com transtorno mental no trabalho formal, conforme análise apresentada no último capítulo desta tese), não se pode

desconsiderar tratar-se de um debate complexo” (2014, p. 200) e que ainda se encontra em processo de construção nacional.

Como foi possível apreender na fala da representante da ÂNCORA, essa associação tem realizado outras ações importantes no âmbito da inserção da pessoa com transtorno mental: a publicação do livro em 2009, “(Com)textos em Saúde Mental: saberes, práticas e histórias de vida”. Organizado pelos professores Lucas Guimarães, Lucia Rosa e Marta Evelin, o livro se constituiu numa maneira de publicar as histórias de vida de alguns usuários e contribuir para o seu protagonismo, e gerar renda através desse produto, deste livro que foi vendido, foi dado para eles, para revenderem e ficarem com o dinheiro. Além disso, buscou-se através dessa publicação o “fortalecimento da área da assistência e cuidados à saúde mental, através da promoção de cidadania e autonomia, enfatizando o resgate das competências dos sujeitos envolvidos e imbricados ao fenômeno da loucura, no modo de pensar, agir e sentir” (EDUFPI, 2008).

Outra ação importante realizada pela ÂNCORA, foi quando ocorreu a aprovação de um ponto de cultura, que além de atividades culturais, possuem algumas atividades que também geram renda, como aperfeiçoamento na parte de informática, teatro, serigrafia, pintura. Para a representante dessa instituição, esse ponto de cultura se estabelece como uma espécie de capacitação e geração de renda, mas lamenta que essa ação se constitua em uma atividade temporária, que até chega a gerar renda, mas acontece naquele momento, mas na hora que acaba as oficinas não tem visto essa continuidade desse trabalho aprendido, dessa geração de renda ser continuada.

No Brasil e, principalmente, no Piauí, é crescente o número de desempregados nos últimos anos, atingindo taxas elevadas afetando em maiores proporções os trabalhadores com pouca ou nenhuma qualificação profissional. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, o Piauí registrou no segundo trimestre a maior taxa de desocupação desde que a pesquisa foi criada em 2012. A taxa de desemprego no Piauí foi de 13,5%, sendo a maior taxa da série histórica, o que significa 192.000 piauienses sem emprego no segundo trimestre deste ano, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD). Em Teresina também houve uma elevação na taxa de desemprego em relação ao trimestre anterior, tendo passado de 11,90% para 12,80% (IBGE, 2017).

Diante deste fato, a Prefeitura Municipal de Teresina, a partir de 1998, por meio da Fundação Wall Ferraz (FWF) vem promovendo um Programa de Capacitação e Inserção, visando qualificar trabalhadores com esse perfil profissional. Trata-se de uma entidade de Direito Público, integrante da administração indireta do Município de Teresina, instituída pela Lei Municipal nº 2.586 de 1º de dezembro de 1997, que possui como objetivo básico promover a capacitação profissional básica e específica da população carente de Teresina, com a missão de inseri-los no mercado de trabalho, favorecendo a inserção social e a consequente geração de emprego e renda.

Desenvolve suas ações em 14 Centros de Capacitação próprios, em diferentes bairros de Teresina, oferecendo atualmente 86 modalidades de cursos distribuídos nas seguintes áreas: Mecânica, Eletroeletrônica, Confecção Têxtil, Serviços Pessoais, Alimentos, Artesanato, Gestão e Construção Civil. Além dos cursos oferecidos nos Centros de Ca-

pacitação, a Fundação Wall Ferraz (FWF) realiza também outros cursos em parceria com Associação de Moradores, Conselhos Comunitários, Grupo de Mães, Igrejas, dentre outras instituições e associações que buscam seu apoio. Os cursos são ofertados de acordo com as exigências do mercado de trabalho, com vistas a atender as demandas locais. São cursos como: bordado à mão, com pontos variados; manicure e pedicure; operador de caixa; cuidado de idoso; artesanato em feltro; eletricista predial; operador de microcomputador; bombeiro hidráulico; agente de portaria; auxiliar administrativo; vendas e operador de *call center*.

Quando questionada sobre o arcabouço legal e normativo da política da Fundação Wall Ferraz em relação a inserção da pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho, a representante da instituição informou que a instituição oferece diversos cursos de qualificação profissional para um público em geral, mas não existe dentro do serviço uma política específica para qualificação e inserção da pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho, com vista a sua deficiência psicossocial. A representante da FWF aborda que foram realizadas importantes ações e experiências com esse público nas áreas de qualificação e formação profissional que possibilitaram a iniciativa de sua autonomia e apoio em suas atividades produtivas e que geram renda.

Não, aqui na Fundação Wall Ferraz o nosso foco é a qualificação profissional. E como parte dessa qualificação profissional nós temos um serviço aqui dentro. Então um serviço onde a gente busca fazer essa colocação profissional dos usuários da política, mas não existe nada específico para o público com deficiência, para a pessoa

com deficiência psicossocial, com transtorno mental. Não existe nenhuma política específica para colocação no mercado de trabalho. A nossa experiência com esse público, ela se deu já através de algumas ações, ações de qualificação profissional, mas especificamente em áreas de formação que possibilitem a iniciativa autônoma, que eles possam, a partir de uma atividade produtiva gerar renda (Representante da Fundação Wall Ferraz).

É interessante observar que, mesmo não existindo uma política específica para esse público dentro desse serviço, a instituição tem buscado parcerias com as instituições da política de saúde mental do município para atender a demanda, “essa provocação” solicitada por parte dos serviços substitutivos, como os CAPS do município. Outra ação desenvolvida pela Fundação Wall Ferraz, citada pela entrevistada, é a destinação de vagas exclusivas para usuários e familiares desses serviços em outros cursos ofertados pela Fundação, uma espécie de cota para esse público específico, com o intuito de possibilitar que esses sujeitos tivessem oportunidade de participarem de cursos que visam a sua profissionalização:

Atores, que pelo menos enquanto gestora eu já visualizei, vejo que o próprio CAPS. As pessoas que estão hoje a frente da política de saúde mental no município, elas buscam. Então o CAPS faz essa provocação (Representante da Fundação Wall Ferraz). Nós tivemos cursos específicos desenvolvidos no CAPS, nós tivemos as pessoas que são usuárias diretas como as famílias também participando desses cursos e nós tive-

mos reserva de vagas nos cursos, também nesses anos de 2013 e 2014 que a gente colocava vagas a disposição do CAPS. Então se são 20 vagas a gente colocava 2 vagas para que eles encaminhassem usuários ou familiares que tivessem interesse em realizar a profissionalização (Representante da Fundação Wall Ferraz).

A entrevistada afirma que a Fundação Wall Ferraz tem se sentido muito pressionada para a execução de ações voltadas para a pessoa com transtorno mental, principalmente pela Gerência de Saúde Mental da Fundação Municipal de Saúde, pelos próprios gestores diretos do CAPS e pelos estudantes universitários, que a partir da experiência de estágios nessas instituições tem buscado atender as necessidades através da execução desses projetos de intervenção que tragam algum tipo de impacto para a qualidade de vida dos usuários do CAPS.

Na Fundação Wall Ferraz, quem sempre tem feito provocação é o próprio município. Internamente através dos seus atores, através da gerência de saúde mental da Fundação Municipal de Saúde e de gestores diretos do CAPS. Esses são quem nos últimos 5 anos tem feito provocação no sentido de que a gente realize uma ação, desenvolva alguma política. Às vezes chega alguns estudantes universitários, que fazem estágio dentro dos CAPS, e observam essa necessidade, então eles buscam essa parceria dentro do próprio poder público, como uma estratégia, como uma forma de execução desses projetos de intervenção que tragam algum impacto para os usuários do CAPS. Mas principalmente no âmbito do

próprio município tem essa articulação da rede é que a gente tem sentido e tem se pressionado para a execução de ações voltadas para pessoas com transtorno mental (Representante da Fundação Wall Ferraz).

De acordo com a representante da FWF entrevistada, a instituição tem realizado ações de capacitação voltado especificamente para a pessoa com deficiência psicossocial, mas que são difíceis de datar, por conta da dificuldade que o serviço possui de “sistematização da memória”, mas afirma que essas experiências ocorrem desde 2011, com cursos na área de beleza e artesanato voltados para os usuários e familiares do CAPS e a inscrição desses sujeitos em outros cursos ofertados pela Fundação, “dentro dos cursos normais, nos demais cursos”.

A gente tem um problema aqui de sistematização da memória. Então assim, eu não tenho aqui esses dados consolidados, mas nós temos informações de que em 2011 nós tivemos cursos oferecidos para o público com deficiência psicossocial. Cursos na área de beleza, foi o curso de cabeleireiro e cursos na área de artesanato, que foi artesanato em palha de buriti para esse público. O curso de pintura em tecido, onde eles confeccionaram peças decorativas, como pano de prato, passadeiras e outras coisas que são possíveis de serem realizadas dentro do artesanato. E também dentro dos cursos normais, nos demais cursos da fundação, já pudemos realizar cursos onde nós tivemos alguns alunos inseridos nesses cursos, em áreas diversas (Representante da Fundação Wall Ferraz).

Essa parceria com a política de saúde mental, como com os serviços substitutivos CAPS, acontece de maneira dialogada com os profissionais dessas instituições, com o intuito de atender um maior número de usuários dessa rede, na busca de atender seu perfil e suas necessidades, com vistas em atividades que possibilitem a sua autonomia.

Isso é feito de uma maneira dialogada. A gente coloca um curso no CAPS, a gente procura colocar um curso que não tenha muito exigência de escolaridade, até para a gente atingir um número maior de pessoas que possibilitem uma atividade autônoma. E para aqueles que tem interesse noutras áreas, a gente coloca os cursos da Fundação Wall Ferraz que estão sempre à disposição e abertos para a comunidade em geral (Representante da Fundação Wall Ferraz).

Os CAPS solicitam muito, como uma forma de prestação de serviço dentro dos CAPS, mas também como uma forma de divulgação dos cursos que a gente oferece que eles podem tentar realizar, podem buscar realizar aqui sem nenhum custo, já que os cursos oferecidos pela Fundação Wall Ferraz através da prefeitura são gratuitos. As nossas ações são dirigidas para divulgação e para ofertas de curso direto (Representante da Fundação Wall Ferraz).

Interessante apreender que um dos avanços percebido pela representante da Fundação Wall Ferraz, entrevistada em relação a inserção da pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho, no contexto local, é um grande comprometimento por parte da equipe dos CAPS, que buscam fortalecer a rede através de ações como essa de cobrança

por serviços dentro da Fundação Wall Ferraz que estejam empenhados em atender esse público, com todas as suas especificidades e necessidades.

Mas, ao mesmo tempo, chama a atenção a busca de cursos a serem oferecidos “dentro dos CAPS”, o que reforça a endogenia do serviço, e pode segregar um grupo, que precisa estar “junto e misturado” com o público em geral da FWF, até como estratégia de combate ao estigma, pois o estigma é desconstruído no cotidiano, no contato direto, face a face, durante a convivência nas políticas públicas. De acordo com a representante da Fundação Wall Ferraz, esse fortalecimento da rede é uma importante estratégia de efetivação da política e dos serviços.

A gente vê realmente o comprometimento das equipes que hoje estão nos CAPS e eles buscam as outras instituições para fortalecer a rede, dentro dessa perspectiva de que o CAPS faz parte de uma rede maior de atendimento e que esse atendimento só vai ser mais completo, mais integral quando conseguir se articular efetivamente com as outras políticas. Isso a gente tem visto e tem sentido muito no município (Representante da Fundação Wall Ferraz).

A entrevistada aponta que as ações realizadas pela Fundação Wall Ferraz para apoiar as iniciativas de inserção da pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho e em ações de geração de emprego e renda, têm sido concretizadas de maneira efetiva, de acordo com o propósito de qualificação. Assinala que tem observado resultados positivos no âmbito dos cursos de profissionalização, tanto com os usuários da saúde mental encaminhados pelos CAPS,

como aqueles que buscam por conta própria os serviços de profissionalização, oferecidos pela Fundação.

O que a gente conseguiu, se propôs a realizar e realizou efetivamente foi a qualificação profissional que sempre teve uma adesão muito boa, os resultados sempre foram muito positivos, seja os cursos oferecidos dentro do CAPS, sejam os cursos oferecidos dentro dos nossos centros de capacitação que as pessoas com transtorno mental também procuram, independente do encaminhamento do CAPS. Alguns vão encaminhados pelo CAPS, alguns vão por conta própria buscar essa qualificação. A gente sempre teve resultados positivos. (Representante da Fundação Wall Ferraz).

A representante da Fundação Wall Ferraz atribui esses resultados positivos no âmbito dos cursos de profissionalização oferecidos por essa instituição a uma grande adesão por parte dos usuários e familiares da saúde mental, devido o cuidado que a instituição tem em preparar os instrutores para atender os públicos mais diversificados em suas especificidades, procurando acolher e respeitar essas diferenças. É possível aprender com a fala da profissional que ela reconhece que a evasão é resultado de um processo de negação, exclusão e preconceito em relação a pessoa com transtorno mental, e que é preciso preparar os instrutores para trabalharem com esse público, no sentido de incluir a pessoa com transtorno mental, e outras especificidades, e assim não violar seus direitos, o que enseja ações de equidade no interior da Fundação Wall Ferraz.

O que a gente observou foi uma gran-

de adesão. A evasão vem como resultado de uma exclusão, do preconceito, da não aceitação, de um instrutor que não saiba lidar com a situação. Outro cuidado que a gente sempre teve: vai algum aluno com transtorno mental que a gente tenha identificado previamente, porque o CAPS nos informou, nos encaminhou, a gente sempre procura trabalhar o nosso instrutor para o processo de inclusão, porque o público que nós lidamos aqui é um público muito diversificado, são pessoas que já vem de processos de negação de direitos, de violação, de violências diversas. Então a gente sempre procura trabalhar o nosso instrutor para que a gente não tenha evasão em decorrência de processos de exclusão em sala de aula, pelo contrário, a gente procura acolher e respeitar essas diferenças. E tentar, na medida do possível, atender diferentes resultados dos nossos alunos e a gente tem resultados muito positivos em relação a essa questão da execução dos cursos (Representante da Fundação Wall Ferraz).

Apesar de todos esses avanços apontados, a profissional da Fundação Wall Ferraz assinala que são grandes os desafios para inserir efetivamente no mercado de trabalho, principalmente no que se refere a continuidade das ações realizadas, que muitas vezes acontecem de maneira pontual, que não apresentam assiduidade devido à falta de recurso para acompanhar os resultados “pós-curso” que aquela qualificação gerou na vida desses indivíduos, em relação a efetiva geração de emprego, renda e inserção no mercado de trabalho. Além disso, a entrevistada aponta que as ações são pontuais, muitas vezes porquê estão muito vinculadas ainda

a gestão, fator que fragiliza a qualidade desses serviços:

Agora a gente nunca teve perna nem estrutura para acompanhar os recursos pós-cursos, os resultados pós-curso, para ver se essas pessoas passaram a gerar uma renda ou se elas estão hoje no mercado de trabalho (Representante da Fundação Wall Ferraz). Agora se você me perguntar: Existe uma política contínua? Uma articulação contínua? Não. A gente sofre ainda por existirem ações, mas ações pontuais, que ficam muito mais vinculadas a uma determinada gestão. Então 2011/2012, o gestor que estava à frente da Fundação Wall Ferraz teve essa sensibilidade e haviam cursos nesse sentido. 2013/14 nós executamos ações vinculadas, mas a partir de 2015, nós não tivemos mais ações específicas. Esse ano, por exemplo, nós tivemos só ações vinculadas a serviços. São esses serviços que a gente leva para o CAPS como uma forma de estar prestando esse serviço para eles e também estar divulgando os cursos. O que nós tivemos para um público mais específico esse ano foi para a população de rua [...]. Mas para a população com transtorno psicossocial especificamente não foi pensada nenhuma ação. Eu estou colocando a população de rua, porque entre a população de rua tem várias pessoas que têm esse transtorno (Representante da Fundação Wall Ferraz).

A profissional da Fundação Wall Ferraz aponta que, para que as ações sejam realizadas de maneira mais efetiva e com qualidade, é preciso recurso financeiro destinado para “pós-curso”, assim como avaliação e monitoramento

das ações, dos resultados alcançados. Aponta que essa instituição passa inclusive por problemas com o capital humano, pois há uma grande deficiência no quadro profissional, como poucos servidores efetivos. A entrevistada afirma que essas limitações financeiras fragiliza as ações dessa instituição.

Agora o que falta realmente é mais recursos para executar uma política com mais qualidade, recurso tanto financeiro quanto capital humano. Por exemplo, a Fundação Wall Ferraz tem uma deficiência muito grande de pessoal, o nosso quadro é um quadro praticamente de comissionados. A gente tem pouquíssimos servidores efetivos e isso termina complicando muito o atendimento à política (Representante da Fundação Wall Ferraz).

Em suma, processos de precarização conformam o dia a dia institucional, repercutindo na organização das ações. Outro desafio apontado pela entrevistada é a dificuldade de trabalhar com segmentos, pois cada especificidade tem buscado suportes para atender suas necessidades peculiares. Afirma que a Fundação tem buscado realizar ações e adequações que atendam a essas diferentes demandas, profissionais especializados para dar suporte a essas ações. Muitas limitações, inclusive financeiras, tem dificultado as ações da Fundação no sentido de ações dirigidas para a inserção no mercado de trabalho para grupos específicos. No caso do público com transtorno mental, a entrevistada reforça a importância de instituições como os CAPS e sua equipe de profissionais especializados que são fundamentais no suporte desse tipo de demanda.

Então hoje, trabalhar com segmentos não é algo fácil para o poder público, é um desafio muito grande, porque são muitos segmentos, os movimentos estão fortalecidos em cada área. Cada área busca por políticas específicas e o poder público não dá conta de atender. Então dentro do que quer ofertar para a comunidade, o que a gente busca fazer são adequações, se surgir alguma necessidade específica desse público para que a gente tenha um profissional especializado dentro do próprio município, dentro dos próprios CAPS que possam nos dar um apoio, um suporte é nesse sentido (Representante da Fundação Wall Ferraz). Porque a Fundação Wall Ferraz vai fazer 20 anos, mas historicamente ela qualificou, qualificou, qualificou e não teve uma ação específica, dirigida para inserção no mercado de trabalho [...] Nem de maneira geral a gente ganhou corpo ainda, imagine entrando nas especificidades dos segmentos. E é um desafio que a gente efetivamente tem que enfrentar e tem procurado enfrentar, mas que tem uma série de limitações inclusive financeiras (Representante da Fundação Wall Ferraz).

Nesse sentido, as ações em prol da equidade, esbarra em outra barreira, a luta localizada por cada segmento de deficiência, que busca atenção para sua particularidade específica. Um ponto a se pensar, é o que haveria em comum entre as pessoas com deficiência, e agir no sentido da equidade, mas, também, buscando ações que contemplem a todas as deficiências de maneira equitativa, e menos pontual. Nesse sentido, o grande desafio é como atingir a todos, mas também ver a diversidade, e as necessidades peculiares, sem

congelar nas particularidades.

Mesmo com todos os avanços e desafios apontados pelos representantes das instituições analisadas anteriormente, foi possível conhecer outros serviços e como têm sido suas ações para a inserção da pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho. Quando questionado sobre tema o representante da Secretaria Estadual para Inclusão da Pessoa com Deficiência – SEID informou que a instituição não realiza ações específicas para o público citado, mas o objetivo dessa instituição é justamente acompanhar, monitorar, fiscalizar e executar políticas públicas voltadas para a pessoa com deficiência. Quando se refere a pessoa com deficiência o entrevistado engloba todo o segmento de pessoas com deficiência, sem distinção de nenhum tipo, pois afirma que a política é para todos. A SEID trabalha também voltada para atender a Legislação Nacional, leis que estabeleçam requisitos legais para que as pessoas com deficiência sejam inclusas na sociedade e no mercado de trabalho, e, caso não seja cumprida, busca acionar os órgãos de controle.

Não existe uma ação específica para esse público, existe uma ação geral para todas as pessoas com deficiência. Esse público sendo incluído agora a partir da convenção da ONU também é beneficiado [...]. Aqui atendemos pessoas que, através de laudo médico, comprove que realmente tem uma deficiência. A gente trabalha também voltado na legislação nacional, porque hoje o Brasil é um país que tem uma vasta legislação com respeito a inclusão de pessoas com deficiência no mercado de trabalho [...] o que a gente ainda sente é resistência por parte do empregador de estar incluin-

do essas pessoas no seu quadro funcional. Então eu acho que precisa de uma fiscalização mais forte por parte do ministério público do trabalho, da delegacia regional do trabalho [...] de forma a atuar mais fortemente dentro dessas empresas, que ainda existe uma resistência com algum tipo de deficiência. (Representante da Secretaria Estadual para Inclusão da Pessoa com Deficiência – SEID).

É possível apreender a partir da fala desse profissional que instituições como a SEID admitem que ainda existem muitas resistências por parte do empregador para inserir na sua empresa as pessoas com deficiência em geral, mas que um arcabouço legal da deficiência através da Legislação Nacional ou de um atestado médico favorece o trabalho de controle e fiscalização de órgãos competentes para atuarem dentro dessas empresas. Considerando que houve avanços na Legislação Nacional sobre a deficiência psicossocial, mas não tem sido respeitada e que o laudo médico não considera esse tipo de público com transtorno mental como deficiente psicossocial, é possível apreender que, nem mesmo serviços como SEID, que atuam diretamente com a Inclusão da Pessoa com Deficiência, realizam ações específicas para o público de pessoas com transtorno mental, nem mesmo voltado para a parcela de deficientes psicossociais.

Mesmo com o avanço apontado com a Legislação Nacional sobre a deficiência psicossocial, o representante da SEID entrevistado considera que a maior barreira para a inclusão de pessoas com deficiência no quadro funcional das empresas é o preconceito que ainda existe. O profissional da SEID afirma que muitas vezes os empregadores pensam que

“uma pessoa com deficiência psicossocial é um doido, é uma pessoa que vai atrapalhar o andamento dos trabalhos dentro da empresa”. Para ele isso não é real, pelo contrário, as pessoas que possuem qualquer tipo de deficiência são indivíduos que precisam de uma oportunidade e “essa oportunidade quando é dada para pessoas que tem deficiência física, visual, psicossocial, na maioria dos casos eles mostram que são capazes sim e precisavam apenas de uma chance”.

Eu acho que a barreira do preconceito, a barreira do preconceito ainda existe. Eles às vezes olham para o deficiente físico como o aleijadinho, o deficiente visual como o ceguinho, a pessoa com deficiência psicossocial ou intelectual eles já veem como o doidinho, e não é isso. São pessoas que precisam de oportunidade, que tem que ser respeitadas, são pessoas que podem sim e devem contribuir com o desenvolvimento do nosso Estado. Então eu acho que a barreira do preconceito ainda existe e a gente precisa atuar fortemente para quebrar essa barreira. (Representante da Secretaria Estadual para Inclusão da Pessoa com Deficiência – SEID).

O profissional da SEID entrevistado reafirma que essas barreiras podem ser vencidas através da forte fiscalização de órgãos públicos como SEID (Secretaria Estadual para Inclusão da Pessoa com Deficiência), SINE (Sistema Nacional de Emprego), SEMTCAS (atualmente SEMCAS-PI - Secretaria Municipal de Cidadania, Assistência Social e Políticas Integradas), Ministério Público do Trabalho, Ministério Público Regional, Delegacia Regional, através de uma junção de forças. Ele coloca ainda a sociedade civil,

através das entidades organizadas, como ÂNCORA, como um órgão que pode atuar fortemente nesse contexto para que esse público específico seja de fato incluso na sociedade pela via do trabalho.

Então hoje nós temos órgãos que trabalham nessa fiscalização que é o Ministério Público do Trabalho, Delegacia Regional do Trabalho. Tem o SINE que é o cooptador de vagas junto às empresas, eu acho que tem que trabalhar mais fortemente nessa área, e aqui eu trago também o movimento social. Eu acho que a ÂNCORA, que é a entidade que representa esse público, tem que buscar junto a esses órgãos de controle que eles possam atuar mais fortemente, tanto na fiscalização e monitoramento dentro das empresas, mas também junto ao SINE na captação de vagas para este segmento de pessoas com deficiência. (Representante da Secretaria Estadual para Inclusão da Pessoa com Deficiência – SEID).

Outra instituição analisada foi a Ação Social Arquidiocesano de Teresina. Como já foi possível apreender nesse capítulo, esse órgão atua na inserção da pessoa com deficiência no mercado de trabalho, mas não faz atendimento para pessoas com algum tipo de transtorno mental e nem realiza ações específicas para esse público com deficiência psicossocial. Foi importante analisar e trazer aos resultados da pesquisa essa instituição, pois seu representante entrevistado afirma que apesar do desinteresse do órgão em trabalhar com esse público citado, devido já existir instituições voltadas para esse tipo de assistência, há na instituição uma flexibilização no atendimento, de tal forma que eles

já tiveram experiência na prestação de serviço para esses indivíduos com transtorno mental. Enfatiza a diferença que existe para ele entre transtorno mental e deficiência e afirma que pessoas com transtorno mental em Lei de Cotas é uma falha dentro do processo. Nota-se a falta de conhecimento e descaso por parte de atores tão importantes no processo de inserção da pessoa com deficiência no mercado de trabalho sobre os grandes avanços jurídicos ocorridos na contemporaneidade em relação a pessoa deficiente psicossocial.

Acontece também que a gente entende, é uma flexibilização que nós fazemos de não deixar de atender as pessoas, dependendo no nível de comprometimento dessa doença mental a gente pode estar inserindo essas pessoas em algum curso, agora para encaminhar para o mercado de trabalho, não! Porque? Porque existe uma legislação específica de Lei de Cotas voltado para a pessoa com deficiência e existe uma instituição chamada SEREST, que é o centro de referência em saúde do trabalhador, que é esse órgão que vai emitir um laudo para dizer se a pessoa tem ou não tem deficiência e se aquele problema dele é deficiência ou não. É essa instituição que vai dizer isso. Ela é o órgão competente para emitir esse laudo. Se essa instituição emite um laudo afirmando, atestando que aquela pessoa tem deficiência, então automaticamente ela entra dentro da Lei de Cotas, pode acontecer? Pode! É uma falha dentro do processo. (Representante da Ação Social Arquidiocesano - ASA)

A partir da fala do representante da ASA entrevistado, observa-se que a instituição pode até admitir pessoas com

transtorno mental no seu quadro de atendimento, mas afirma que “dependendo do nível de comprometimento dessa doença mental a gente pode inserir essas pessoas em algum curso, agora para encaminhar para o mercado de trabalho, não!”, ou seja, eles trabalham com esse público apenas no setor de capacitação e qualificação, não admitindo ao mercado de trabalho, mesmo estando qualificado.

A partir das experiências que teve com esse público, o profissional da ASA afirma que uma das maiores barreiras para a aceitação desses indivíduos como público alvo é a questão da medicação, pois muitos não têm condição de comprar seus remédios, dependem deles e agravam seu transtorno por não terem acesso a eles. Outra situação abordada pelo entrevistado é o excesso de medicação, pois afirma que as altas dosagens receitadas a esse público dificulta a atenção e comprometimento da pessoa com transtorno mental em relação ao curso disponibilizado.

Tem a questão da medicação. A gente tem pessoas aqui [...] tem gente aqui que já veio aqui falando da questão da medicação, que não tem, que depende daquela medicação e aquela medicação não é fornecida para estabilizar sua doença mental, seu transtorno, e quando agrava fica impossível (Representante da Ação Social Arquidiocesano - ASA). E as vezes ele vem para o curso, mas como a medicação é muito pesada ele dorme o curso todinho, não tem rendimento. Então, existe uma falta de acesso a medicação, e existe também a super medicação que impede dele ficar acordado para estudar, ele dorme, é o efeito colateral da medicação. Já aconteceu que a pessoa insistiu que queria fazer o curso, e a gente disse que sim, tudo

bem. ‘Tem condição?’ Tem, mas a medicação era tão forte que ele dormia (Representante da Ação Social Arquidiocesano - ASA)

Nesse sentido, é também pensar em ações articuladas, para repensar a falta de medicação ou a “hiper medicalização”, que impossibilita a vida dessas pessoas. A última instituição analisada foi a SEMEST (Secretaria Municipal de Economia Solidária) de Teresina. A Prefeitura de Teresina, por intermédio da SEMEST, busca contribuir com a geração de renda dos pequenos produtores e grupos de economia solidária, incentivando a comercialização e produção local. Procura ainda incentivar e ajudar na divulgação dos grupos de economia solidária e criativa da capital, apoiando novas iniciativas nas áreas culturais, e de Tecnologia da Informação e Comunicação (TICs). Com isso, essa instituição tem como missão agregar os empreendimentos criativos e solidários no desenvolvimento das demais políticas públicas com vista no desenvolvimento sustentável e geração de renda pela via do trabalho. O representante da SEMEST entrevistado fala sobre o arcabouço da instituição e o que esse órgão da prefeitura se propõe a fazer para inserir o público teresinense na geração de trabalho e renda.

A Secretaria de Economia Solidária do Município de Teresina está voltada para apoiar pessoas individualmente, voltada para apoiar associações, institutos de um modo geral que trata da economia solidária, que é essa economia social, empreendedorismo para gerar trabalho e renda para as famílias [...] A ação é assim. Normalmente, as pessoas que nos procuram sabem fazer alguma coisa, sabem produzir um bem. A gente vai e incentiva à produção desse bem, capacita

para melhoria, consultoria para lançamento de novas coleções. Isso aqui é uma missão nossa. E além disso temos também o banco popular para facilitar a questão do microcrédito. Pessoas que desejarem adquirir recurso para implantar, melhorar sua produção, seus bens, nós temos um banco aqui para fazer esse empréstimo. (Representante da Secretaria Municipal de Economia Solidária – SEMEST)

Quando questionado sobre o que a instituição tem feito para inserir a pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho, o representante da SEMEST responde que não existe uma ação sistematizada e específica para os usuários de saúde mental, pois o objetivo da instituição é atender a todos os grupos que procuram o órgão para buscarem apoio nos seus negócios. É possível apreender na fala do entrevistado que os usuários da saúde mental são um desses grupos alvos que se organizam e procuram os serviços da instituição.

Não, é geral. Ela atende esse público e atende outros públicos também. Porque aqui é para todo mundo, todas as associações, todos os públicos, qualquer grupo que se junte e queira o nosso apoio, estamos à disposição[...]. Especificamente para um grupo, nós não temos, mas temos para todos. Temos para matrizes africanas, quilombolas, associação de bordado, associação de tecelagem, associação de polo cerâmico que trabalha com barro, artesanato de madeira, biojóias, grupos que se organizam e se juntam, apoio ao CAPS, tem o pessoal do CAPS do município que estão aqui em contato conosco para nós darmos apoio a essas

peessoas que tem ‘distúrbio mental’. Então a secretaria está à disposição de todos esses grupos organizados, formais, informais e até mesmo grupos de pessoas que se juntam individualmente e quer ter o negócio próprio, tem que entender e abrigar todas as pessoas que assim desejarem. (Representante da Secretaria Municipal de Economia Solidária – SEMEST)

Um das ações desenvolvidas pela SEMEST de Teresina para inserir a pessoa com transtorno mental pela via do trabalho, a partir da demanda de uma profissional do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), e também representante da ÂNCORA, foi a destinação de 2 (duas) de vagas em uma lavanderia pública de Teresina para usuários da rede de saúde mental do município.

Sabe-se que ações como essa constitui-se em importante progresso, principalmente no que diz respeito a perspectiva de promoção da autonomia, construção da cidadania e integração dos usuários ao meio social, mas ainda há muitos limites e dificuldades, pois, como foi possível apreender durante o trabalho de pesquisa, é grande a demanda dos usuários por serem inseridos na sociedade pela via do trabalho, principalmente quando observada a necessidade a partir do perfil desses sujeitos. Observa-se que é preciso que instituições como a SEMEST de Teresina, com o potencial que possuem, invistam mais em ações de geração de emprego e renda, pois esses usuários necessitam desse aporte institucional para serem reconhecidos nos seus direitos de cidadãos e parte do meio social. Na prática o que ocorre muitas vezes é que essas ações se constituem em experiências descontínuas e não sistematizadas, que acabam circuns-

crevendo a atividades de seus proponentes.

Ela (profissional do CAPS AD e também representante da ÂNCORA) tem um projeto muito importante, muito bom, e veio aqui nos procurar para gente arranjar colocação para algumas pessoas que estão em fase de recuperação e nós conseguimos algumas vagas nas lavanderias, né, lavanderias que nós temos na nossa administração, oportunidade para trabalhar e ela está com outro projeto agora para nós fazermos capacitação e treinamento na área de culinária, está em andamento, juntamente com o CAPS. Duas pessoas que ela pediu oportunidade estão trabalhando já na lavanderia como estagiários e recebem bolsas diretamente com as lavanderias. O equipamento é da prefeitura, mas possui administração própria. Eles têm a forma de cobrar, do material que chega para lavar as roupas. O gerente é escolhido pelas lavandeiras, hoje mais de 150 mulheres, 150 famílias que estão nesse projeto, mas cada lavanderia é autônoma. Cada uma tem sua administração. Essa parte financeira é com elas, elas cobram, criam valor, elas cobram do cliente, compram o material para continuar fazendo o trabalho delas, pagam a gerente e o restante é o lucro delas. Então tem lavanderia que as pessoas tiram um valor, que até eu quando cheguei aqui achei um valor muito bom, tem lavadeira que tira mais de 5 mil reais por mês. (Representante da Secretaria Municipal de Economia Solidária – SEMEST)

O representante da SEMEST entrevistado fala sobre

a importância de treinar e dar oportunidade para os grupos em geral serem inseridos na sociedade pela via do trabalho e da geração de renda. Esse representante da SEMEST cita um outro projeto em andamento, juntamente com a profissional proponente do CAPS, de capacitação e treinamento dos usuários da saúde mental na área de culinária.

O projeto encontra-se em fase de planejamento e, apesar de já possuir um local adequado cedido pela Secretaria de Juventude do município para a sua execução e ter convênio e apoio da Fundação Wall Ferraz para treinamento e capacitação dessas pessoas, ainda apresenta inúmeras dificuldades de concretização, principalmente no quesito financeiro pois há muitos desafios para conseguir recursos para montar esse projeto e outros na área de inserção social pela via do trabalho.

É um projeto que ela quer montar essa cozinha, agora tem um custo, a gente tá vendo como conseguir recurso pra montar essa cozinha para dar oportunidade para as pessoas[...]. Isso daí já é um convênio da nossa secretaria com a fundação Wall Ferraz. A Fundação é quem dá o treinamento, capacita as pessoas. Vamos fazer um convênio com eles para que possam capacitar essas pessoas. É um projeto específico para as pessoas com transtorno mental. Tem um espaço especificamente na Santa Maria da Codipi. Esse espaço é da Secretaria de Juventude. Então ele cedeu uma sala para a Secretaria de Economia Solidária para montar uma cozinha. E a ideia dessa profissional do CAPS é ocupar esse espaço para ser um local de treinamento para essas pessoas com transtorno mental[...]. Mas a

dificuldade é conseguir máquinas e equipamentos pra montar essa cozinha. O espaço já está lá reservado. Então ela está lutando agora para conseguir esses recursos para comprar esses equipamentos da cozinha. A dificuldade é financeira para conseguir esses recursos para montar esses projetos. Mas eu acredito que seja um ponto muito importante treinar essas pessoas para o mercado de trabalho. Não só o grupo com transtorno mental, mas todas as pessoas que assim desejarem melhorar a renda da família. (Representante da Secretaria Municipal de Economia Solidária – SEMEST)

Apesar dessas dificuldades financeiras, que inviabilizam a concretização dessas ações, o representante da SEMEST aponta que historicamente o Estado tem buscado ampliar seu olhar para a pessoa com transtorno mental, com prestação de serviços mais eficientes e justos, voltados para esse público. Segundo ele busca-se um atendimento mais humano, voltado principalmente para convivência desses indivíduos ao meio social e familiar e reconhecimento como pessoas dignas e honradas.

Existia um hospital chamado Meduna para internar as pessoas que tinham transtorno mental[...] para fazer o tratamento e se recuperar. Mas o tratamento era como se fosse uma prisão, não era um tratamento digno e honrado. Era tratado como doído. Hoje não. As pessoas estão nos seus lares, nas suas casas e buscando o apoio do Estado, tanto no município como no Estado. Estão buscando isso aí, vivem juntamente com suas famílias, convivendo no meio da sociedade, se recuperando. Então a coisa

está bem mais humanizada. É bem mais justa, não discrimina ninguém, nem precisa internar pessoas com esses problemas. Convivem normalmente no meio da sociedade e o efeito é muito maior para recuperar. A recuperação é mais rápida porque existe a preocupação de dar amor a essas pessoas, dar carinho, reconhecimento. Então é uma forma de tratar com mais eficiência. (Representante da Secretaria Municipal de Economia Solidária – SEMEST).

Segundo o representante da SEMEST, tem crescido muito a preocupação do Estado em atender vários segmentos que antes não tinham visibilidade nas políticas públicas. Essa preocupação e avanços têm sido percebidos principalmente na área do cuidado em saúde mental. Hoje há uma grande preocupação em apoiar esses diversificados grupos, principalmente em suas iniciativas de geração de trabalho e renda. O entrevistado observa que nessas ações há uma grande preocupação em proteger e capacitar esses diferentes segmentos para que eles possam ser parte da sociedade.

Essas ações estão crescendo muito, porque alguns anos atrás a gente não ouvia nem falar e hoje a gente já tem essa preocupação da prefeitura de Teresina em vários segmentos, é a mulher que sofreu estupro, é a pessoa que tem problema mental, é a questão da mulher negra, é questão das pessoas que precisam de apoio para geração de trabalho e renda. Hoje a prefeitura tem uma preocupação muito grande nessa área (saúde mental), socorrer, valorizar as pessoas, ensinar as pessoas. Então alguns anos atrás não se ouvia nem falar, mas hoje existe uma preocupação do município para

proteger essas pessoas, digamos assim. Proteger e capacitar para que ela possa ser útil à sociedade. (Representante da Secretaria Municipal de Economia Solidária – SEMEST)

Apoiar e mostrar que está sendo apoiado. Que o Estado está preocupado com eles, com as pessoas que tem esse problema. Que a sociedade está preocupada com eles, em dar esse apoio. Então é um conjunto. Um conjunto. Quer dizer, eu acho que teve um avanço muito grande da minha época de quando eu era jovem para hoje. Teve um avanço grande no tratamento. (Representante da Secretaria Municipal de Economia Solidária – SEMEST)

Apesar dos avanços apontados pelo entrevistado, ele afirma que essa mudança na postura do Estado só se dará de forma mais efetiva através da organização mais sistematizada de grupos na área de saúde mental, que provoquem e cobrem do Estado, e de suas políticas públicas, ações voltadas para atender o interesse dos grupos de usuários com transtorno mental, para que essas ações alcancem de fato o estágio de concretização.

Acho que precisa avançar mais, e vai avançar. É porque o problema também é se organizar. Quem está fazendo esse trabalho. Tem a associação das costureiras, tem das bordadeiras, muitos grupos já atingiram o estágio, se organizaram. Mas nessa área aí (saúde mental) tem pouco grupo organizado. Prefeitura dá assistência, dá apoio, mas não tem um grupo organizado voltado para isso. [...] O município e o Estado precisam ser provocados. Se organizar e não deixar

só por conta do Estado. Criar e gerir as relações. Que as pessoas provoquem, venham atrás, discutam, criem. E tragam para o Estado ajudar na realização. Então hoje é assim, todo mundo tem que se organizar e vir trazer. Porque depender só do Estado... lógico que o Estado tem que ter as políticas públicas, como tem para adolescente, criança, para tal, tem para todo mundo. Mas precisa ter alguém cobrando, alguém provocando. Pessoas interessadas na cobrança. (Representante da Secretaria Municipal de Economia Solidária – SEMEST)

Logicamente que as ações públicas só acontecem a partir das cobranças dos grupos organizados, que impõe suas necessidades na agenda das políticas públicas e dos serviços encarregados de efetivar direitos. A pessoa com transtorno mental conta com a legislação e também com a Classificação Internacional de Funcionalidade e Saúde, criada pela Organização Mundial de Saúde, para inclusive classificar a funcionalidade pelas barreiras atitudinais, o que é mais comum com as pessoas com transtorno mental. Como diz Bobbio (1992), o desafio é efetivar a lei que já está no papel, e isso vai demandar organização do segmento e “provocação” das políticas públicas e dos gestores.

Em Teresina algumas ações organizadas e sistematizadas foram desenvolvidas pelo movimento em saúde mental local no sentido de cobrar ações efetivas por parte do Estado para a inserção da pessoa com transtorno mental pela via do trabalho. Destaca-se dois eventos importantes nesse âmbito que marcaram a luta por melhores condições na agenda das políticas públicas e dos serviços encarregados de efetivar direitos desse segmento.

Um evento importante foi o I Seminário Inclusivo de Saúde Mental do Piauí que ocorreu em Teresina no dia 9 de outubro de 2017, no auditório da FACIME, com sessão solene em alusão ao Dia Mundial da Saúde Mental na Assembleia Legislativa. Essa ação foi resultado do investimento da ÂNCORA, sob Coordenação de Marta Evelin junto ao Deputado Hélio, que em projeto de Lei institui a inclusão de deficientes psicossociais nos direitos e políticas públicas dos deficientes no Estado do Piauí, conforme já assinalado no capítulo anterior.

Outro evento importante ocorreu na capital do Piauí, Teresina, nos dias 02 e 03 de outubro de 2017, no Auditório do Centro de Tecnologia da UFPI. Desenvolveu-se o III ATELIER Saúde Mental, Manifestações da Questão Social e desafios para a Inserção no mundo do Trabalho: Formação e Trabalho Profissional no SUS, com palestras envolvendo representantes de várias instituições que atuam direta ou indiretamente com temáticas relacionadas às políticas sociais do Estado, e com a participação de representantes da Universidade de Brasília (Unb), instituição Federal de Ensino Superior brasileira.

É importante destacar nesse trabalho de pesquisa que, ao final do evento, foi deliberada uma agenda para servir de base de ação de uma comissão de trabalho, composta por: Jesus (CAPS III); Gardênia, Celia e Eva (CAPS II Leste); Diana (ONG Amor é a resposta); Laisla Maranhão (UFPI – pós); Juliana (H.U) e Laina (UFPI – graduação), orientada para as seguintes dimensões, sintetizadas pela Prof.^a. Dra. Lucia Cristina dos Santos Rosa:

- 1) Garantir cotas para Pessoa com Deficiência Psi-

cossocial em empresas terceirizadas, contratadas por serviços públicos;

2) Assegurar a fiscalização da contratação das cotas para Pessoa com Deficiência Psicossocial nas empresas privadas;

3) Criar sistemas de informação e estatística de inserção da Pessoa com Deficiência Psicossocial no mercado de trabalho;

4) Articular ações de Economia Solidária e Geração de Emprego e Renda, fora dos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial);

5) Aproximar os movimentos sociais rurais/do campo, dos movimentos da saúde mental, para troca de experiência a partir de suas experiências inovadoras de produção de saúde mental;

6) Organizar eventos para sensibilizar empresários, na perspectiva da empresa inclusiva;

7) Dar visibilidade para as ações potentes em saúde mental/fazer marketing das ações empoderadoras da saúde mental, em praças e locais públicos, fora dos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial);

8) Aproximar a saúde mental de jornalistas e pessoas da mídia e formadores de opinião pública, para contribuir no marketing;

9) Mapear e difundir as ações de Economia Solidária e Geração de Emprego e Renda na saúde mental do Piauí;

10) CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) – fortalecer parcerias com empresas privadas, na perspectiva

do emprego apoiado;

11) Ampliar as ações de saúde mental no Instituto de Ensino Superior (e outras Unidades de Formação Acadêmica);

12) Difundir as boas experiências de inserção de Pessoa com Deficiência Psicossocial no mercado de trabalho;

13) Elaborar projetos, visando captar recursos, via emenda parlamentar e outras fontes para inserção Pessoa com Deficiência Psicossocial no mercado de trabalho;

14) Assegurar contrapartidas (financeiras ou em produtos) dos produtos produzidos por usuários nos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial);

15) Investir na capacitação de habilidades relacionais da Pessoa com Deficiência Psicossocial;

16) Garantir suporte à Pessoa com Deficiência Psicossocial, após sua inclusão no mercado de trabalho, inclusive no seu monitoramento, flexibilização em horários de consulta psiquiátrica, dentre outros;

17) Mobilizar as RIAS de Teresina em prol da inclusão da Pessoa com Deficiência Psicossocial no mercado de trabalho;

Com essas ações, é possível observar avanços na inserção da pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho no que diz respeito a preocupação e cobrança organizada de alguns setores da sociedade civil e profissionais que fomentam eventos como esses que “provocam” as políticas

públicas e os gestores que atendem as demandas para esse segmento, mas nota-se ainda que o maior desafio é efetivação da lei que já está no papel, e isso vai demandar mais no sentido de organização do segmento e “provocação” das políticas públicas e dos gestores.

Considerações finais

NO MUNDO OCIDENTAL, a partir da emergência da sociedade moderna, a pessoa com transtorno mental foi impedida de construir seu projeto de vida, pois, durante muitos anos, foi rotulada como um sujeito perigoso e incapaz de gerir a sua própria vida. Desde o início dessa formação social, esse público foi despojado de seus direitos civis em nome da necessidade de tratamento, num campo médico que preconizava o isolamento e reestabelecimento das condições psíquicas dos sujeitos.

No Brasil, desde a década de 1990, no contexto da Reforma Psiquiátrica, acredita-se que a inserção social e a superação do estigma, imputado a esse segmento, devem passar por uma ampliação da autonomia e contratualidade social, via negociação e novas territorialidades no espaço da moradia, no espaço doméstico, mas também nas ruas e nos espaços públicos. O direito de viver dignamente na sociedade faz parte de uma rede de cuidado que é necessária para uma reapropriação dos espaços sociais, não apenas com a aproximação de familiares, amigos e construção de um lar, mas principalmente a construção de um pertencimento a um bairro, cidade e a sociedade.

Com esse trabalho de pesquisa foi possível analisar que um dos vieses que articula uma rede de possibilidades de compartilhamento social é a inserção dessa pessoa com

transtorno mental na sociedade pela via do trabalho, que surge como importante veículo para a afirmação da sua cidadania. Apresenta-se como importante estratégia de combate ao estigma, promovendo a aproximação dessa população ao corpo social, admitindo-a num mesmo patamar de igualdade quanto ao exercício de direitos e deveres civis, mas sem apagar do sujeito no que se refere a sua singularidade.

No Brasil, no campo dos serviços de saúde mental e pelo olhar dos próprios usuários, o valor atribuído ao trabalho apresenta-se de diversas formas. Hora mostra-se como instrumento terapêutico de grande valia dentro do tratamento de saúde da pessoa com transtorno mental, hora é concebido como única forma de conquistar e exercer a cidadania. Com a desconstrução do modelo manicomial tem-se avançado bastante na direção dos princípios da Reforma Psiquiátrica, e buscado alcançar intervenções no território relacionadas à reconstrução da identidade dos sujeitos e ao reencontro da sua individualidade a partir do uso do trabalho. Apesar de todos esses avanços, ainda são muitos os desafios encontrados.

A presente pesquisa inclui a discussão das ações de inserção da pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho e em ações de geração de emprego e renda na cidade de Teresina, capital do Estado do Piauí, espaço sócio territorial em que a política de saúde mental historicamente não foi prioridade para a gestão da Fundação Municipal de Saúde. Nesse contexto, a saúde mental sob a égide dos princípios da Reforma Psiquiátrica, do cuidado comunitário e em liberdade, avança sob vários impasses.

Ao retomar os objetivos estabelecidos para a pesquisa, foi possível considerar em relação ao objetivo geral: analisar

as políticas sociais, de abrangência municipal, direcionadas para a inserção da pessoa com transtorno mental pela via do trabalho, a partir de 2005, que as ações municipais estão coladas às políticas estaduais e nacional, mas havendo descompassos. E, em relação aos objetivos específicos: identificar os principais atores que fomentaram ações de inserção no mercado de trabalho, destacou-se a ÂNCORA, Associação de Usuários e familiares, alguns trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial, que através de ações pontuais e como projeto pessoal, desenvolveu ações vinculados à serigrafia, construção de horta, PET Look, e em alguns cenários, respostas através de editais, como inclusão digital. Infelizmente tais ações figuraram como pontuais, sem continuidade temporal, e sem maiores implicações para a inserção no mundo do trabalho formal ou informal.

Os próprios usuários dos serviços substitutivos como os CAPS, tem percebido e demandado a necessidade de serem inseridos efetivamente pela via do trabalho. Um forte fomentador destas ações no Estado do Piauí é a ÂNCORA, que visa proporcionar condições para favorecer o convívio social, melhorar a produtividade e qualidade de vida dos associados, permitindo a reconstrução do seu viver. Foi possível ainda refletir sobre a RAPS a partir dos delineamentos propostos com a Lei da Reforma Psiquiátrica. Observa-se que, além desses serviços de atenção especializada, como os CAPS, existe na RAPS um componente específico de reabilitação profissional com ponto de atenção voltado para as iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais para a pessoa com transtorno mental.

No contexto teresinense um dos pontos mais vulne-

ráveis da RAPS é exatamente o eixo 3, de Reabilitação psicossocial, que trata das ações intersetoriais, para reinserção social e reabilitação. Há muitas vulnerabilidades apontadas nos componentes da Rede de Atenção Psicossocial no âmbito local, em que se observa poucos indicadores sobre as ações efetivas de reabilitação profissional, evidenciando pouca prioridade para um eixo tão importante na estratégia do processo de Reforma Psiquiátrica.

No âmbito piauiense, em destaque em Teresina, observa-se um atraso na consolidação dos serviços de saúde mental através dos dispositivos eficazes na diminuição de internações e na mudança do modelo assistencial, pois sabe-se que o Piauí teve um significativo atraso histórico no que se refere aos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, comparado com o Brasil. Apesar da implementação da Reforma Psiquiátrica no país, observa-se que em relação a inserção pela via do trabalho, um dos elementos de destaque nesse processo, considerando que um dos pilares da reforma é a cidadania, as atividades continuaram limitadas dentro dos serviços substitutivos de saúde mental, através dos projetos de geração de renda.

Apesar disso, muito se tem avançado na sensibilização e reconhecimento da pessoa com transtorno mental, mas ainda existe muitas dificuldades para que a saúde mental ganhe prioridade na agenda das políticas públicas dos gestores, no âmbito estadual, o que reflete na prática de algumas instituições. Os representantes das instituições entrevistadas apontaram que a grande dificuldade para se avançar em ações de inserção da pessoa com transtorno mental pela via do trabalho é a escassez de recursos destinados para essas questões. Eles apontam que as ações rea-

lizadas, que muitas vezes acontecem de maneira pontual, não apresentam assiduidade devido à falta de recurso para acompanhar os resultados “pós-curso”, ou seja, o que aquela qualificação gerou na vida desses indivíduos em relação a efetiva geração de renda e inserção no mercado de trabalho.

Outro grande desafio apresentado pelos representantes das instituições analisadas foi a sensibilização do setor de contratação das empresas, pois são elas que solicitam e escolhem o perfil profissional das pessoas que desejam empregar. Os entrevistados apontaram a necessidade de órgãos fiscalizadores do trabalho para atuar de maneira mais forte nas empresas, pois ainda é grande o preconceito e resistência para contratar pessoas que têm algum tipo de deficiência e, na prática, ainda não se considera esse tipo de público com transtorno mental como deficiente psicossocial.

Muitas das instituições entrevistadas oferecem diversos cursos de qualificação profissional para o público em geral, mas não existe dentro do serviço uma política específica para qualificação e inserção da pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho, com vista a sua deficiência psicossocial, pois apresentam dificuldade de trabalhar com segmentos, pois cada especificidade tem buscado suportes para atender suas necessidades peculiares.

Outra dificuldade apresentada pelos profissionais entrevistados em inserir a pessoa com transtorno mental pela via do trabalho não está apenas na falta de capacitação desses usuários para o mercado, mas quando capacitados para a vida laboral encontram outros desafios na inserção devido as resistências e preconceito encontrados no setor de contratação das empresas. Mas esse preconceito não está apenas no setor de contratação. Observa-se que muitas das instituições entre-

vistadas podem até admitir pessoas com transtorno mental no seu quadro de atendimento, mas dependendo do tipo de transtorno mental admitem apenas que o usuário da saúde mental realize capacitação e qualificação, não admitindo ao mercado de trabalho, mesmo estando qualificado.

Interessante analisar que muitos dos gestores entrevistados sente-se pressionados para a execução de ações voltadas para a pessoa com transtorno mental, principalmente pela Gerência de Saúde Mental da Fundação Municipal de Saúde de Teresina, pelos próprios gestores diretos do CAPS e pelos estudantes universitários que, a partir das experiências de estágios nessas instituições, têm buscado atender as necessidades através da execução desses projetos de intervenção que tragam algum tipo de impacto para os usuários do CAPS. Há a percepção, por parte dos gestores dessas instituições entrevistadas, do grande comprometimento por parte da equipe de profissionais do CAPS.

A questão da medicação também apareceu como barreira para a aceitação das pessoas com transtorno mental como público alvo nos serviços de inserção no mercado de trabalho, pois os entrevistados afirmam que muitos não têm condições de comprar a medicação, dependem dela, e agravam seu transtorno por não ter acesso a ela. Outra situação abordada por alguns entrevistados é o excesso de medicação, pois consideram que as altas dosagens prescritas a esse público dificulta a atenção e comprometimento da pessoa com transtorno mental em relação ao curso disponibilizado. Com isso, é possível apreender que muitas instituições não trabalham com o público de usuários da saúde mental por não estarem capacitados para atuarem com as potencialidades desses indivíduos, e ir além das suas limitações por con-

ta do fator doença ou da supermedicalização que cria barreiras, com comprometimentos na atenção e concentração.

Entre os avanços, além das tentativas e acertos expressos nas ações pontuais, destacam-se os projetos de leis, os Fóruns, que têm dado visibilidade para a questão e as ações de capacitação e formação da pessoa com transtorno mental para a inserção pela via do trabalho. É possível apreender um grande comprometimento por parte da equipe dos Centros de Atenção Psicossocial e de profissionais interessados na saúde mental, que possuem cargos como gestores de outras políticas e que buscam fortalecer a rede através de ações como a de cobranças por serviços que fortaleçam a autonomia e o respeito à pessoa com transtorno mental.

Entre as barreiras, destacam-se: a falta de investimento no orçamento público e de pessoal qualificado para tratar da temática. As ações aparecem de maneira descontínua, pois não apresentam assiduidade devido à falta de recurso para acompanhar os resultados “pós-curso”, o que não permite avaliar os impactos dos mesmos na qualidade de vida dos egressos. Sem essas informações estratégicas o processo não é retroalimentado, figurando, mais uma vez, como ação pontual e descontínua.

Referências bibliográficas

ALVERGA, A. R. DIMENSTEIN, M. **A Reforma Psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura**. Interface (Botucatu), v. 10, n. 20, p. 299-316, 2006.

AMARANTE, P. Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 491-494, jul./set., 1995.

AMORIM, Á. A. A. O persistente estado de crise: nexos entre Estado, política social e cidadania no Brasil. *In*: BOSCHETTI, Ivanete; BEHRING, Elaine Rossetti; SANTOS, Silvana Mara de Moraes; MIOTO, Regiane Célia Tamaso (Orgs.). **Capitalismo em crise, política social e direitos**. São Paulo: Cortez, 2010.

ANTUNES, R. **O Caracol e sua concha: ensaio sobre a nova morfologia do trabalho**. São Paulo: Boitempo, 2005.

ARBEX, D. **Holocausto brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

ARRETCHE, Marta T. S. Continuidades e descontinuidades da Federação Brasileira: de como 1988 facilitou 1995. **Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 52, n.

2, p. 377-423, 2009.

ARRETCHE, Marta T.S. Tendências no estudo sobre avaliação. *In*: RICO, Elizabeth Melo (Org.). **Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate**. 5. ed. São Paulo: Cortez, p. 29-39, 2007.

BELLENZANI, R. COUTINHO, M. K. A. R. G. CHAVEIRO, M.M R. de Sousa. **As práticas grupais em um CAPS - Centro de Atenção Psicossocial: sua relevância e o risco de iatrogenias, 2013**. Disponível em: http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENA-BRAPSO/322.%20as%20pr%C1ticas%20grupais%20em%20um%20caps.pdf. Acesso em: mar.2013.

BOBBIO, N. **A Era dos Direitos**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

BOSCHETTI. I. Avaliação de políticas, programas e projetos sociais. *In*. Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) e Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS). **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília-DF: CFESS/ABEPSS, p. 575-591, 2009.

Brasil. (1991). **Lei nº 8.213 de 24 de julho de 1991**. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Brasília, DF. Recuperado em 28 de março 2018, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8213cons.htm.

BRASIL. **Constituição (1988)**. **Constituição** da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL, Convenção sobre os Direitos das Pessoas

com Deficiência (2007). **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência:** Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: decreto legislativo nº 186, de 09 de julho de 2008: decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. -- 4. ed., rev. e atual. – Brasília : Secretaria de Direitos Humanos, Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, seção 1. Brasília: Poder Executivo, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** 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 Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. 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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.1

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico.** 4. ed.

Rio de Janeiro: Forence Universitária, 1995.

CARVALHO, M. E. de. A associação de usuários como dispositivos de desconstrução da cultura manicomial. *In*: CARVALHO, M. E. de.; GUIMARÃES, L.; ROSA, L.; (Org.). **(Con)textos em saúde mental: saberes, práticas e histórias de vidas**. Teresina: EDUFPI, 2008.

CARDOSO, F. M. C. **Regionalização da política de saúde mental no Piauí: desafios na atenção psicossocial**. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) – Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2016.

CASTEL, R. **A Ordem Psiquiátrica - A idade de Ouro do Alienismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

CAYRES, C. O. A dimensão do trabalho na inclusão social. *In*: CAYRES, C. O.; RIMOLI, J. (Org.). **Saúde Mental e Economia Solidária armazém das oficinas: um olhar para além da produção**. Campinas, SP: Medita, 2012.

CHIAVERNI, D. H. *et al* (Org.). **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde/ Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

COSTA, M. A. F. da. **Projeto de Pesquisa: entenda e faça**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

FEITOSA, L. G. G. C.; SILVA, M. do R. de F. e. **Assistência em saúde mental no Piauí: mecanismos estruturais para o cuidado entre a razão e a desrazão**, 2014. Disponível em: <<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/viewFile/8634920/2809>>. Acesso em: 13 de set. 2017.

FIGUEIRÊDO, M. F.; FIGUEIRÊDO, A. M. C. **Avaliação Política e Avaliação de Políticas: um quadro de referência teórica.** São Paulo: IDESP, 1986.

FRANCO, M. L. P. B. **Análise de conteúdo.** Brasília, 3. ed. Liber Livro Editora, 2008.

FRAZÃO, I. da Silva. **“Eu acho que a pessoa doente mental pode trabalhar. Eu trabalho e não sou doente mental” O processo de reinserção da pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho.** Tese de Doutorado. Departamento de Serviço Social – Universidade Federal de Pernambuco, 2007.

FRAYZE-PEREIRA, J. **O que é loucura.** São Paulo: Abril Cultural/Brasiliense, 1985.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002

GOMES, T. M. da Silva. **Apontamentos sobre a inserção das pessoas com transtorno mental no trabalho formal.** Revista da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. EM PAUTA, Rio de Janeiro _ 1o Semestre de 2017 - n. 39, v. 15, p. 201 – 223. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/30383/21549>>. Acesso em: 10 out. 17.

GOMES, T. M. da Silva. **Para além da rima pobre do capital: questões sobre a inserção de pessoas com transtorno mental no trabalho formal.** Tese (doutorado). Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Serviço Social, 2014.

IANNI, O. A Questão Social. *In: A ideia do Brasil*

moderno. São Paulo: Brasiliense, 1992.

LUCAS, L. de Sousa. **De pacientes a cidadãos: a trajetória da associação “Loucos pela Vida” no município de Mogi das Cruzes – SP.** [Dissertação - Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 2007.

LUSSI, I.A.O.; MATSUKURA, T.S.; HAHN, M.S. **Reabilitação psicossocial: oficinas de geração de renda no contexto da saúde mental.** O MUNDO DA SAÚDE (CUSC. Impresso), v.34, p. 284-290, 2010.

MARSHAL, T. H. **Cidadania, classe social e status.** Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1967.

MARX, K. **O Capital – crítica da Economia Política.** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1988.

MELO. Z. M. de. **Os estigmas: a deterioração da identidade social.** Disponível em: <<http://proex.pucminas.br/sociedadeinclusiva/anaispdf/estigmas.pdf>>. Acesso em: 06 dez.13.

MINAYO, M. C. de S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde.** São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Abrasco, 1992.

MARANHÃO, L. S. R. **A atuação do CAPS II Leste Teresina-PI na perspectiva de inserção da pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho e ações de geração de renda.** Monografia (Bacharelado em Serviço Social). Universidade Federal do Piauí – UFPI, 2014.

MOREIRA. R. M. O neoliberalismo e a banalização da injustiça social. **Revista do Tribunal Regional do Trabalho 3ª Região.** Belo Horizonte, v.45, n.75, p.173-184, jan./jun, 2007. Disponível em:<http://www.trt3.jus.br/escola/>

download/revista/rev_75/Ranulio_Moreira.pdf. Acesso em: abr. 2013.

NASCIMENTO, B. A. **Loucura, trabalho e ordem: o uso do trabalho e da ocupação em instituições psiquiátricas** (dissertação). São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1991.

O'DONNELL, G. **Autoritarismo e democratização: contrapontos**. São Paulo: 1986.

PEREIRA, Potyara A. P. Discussões conceituais sobre política social como política pública e direito de cidadania. *In*: BEHRING, E. R. *et al* (Orgs.) **Política Social no capitalismo: tendências contemporâneas**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

PEREIRA, Potyara A. P. **Necessidades humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

PEREIRA, S. L. B.; GUIMARÃES, S. de J. **Avanços e desafios da rede de atenção psicossocial no Piauí**, 2017. Disponível em: < http://www.direitoshumanos2017.abrasme.org.br/resources/anais/8/1490808775_ARQUIVO_artigoFORUMDHESAUDEMENTAL.pdf >. Acesso em: 13 de set. 2017.

PERON, P. R. **A trágica história do Hospital Psiquiátrico Colônia**. *Psic. Rev.* São Paulo, volume 22, n.2, 261-267, 2013. Disponível em: < <https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/17993> >. Acesso em: 20. fev., 2018.

RAMOS, M. Aspectos conceituais e metodológicos da avaliação de políticas e programas sociais. **Planejamento e**

Políticas Públicas. Brasília: IPEA, n.32, p. 95-114, jan. / jun., 2009.

RAWLS, J. A justiça como equidade. *In:* KRISCHKE, P. J. (org.). **O controle social: ontem e hoje.** São Paulo: Cortez, 1993.

RODRIGUES, K. L.; PINHO, L. Oficinas de trabalho: limites e desafios para a inclusão social pelo trabalho na saúde mental. *In:* CAYRES, C. O.; RIMOLI, J. (Org.). **Saúde Mental e Economia Solidária armazém das oficinas: um olhar para além da produção.** Campinas, SP: Medita, 2012.

ROSA, L. C. dos Santos. *et al.* **Políticas e ações de saúde mental no Piauí: 2000 a 2010.** Piauí: EDUFPI, 2011.

ROSA, L. C. dos Santos. **O Nordeste na Reforma Psiquiátrica.** Teresina/PI: EDUFPI, 2006

ROSA, L. C. dos Santos. Os desafios e os limites da inclusão da pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho: uma proposta de estudo. *In:* LIMA, S. O.; BARROS, F. de O. Júnior e ARAÚJO, V. P. de S. (Org.). **Trabalho e desigualdades.** Rio de Janeiro: Booklink, 2009.

ROSA, L. C. dos Santos. **Panorama da Assistência Psiquiátrica no Piauí.** Piauí: EDUFPI, 2005.

ROSA, L. C. dos Santos. **Síntese da audiência pública defensoria com usuários da saúde mental do Piauí.** Teresina, 2016.

ROSA, L. C. dos Santos. **Transtorno mental e o cuidado na família.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

SADER, E. Direitos e Esfera Pública. **Serviço Social e Sociedade.** São Paulo, ano XXIV, n. 77, p. 5-10, abril, 2004.

SALIS, A. C. Á. Gerência de trabalho: uma estratégia de inclusão social pela via do trabalho. *In: Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 89, p. 207-216, abr./jun, 2011.

SANTOS, A. C.; NETO, U. G.; REZENDE, E. O. de. Profissionalização da pessoa com deficiência: aspectos históricos. *In: A pessoa com deficiência no mercado de trabalho*. São Carlos: Pedro e João Editores, 2012.

SARACENO, B. **A Reabilitação como cidadania. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Te Corá Editora/ Instituto Franco Basaglia, Belo Horizonte/ Rio de Janeiro, 1999.

SASSAKI, R. K. **Inclusão: construindo uma sociedade para todos**, Rio de Janeiro: WVA, 1997.

SASSAKI, R. K. Causa, impedimento, deficiência e incapacidade, segundo a inclusão. **Revista Reação**, São Paulo, ano XIV, n. 87, p. 14-16, jul./ago., 2012,

SASSAKI, R. K. **Pessoas com deficiência psicossocial**. São Paulo - SP, 2002.

SERAFIM, M.; DIAS, R. **Análise de política: uma revisão da literatura**. Cadernos Gestão Social, Salvador, v. 3, n. 1, maio 2012. Disponível em: < <http://www.periodicos.adm.ufba.br/index.php/cgs/article/view/213>>. Acesso em: 04 out. 2017.

SPOSATI, A. *et al.* **Assistência na trajetória das políticas sociais brasileiras. Uma questão em análise**. São Paulo: Cortez, 1985.

TEIXEIRA, S. O. Que democracia? Soberania popular ou soberania do mercado? *In: BOSCHETTI, I. et al (Org.). Capitalismo em crise, políticas sociais e direitos*. São

Paulo: Cortez, 2010.

TELLES, V. da S. **Questão social afinal, do que se trata.** São Paulo em Perspectiva, v. 10, n. 4, p. 85-95, 1996.

TERESINA. Lei n. 2.987, de 17 de maio de 2001. **Dispõe sobre a política de saúde mental e de assistência psiquiátrica, bem como trata da regulamentação dos serviços de saúde mental no município de Teresina, em termos prevenção, reabilitação, ensino, pesquisa e dá outras providencias.** Disponível em: < <https://leismunicipais.com.br>>. Acesso em: 13 set. 2017.

VASCONCELOS, E. M. **Abordagens psicossociais, volume II: Reforma Psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares.** São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.

VASCONCELOS, E. M. Empoderamento de usuários e familiares em saúde mental e em pesquisa avaliativa/ interventiva: uma breve comparação entre a tradição anglo-saxônica e a experiência brasileira. **Revista Cidadania e Saúde Coletiva**, v. 18, nº 10, p. 2825-2835, 2013.

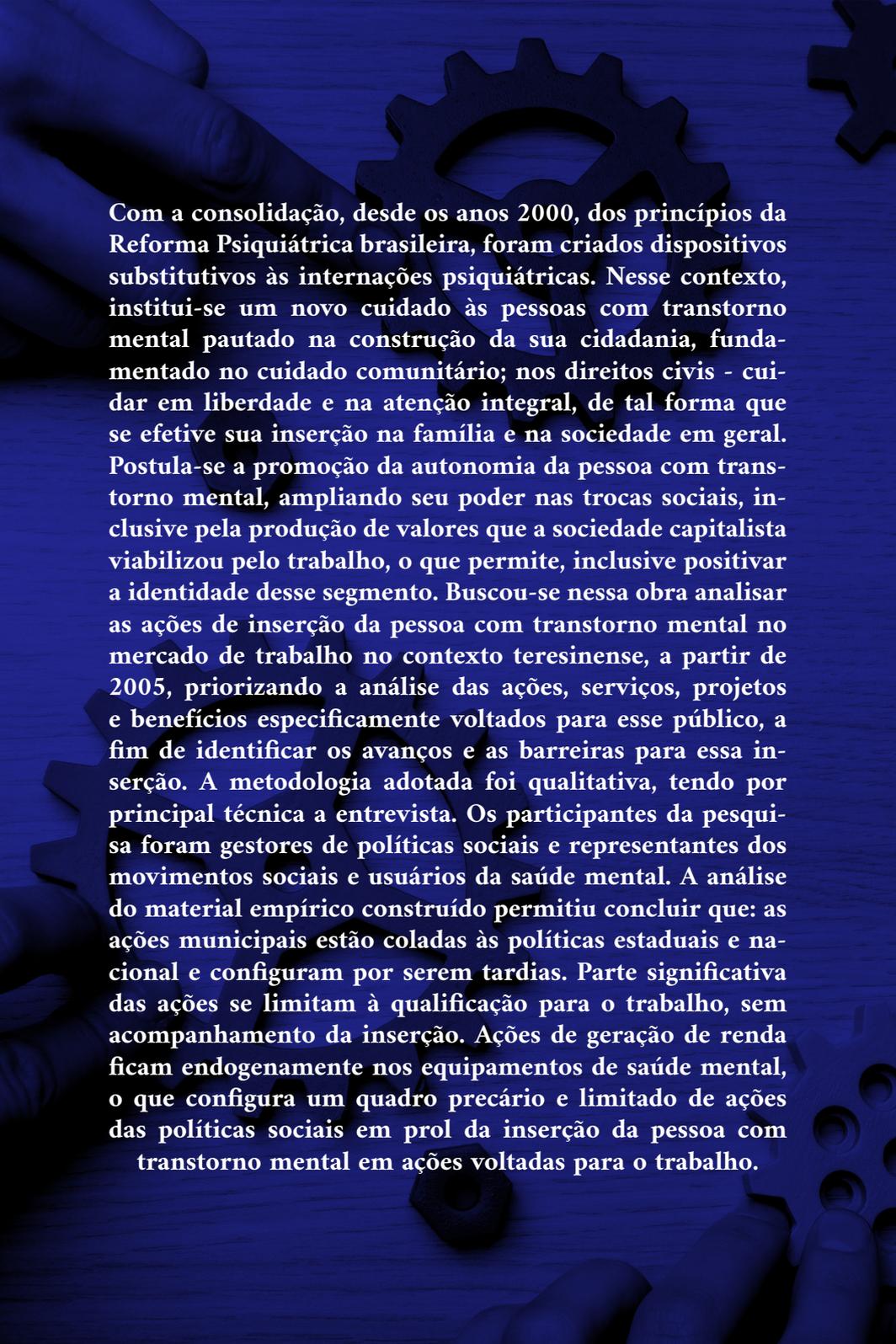
WARSCHAUER, M.; CARVALHO, Y. M. de. **O conceito “Intersetorialidade”: contribuições ao debate a partir do Programa Lazer e Saúde da Prefeitura de Santo André/SP.** Saúde Soc. São Paulo, v.23, n.1, p.191-203, 2014. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n1/0104-1290-sausoc-23-01-00191.pdf>>. Acesso em: 02. Maio. 18

ZISMAN, C. R. **Estudos de direito constitucional: o princípio da dignidade da pessoa humana.** São Paulo: Thomson – IOB, 2005.

Sobre a autora e sua obra

LAISLA SHIRLEY RODRIGUES MARANHÃO nasceu em 27 de outubro de 1991, na capital piauiense. É doutoranda em Políticas Públicas pelo Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Piauí - UFPI (2021-2024). Mestre em Políticas Públicas pelo Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Piauí - UFPI (2018). Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal do Piauí - UFPI (2014). Desde sua experiência no estágio obrigatório supervisionado na área da saúde mental, atuando como estagiária do Serviço Social durante 8 (oito) meses, entre 2012 e 2013, no Centro de Atenção Psicossocial II Leste, em Teresina-PI, que surgiu o interesse da autora pela questão em debate. Assim, foi possível conhecer as necessidades dos usuários dessa instituição e analisar que uma das manifestações da questão social mais marcante na vida das pessoas com transtorno mental desse CAPS é o desemprego. O conhecimento propiciado no campo de estágio culminou no trabalho de conclusão de curso intitulada: “A atuação do CAPS II Leste de Teresina-PI na perspectiva de inserção da pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho e ações de geração de renda” (2014). A autora buscou ampliar a compreensão sobre a realidade das ações realizadas pelas instituições que são destinadas a capacitar e qualificar profissionalmente os munícipes de Teresina, com vistas a inseri-los no mercado de trabalho, favorecendo

a inserção social e a conseqüente geração de emprego e renda. Buscou-se entender de que forma as pessoas com transtorno mental estão sendo beneficiadas ou não por essas ações. Nesse sentido realizou sua dissertação com o tema: “A inserção da pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho no contexto teresinense: avanços e desafios”. A importância do tema e a escassez de estudos nessa perspectiva foram pontos importantes que motivaram a autora a publicar seu primeiro livro, com o intuito de analisar os avanços e desafios das ações de inserção da pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho e em serviços de geração de emprego e renda, no contexto teresinense. Laisla Maranhão estuda principalmente os seguintes temas: Transtorno Mental. Reforma Psiquiátrica. Cuidado Humanizado em Saúde. Saúde Coletiva. Saúde Mental. Trabalho. CAPS. Serviço Social. Estado. Sociedade e Políticas públicas.



Com a consolidação, desde os anos 2000, dos princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira, foram criados dispositivos substitutivos às internações psiquiátricas. Nesse contexto, institui-se um novo cuidado às pessoas com transtorno mental pautado na construção da sua cidadania, fundamentado no cuidado comunitário; nos direitos civis - cuidar em liberdade e na atenção integral, de tal forma que se efetive sua inserção na família e na sociedade em geral. Postula-se a promoção da autonomia da pessoa com transtorno mental, ampliando seu poder nas trocas sociais, inclusive pela produção de valores que a sociedade capitalista viabilizou pelo trabalho, o que permite, inclusive positivar a identidade desse segmento. Buscou-se nessa obra analisar as ações de inserção da pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho no contexto teresinense, a partir de 2005, priorizando a análise das ações, serviços, projetos e benefícios especificamente voltados para esse público, a fim de identificar os avanços e as barreiras para essa inserção. A metodologia adotada foi qualitativa, tendo por principal técnica a entrevista. Os participantes da pesquisa foram gestores de políticas sociais e representantes dos movimentos sociais e usuários da saúde mental. A análise do material empírico construído permitiu concluir que: as ações municipais estão coladas às políticas estaduais e nacional e configuram por serem tardias. Parte significativa das ações se limitam à qualificação para o trabalho, sem acompanhamento da inserção. Ações de geração de renda ficam endogenamente nos equipamentos de saúde mental, o que configura um quadro precário e limitado de ações das políticas sociais em prol da inserção da pessoa com transtorno mental em ações voltadas para o trabalho.