



Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da UFPI

III SINESPP

20 a 24
OUTUBRO
2020

SIMPÓSIO INTERNACIONAL SOBRE ESTADO, SOCIEDADE E POLÍTICAS PÚBLICAS
Democracia, desigualdades sociais e políticas públicas no capitalismo contemporâneo

EIXO TEMÁTICO 2 | TRABALHO, QUESTÃO SOCIAL E POLÍTICAS PÚBLICAS

AVANÇOS E DESAFIOS PARA A INSERÇÃO DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL NO MERCADO DE TRABALHO NUMA CAPITAL NORDESTINA

ADVANCES AND CHALLENGES FOR INSERTING PEOPLE WITH MENTAL DISORDERS IN
THE LABOR MARKET IN A NORTHEAST CAPITAL

Laisla Shirley Rodrigues Maranhão¹
Lucia Cristina dos Santos Rosa²

RESUMO

Com a consolidação dos princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira, foram criados dispositivos substitutivos às internações psiquiátricas. Instituiu-se um novo cuidado às pessoas com transtorno mental pautado na construção da sua cidadania, fundamentado no cuidado comunitário, de tal forma que se efetive sua inserção na sociedade em geral, ampliando seu poder nas trocas sociais, com produção de valores que a sociedade capitalista viabilizou pelo trabalho. Com essa pesquisa foi possível analisar as ações de inserção da pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho em Teresina, a partir de 2005, e identificar seus avanços e barreiras. Um estudo qualitativo com entrevistas com gestores das políticas sociais, representantes dos movimentos sociais e usuários da saúde mental. Assim, conclui-se que: as ações municipais estão coladas às políticas estaduais e nacionais e se configuram por serem tardias. Parte significativa das ações se limita à qualificação para o trabalho, sem compromissos articulados com a inserção.

Palavras-Chaves: Reforma psiquiátrica; Pessoa com transtorno mental; trabalho.

¹ Graduada em Serviço Social e Mestra em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Piauí – UFPI. E-mail: lala_shirley@hotmail.com.

² Professora da Pós-Graduação em Políticas Públicas e do curso de Serviço Social da UFPI. Doutora em Serviço Social pela UFRJ. Doutora em Sociologia pela UFPE. Pós Doutora em saúde coletiva pela UNICAMP. E-mail: luciacsrosa@gmail.com.

ABSTRACT

With the consolidation of the principles of the Brazilian Psychiatric Reform, substitute devices were created for psychiatric hospitalizations. A new care is instituted for people with mental disorders based on the construction of their citizenship, based on community care, in such a way that their insertion in society in general takes place, expanding their power in social exchanges, with the production of values that society capitalist made work possible. With this research it was possible to analyze the actions of insertion of the person with mental disorder in the job market in Teresina, from 2005, and to identify their advances and barriers. A qualitative study with interviews with social policy managers, representatives of social movements and users of mental health. Thus, it is concluded that: municipal actions are glued to state and national policies and are configured because they are late. A significant part of the actions is limited to the qualification for the job, with no articulated commitments with the insertion.

KEYWORDS: Psychiatric reform; Person with mental disorder; job.

INTRODUÇÃO

Com a consolidação, desde os anos 1990, dos princípios do Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira na política de saúde mental, álcool e outras drogas, foram criados vários dispositivos substitutivos às internações psiquiátricas. Institui-se um novo cuidado às pessoas com transtorno mental – pctm 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. Postula-se a promoção da autonomia da pctm, ampliando seu poder nas trocas sociais, inclusive pela produção de valores que a sociedade capitalista viabilizou pelo trabalho, na perspectiva de positivar a identidade desse segmento, historicamente estigmatizado.

O processo de reforma psiquiátrica desenvolveu-se de maneira desigual entre os estados do Brasil. O Piauí teve uma inserção tardia nesse processo. Apenas em meados dos anos 2000 o Estado passa a atuar no sentido de promover ações e serviços de saúde de base comunitária e visando a construção da cidadania da pctm. Em 2005 é criado o

primeiro plano estadual de saúde mental orientado pelos princípios da reforma psiquiátrica.

Os serviços abertos e comunitários de atenção cidadã às pctm foram criados em Teresina, a partir de 2007, por força de Termos de Ajustamento de Conduta – TAC articulado pelo Ministério Público do Piauí, haja vista resistências dos gestores locais. Nesse contexto, o Ministério Público, as Coordenações de Saúde Mental do Ministério da Saúde, com suas ações indutoras, assim como a gestão estadual de saúde mental, como coordenação do processo de alteração do modelo assistencial no plano local, configuraram-se como os principais protagonistas no processo. Uma rede diversificada de serviços foi implantada, baseada em Centros de Atenção Psicossocial - CAPS e serviços residenciais terapêuticos, contudo, ações orientadas na perspectiva de inclusão desse segmento em atividades de emprego e geração de renda ainda é um desafio que necessita de uma análise mais atenciosa.

Esse artigo é resultado de uma pesquisa de mestrado, que buscou contribuir com as discussões sobre a ampliação das possibilidades de inserção social da pctm na sociedade, com ênfase nas ações de geração de emprego e renda, a partir das indagações: de que forma as ações do município de Teresina se organizam, a partir de 2005, para a inserção da pctm pela via do trabalho? Nesse sentido, que ações foram e estão sendo realizadas? Que atores e ações se destacam na produção de outros lugares sócio ocupacionais para a pctm? Que avanços e barreiras existem para a inserção desse segmento nesses espaços?

Teve por objetivo geral analisar as ações, de abrangência municipal, direcionadas para a inserção da pctm pela via do trabalho, a partir de 2005 e como objetivos específicos: mapear as ações teresinenses, vinculadas às políticas sociais nessa perspectiva da inserção; analisar os atores implicados e as ações implementadas relacionadas às necessidades de inserção da pctm, inclusive ações de geração de emprego e renda, e identificar os avanços e as barreiras para tal inserção.

Fundamentou-se numa pesquisa qualitativa, baseada em pesquisa exploratória descritiva e analítica. Foram entrevistados 8 (oito) gestores e representantes das instituições que são destinadas a capacitar, qualificar e inserir profissionalmente os munícipes de Teresina: Associação de usuários, familiares e interessados na saúde mental - ÂNCORA; Ministério do Trabalho; Fundação Wall Ferraz; Ação Social

Arquidiocesana de Teresina; Secretaria Estadual para Inclusão da Pessoa com Deficiência; Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial; Secretaria Municipal de Economia Solidária e Sistema Nacional de Emprego. Também foi entrevistado 01 usuário da saúde mental, representante da ÂNCORA e do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS.

Com este artigo espera-se ampliar as discussões sobre a inserção dos usuários de saúde mental pela via do trabalho. Parte-se do pressuposto que essas iniciativas de geração de emprego e renda constituem importante estratégia de inserção social e veículo legítimo de construção da cidadania, pois articula uma rede de reconhecimento e participação social, em uma sociedade cuja base identitária se forjou pela condição de trabalhador/assalariado, da qual a pctm pode obter respeito na sua diversidade, apoiado pelo princípio da equidade, por meio de políticas públicas e mecanismos formais que fortaleçam essa luta.

2 O TRABALHO E A PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL: aspectos históricos da sua inserção pelo trabalho

O primeiro ato histórico da humanidade funda-se no trabalho, tendo adquirido centralidade na organização da sociedade capitalista e, sobretudo na distribuição/concentração da riqueza socialmente produzida. Constitui-se como criador de valores de uso. Como destaca Rodrigues e Pinho (2012, p. 196) 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”.

Para Marx (1988), o trabalho é uma condição fundamental para que o homem seja um ser livre e realizado no atendimento às suas necessidades humanas. 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, necessariamente, 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. Na sociedade capitalista, o que preponderou foi o trabalho alienado e alienante, realizado no geral, como forma de assegurar a

sobrevivência física, mas, é da natureza criadora do trabalho também ser fonte de realização humana.

Essa atual forma de organização social gera um importante dilema quanto à inserção da pessoa com transtorno mental pela via do trabalho, sobretudo formal, assalariado. A partir dessa configuração societária, erigida na Idade Moderna, que instala a ordem burguesa ao poder político e econômico, o ser humano é metamorfoseado em trabalhador assalariado, e a identidade do “louco” e da própria loucura, é associada à periculosidade e à incapacidade.

Nesse contexto, o enclausuramento em manicômios foi o destino para esse segmento. Segundo Amarante (1995) em nome do tratamento psiquiátrico, a loucura é apropriada e metamorfoseada em doença e o louco é excluído socialmente dessa ordem, pelo silenciamento e mortificação. Essas diferentes experiências vividas por esses sujeitos entram em choque com as imposições sociais, pois de acordo com os estudos de Rodrigues e Pinho (2012, p. 198) “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”.

Sobre o não-lugar vivido por esses indivíduos no trabalho, para Rodrigues e Pinho (2012, p. 198) “o mundo do trabalho sob o sociometabolismo do capital está no vértice contraditório aos transbordamentos vividos na loucura”, 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.

Nesse sentido, apesar dos efeitos deletérios em que o trabalho assume no sistema capitalista e, em função da associação cultural e simbólica vigente no senso comum entre trabalho e normalidade, para Gomes (2017, p. 201) “a inserção da pessoa com transtorno mental no trabalho figura no imaginário como atividade produtiva ideal, com capacidade de forjar pertencimento e reconhecimento social”.

Santos *et al.* (2012) destacam 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 inclusão. Nesse sentido nota-se a importância do trabalho para além da sua dimensão estritamente econômica, pois de acordo com Castel (1988) 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, produz um sentimento de ser eficaz pelo trabalho e de ser participativo, pois segundo Santos *et al.* (2012) contribui para a construção da identidade social e de reconhecimento de sua capacidade, pois ela se sente parte da sociedade como um sujeito produtivo.

O termo deficiência, no Brasil, a partir de 2008, segundo Sasaki (2002) é associado à pçtm circunscrevendo-a como “deficiência psicossocial (ou sequela de um transtorno mental)” podendo beneficiá-las com 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, apesar de ser um conceito rechaçado por algumas pessoas com transtornos mentais e por alguns de seus familiares, havendo necessidade de sua (re)invenção, e nova politização.

Ao longo da história da psiquiatria o trabalho sempre foi utilizado como forma de intervenção. Nesse sentido, Cayres (2012, p. 183) observa que “não somente a instituição manicomial foi reconhecida como meio terapêutico como também passou a atribuir ao trabalho um caráter terapêutico”. No livro *Holocausto Brasileiro* é possível apreender a partir dos destaques de Arbex (2013) que, na forma em que a sociedade capitalista se organiza, existe um lugar para a pessoa com transtorno mental e esse lugar é o manicômio, que a potencializa como mercadoria, inclusive o seu cadáver.

É importante destacar que não é possível desconsiderar que todos os sujeitos estão submetidos a mecanismos repressores e ideológicos de manipulação, e que segundo Gomes (2017, p. 215) “a lógica alienante do trabalho assalariado ultrapassa a condição de estar ou não diretamente inserido nessa atividade”, de estar ou não dentro do contingente de pessoas que escapa de sua racionalidade. Contraditoriamente, a inserção pelo trabalho ou ações de geração de emprego e renda, podem também produzir vida ou fomentar sua reinvenção, fomentando as trocas sociais e a condição humana de criador de valores e outros sentidos.

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

Como destaca 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. Para Castel (1978, p. 116) “o exercício da autoridade pode ser mais enérgico, a vigilância mais constante, a rede de coerções mais estreita”. A história da loucura no Brasil não foi diferente dessa trajetória de segregação do “louco” nos asilos europeus. Apesar da diferença histórica e social, 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).

Com esse modelo, a pctm é segregada pois é considerada um risco para a sociedade, conseqüentemente incapaz para o convívio social. Nesse sentido, alguns estudos apontam que o indivíduo perde sua “identidade” anterior, que é, deteriorada, reduzida a uma única dimensão e referência social, a da loucura, pois para Melo (2013, p. 03) “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”.

Percebe-se que no Brasil a exclusão foi legitimada por diversos mecanismos, inclusive ações, que reforçaram situações de preconceitos, estigmas sobre a pctm, homogeneizando um segmento plural, causando danos aos seus direitos civis e sociais, ocasionando com isto um retrocesso para a compreensão das potencialidades desses indivíduos. 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.

Ações pelo trabalho no contexto manicomial priorizaram a ocupação do tempo livre, a execução de ações que não aumentavam o poder ativo da condição humana, servindo como antídoto da ociosidade ou trabalho no sentido da exploração humana, para suprir necessidades relacionadas ao pequeno quadro de funcionários dos serviços. O Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, metamorfoseada como política social a partir dos anos 1990, vai produzir alterações nesse panorama, ao forjar as condições da construção da cidadania da pctm, produzindo outros lugares para sua circulação, na perspectiva do direito à cidade, investindo em suas capacidades, inclusive como produtor de bens e serviços.

A inserção da pctm em diversos espaços da sociedade, inclusive pela via do trabalho, como destaca Frazão (2007, p. 49) “circula entre o desejável e o imprescindível na busca da cidadania universal”, principalmente devido um longo processo de não ocupação dos espaços sociais e de enclausuramento desses indivíduos nos asilos.

Segundo Rosa (2009) é somente em abril de 2001, que as condições legislativas reforçam na direção da inserção pelo trabalho, 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). O cenário para esse reconhecimento é favorável, pois segundo Rosa (2009, p. 61) “o governo brasileiro é cobrado pelos órgãos internacionais a implementar ações afirmativas para grupos minoritários, que não têm sua cidadania assegurada” e os grupos sociais reconhecidos como minoria passam a lutar cada vez mais por igualdade de direitos e oportunidades.

Como destaca Frazão (2007) a reforma psiquiátrica brasileira fundamenta seus pressupostos numa reforma inclusiva e na autonomia da pctm, 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 pctm e a construção de uma outra relação entre a sociedade e a loucura, como parte da condição humana e que circule pela cidade.

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, dos medicamentos e de uma única política, 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 pctm, para além da vivência com o transtorno mental. A inserção pelo trabalho e geração de emprego e renda ganham realce. Segundo Rosa (2009, p. 71), “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”.

3 SAÚDE MENTAL E TRABALHO: avanços e barreiras para a inclusão da pessoa com transtorno mental pela via do trabalho

Segundo Rosa (2009), na perspectiva da reforma psiquiátrica, é preciso intervir no sentido de separar o diagnóstico da pessoa, destacando a “existência sofrimento” e observar “as potencialidades e talentos a serem ampliados para a vida laboral e ocupacional” da pctm. 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).

Nesse sentido, a capacidade de construir novas normas para si e para sua vida constituem eixo das ações em saúde, ao permitir recriação da vida e outras possibilidades de viver, inventar e reinventar-se a sua vida. O trabalho para a pctm, sobretudo, com quadro severo e persistente, deve ser pensado num contexto protegido, ou seja, deve-se analisar e estabelecer as condições para que se possa acolher o desejo de trabalhar e desenvolver suas potencialidades de maneira responsável e coordenada, admitindo o transtorno apenas como diferença, e não como estado permanente de incapacitação.

Nesse horizonte, houve articulação entre a política de saúde mental e a economia solidária, pela portaria ministerial nº 353, de 07 de março de 2005, na perspectiva de desenvolver ações para a inclusão social pelo trabalho (BRASIL, 2005). Potencializou-se a Lei nº 9.867, de 10 de novembro de 1999, que dispõe sobre a criação e o funcionamento de cooperativas sociais, com foco no apoio às pessoas em desvantagens sociais no mercado de trabalho, consideradas como sendo: os deficientes físicos e sensoriais; os deficientes psíquicos e mentais, as pessoas dependentes de acompanhamento psiquiátrico permanente, os egressos de hospitais psiquiátricos e os dependentes químicos. Vários editais foram lançados pelo governo federal para fomentar ações de geração de emprego e renda, através do trabalho protegido, incluindo bolsas trabalho em estados como o Rio de Janeiro.

Telles (1996) destaca que a questão social posta contemporaneamente, reabre o problema da justiça social, redefine o papel do estado e o sentido de responsabilidade

pública para com um segmento vulnerável, destituído de muitos direitos, tais como a alfabetização, a profissionalização, o que o coloca em desvantagem em um mercado de trabalho competitivo, seletivo e excludente. Contraditoriamente, na política social brasileira, para um número significativo de pctm que desejam trabalhar e, por exemplo, recebem um benefício social, como o Benefício de Prestação Continuada - BPC, se confrontarão com “escolhas” que implicam em colisão de direitos: em optando por trabalhar, terão que requisitar a suspensão do benefício. Opção difícil, dada a instabilidade e incerteza que cerca e historicamente permeou a construção do mercado de trabalho no país, agravado no contexto atual. Entre um mercado de trabalho instável e uma certa estabilidade representada pelo BPC, a própria família tende a desestimular o engajamento da pctm no mercado de trabalho. Ações afirmativas teriam que ser pensadas, para alterar esse quadro posto no âmbito previdenciário.

Mesmo de forma tímida, é crescente em Teresina-PI embates dos movimentos sociais com as políticas sociais, no plano local, em torno da inserção da pctm no mercado de trabalho e das lacunas em prol do reconhecimento desses sujeitos como trabalhador. A Associação de usuários, familiares e pessoas interessadas na causa da saúde mental do Piauí - ÂNCORA, 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 (re)inserção social, a formação política desses indivíduos, e a reconstrução do viver.

Dentre outros objetivos, a ÂNCORA está engajada na luta para oportunizar possibilidades para as pctm serem inseridas pela via do trabalho, o que enseja outra visibilidade social de suas potencialidades, bem como a ampliação de sua contratualidade familiar e social. Na Associação, encontros de formação política, têm apontado a relevância do trabalho para a pctm e reivindicado ações nesse sentido, o que tem se fortalecido com audiências públicas na Defensoria e Ministério Público estadual e na Assembleia da entidade.

Em 07 de outubro de 2016 a entidade promoveu o I Fórum Estadual da Deficiência Psicossocial, ocasião que contou com a presença de Romeu Sasaki que discutiu o trabalho apoiado e as vantagens postas pela convenção que trata da deficiência psicossocial. Em 09 de outubro de 2017 organizaram o I Simpósio Inclusivo de Saúde Mental do Piauí, que trouxe a experiência do Rio de Janeiro, para fomentar o debate local. Essas ações redundaram na Lei Estadual, aprovada pela Assembleia

Legislativa do Estado, nº 7.095, de 04 de janeiro de 2018, que “institui as pessoas com transtorno mentais como deficientes psicossociais e determina a inclusão destas nas políticas públicas dos deficientes do Estado do Piauí”. Estabelecidas as bases legais para a incorporação das pctm, agora consideradas pessoas com deficiência psicossocial, é preciso investimento em sua inserção pelo trabalho.

Ainda no plano estadual, constatou-se a implementação de algumas experiências institucionais de geração de emprego e renda, muitas das quais fomentadas pelos editais lançados pelo governo federal, ganhando destaque o Projeto Helicônia, no município de União, em 2006; projetos de produção de bijuterias, em Uruçuí. Tais experiências foram descontinuas no tempo, figurando vulneráveis a cada mudança de gestão. Em suma, evidencia-se que algumas ações com maior persistência temporal, decorreram de investimentos individuais de alguns profissionais.

Em análise sobre o papel e a atuação do CAPS II Leste de Teresina - Piauí na perspectiva da inserir a pctm no mercado de trabalho e em ações de geração de emprego e renda, Maranhão (2014) constatou que apenas uma pctm foi inserida no mercado formal de trabalho. As experiências com oficinas de geração de renda, realizadas no CAPS, a exemplo do PETlook, coordenado pela psicóloga e assistente social do serviço, que teve por foco a geração de renda, através da produção de acessório estético para animal, que teve maior duração e ganhou visibilidade pela aprovação comercial do produto, se constituíram em experiências descontínuas e não sistematizadas, pois acabam circunscrevendo a ação de seus proponentes e coordenadores, sendo parcamente institucionalizadas.

No contexto local, os CAPS figuram como equipamentos endógenos, em que as ações ficam no interior do serviço, sem parcerias com outras políticas públicas, apesar da institucionalização da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, lançada através da portaria ministerial 3.088 de 23 de dezembro de 2011, uma das redes prioritárias que impulsionaram modificações estruturais na rede de atenção psicossocial de atendimento aos usuários de saúde mental e seus familiares.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Parte dos usuários dos serviços substitutivos, tem demandado a inserção pela via do trabalho. Um forte fomentador dessas ações no Estado do Piauí é a ÂNCORA, que visa proporcionar condições para favorecer o convívio social e qualidade de vida dos associados, permitindo a reinvenção do seu viver. Em Teresina um dos pontos mais vulneráveis da RAPS é exatamente o Eixo 3 – ações intersetoriais para reinserção social e reabilitação. Há muitas vulnerabilidades apontadas nos seus componentes gerais. Observa-se poucos indicadores sobre as ações efetivas de reabilitação profissional, evidenciando pouca prioridade para um eixo tão importante na estratégia do processo de Reforma Psiquiátrica.

Os representantes das instituições implementadoras de políticas sociais, no contexto estadual e, sobretudo municipal, apontaram que a principal dificuldade para se avançar nesse eixo é a escassez de recursos destinados para essas questões. Tal fato dificulta acompanhar os resultados “pós-curso”, o que obsta a avaliação dos resultados sob a vida das pctm, em relação a efetiva inserção pela via do trabalho.

Outro desafio apontado foi a sensibilização do setor de contratação das empresas privadas, pois são elas que solicitam e determinam o perfil profissional das pessoas que desejam empregar. Dessa maneira, ao ter que preencher as “cotas” estabelecidas legalmente, buscam um “deficiente” nos padrões socialmente aceitos. Nessa perspectiva, a pessoa com deficiência psicossocial é evitada. Outra dificuldade mencionada foi a baixa escolaridade associada à falta de capacitação e qualificação desses usuários para o mercado de trabalho e quando capacitados para a vida laboral encontram outros desafios: o preconceito encontrado no setor de contratação das empresas.

Os entrevistados sinalizam a dificuldade de acesso e manutenção da medicação como barreira para a aceitação da pctm como público-alvo da inserção no mercado de trabalho, pois muitos não têm condições de comprá-la, dependem dela e ao ter dificuldade de acesso às mesmas, tem seu quadro clínico agravado, o que torna socialmente perceptível os sinais comportamentais da enfermidade. Com outra nuance, foi destacado o excesso de medicação, que comprometem a atenção, concentração e desempenho da pctm no decorrer dos cursos disponibilizados. Diante desse fato, foi comum os representantes institucionais afirmarem que não trabalham com esse público

por não estarem capacitados para atuarem com as potencialidades desses indivíduos e ir além das suas limitações.

Como avanços, sinaliza-se a ação da Âncora que lançou em 2017 o selo “mente aberta”, com o objetivo de homenagear as poucas empresas inclusivas locais, que permitem a potencialização da condição humana da pctm. De outra maneira o investimento no mercado informal, via atividades artesanais ou na esfera de serviços, ou ações de trabalho protegido, parecem ser a via possível para pctm, em um contexto de mercado de trabalho excludente, frente ao público majoritário da saúde mental, composto por pessoas oriundas dos segmentos de baixa renda e destituída do acesso, inclusive, da escolaridade básica, portanto, com baixo capital cultural.

Para alterar o quadro desenhado, é fundamental articular ações de Economia Solidária; de geração de emprego e renda e emprego apoiado, fora dos CAPS, no território de vida da pctm. Não basta apenas certificar (formar/capacitar) é fundamental garantir suporte à pessoa com deficiência psicossocial, após sua inclusão no mercado de trabalho, através do seu monitoramento, flexibilidade de horário, de tal maneira que permita consulta psiquiátrica e atuação dos técnicos de referência.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Novos sujeitos, Novos direitos: O debate em torno da Reforma Psiquiátrica**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 11 (3): 491-494, Julho/ Setembro, 1995.

ARBEX, D. **Holocausto Brasileiro**. Vida, Genocídio e 60 mil morte no maior Hospício do Brasil. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BRASIL. **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência**. - 4. ed., rev. e atual. – Brasília: Secretaria de Direitos Humanos, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001**. Diário Oficial da União, seção 1. Brasília: Poder Executivo, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental e economia solidária: inclusão social pelo trabalho**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.134 p.

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: ROMOLI, J; CAYRES, C. O. (Orgs.). **Saúde Mental e Economia Solidária armazém das oficinas: um olhar para além da produção**. Campinas, SP: Medita, 2012.

FRAZÃO, I. da S. **“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.

GOMES, T. M. da S. **Apontamentos sobre a inserção das pessoas com transtorno mental no trabalho formal**. Revista da Faculdade de Serviço Social da UERJ. EM PAUTA, Rio de Janeiro, 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.

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 - Serviço Social. UFPI, 2014.

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.

RODRIGUES, K. L. PINHO, L. Oficinas de trabalho: limites e desafios para a inclusão social pelo trabalho na saúde mental. In: ROMOLI, J; CAYRES, C. O. (Orgs.) **Saúde Mental e Economia Solidária armazém das oficinas: um olhar para além da produção**. Campinas, SP: Medita, 2012. 260 p.

ROSA, L. C. dos S. 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. Jr. e ARAÚLO, V. P. de S. **Trabalho e desigualdades**. Rio de Janeiro: Booklink, 2009.

SANTOS, A. C. *et al.* Profissionalização da pessoa com deficiência: aspectos históricos. IN: **A pessoa com deficiência no mercado de trabalho**. São Carlos: Pedro e João Editores, 2012.

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

TELLES, V. da S. Questão social: afinal do que se trata? In: **Perspectiva**, 4. São Paulo: SEADE, 1996, p.85-95.