



3º Encontro Internacional de Política Social 10º Encontro Nacional de Política Social

Tema: “Capitalismo contemporâneo: tendências e desafios da política social”

Vitória (ES, Brasil), 22 a 25 de junho de 2015

Eixo: Análise, avaliação e financiamento das políticas públicas.

Política pública de saúde mental hoje: análises e perspectivas dos dispositivos de produção do cuidado

Marco José de Oliveira Duarte¹
Rachel Gouveia Passos²
Tathiana Meyre da Silva Gomes³

Resumo

O trabalho traduz o conjunto de reflexões acadêmicas de diferentes pesquisadores sobre o campo da política pública de saúde mental. Expressa o acúmulo de conhecimento até então produzido, evidenciando a contribuição para a análise dos dispositivos de produção do cuidado, na perspectiva da construção e consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira antimanicomial e pública. Centra-se, a partir dos marcos político-legais e do cotidiano dos serviços e toma a defesa dos direitos humanos do/as usuários/as com transtorno mental e suas famílias. Aponta a fragilidade e o retrocesso em curso para o setor a partir do contexto neoliberal.

Palavras-chave: Saúde mental. Políticas públicas. Reforma psiquiátrica.

Abstract

The paper reflects the set of academic reflections of different researchers on the field of public mental health policy. Expressed the accumulation of knowledge hither to produced, showing the contribution to the analysis of the care production devices in view of the construction and consolidation of the Brazilian Psychiatric Reform, public and anti-asylum. It focuses, from the political and legal frameworks and the services everyday and takes the defense of human rights of the users with disability mental and their families. Points to the fragility and the current setback for the policy from the neoliberal State.

Keywords: Health mental. Public policy. Psychiatric reform.

Introdução

Esse trabalho tem por objetivo problematizar o campo da saúde mental, crack, álcool e outras drogas, a partir do marco da política pública de saúde mental brasileira hoje, tendo, como referências, tanto os dispositivos territoriais de atenção e cuidado,

¹ Professor Adjunto da Faculdade de Serviço Social da UERJ.

² Doutoranda do PPGSS da PUC-SP, Doutoranda *Sandwich* do CES da Universidade de Coimbra (Bolsista CAPES – Processo N° BEX 9476/14-8).

³ Professora Adjunta da Escola de Serviço Social da UFF.

como são denominados, na rede de atenção psicossocial (RAPS), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de base territorial, com equipes multiprofissionais e devendo ser articulados a atenção primária em saúde (APS), tanto a lógica do morar protegido, através dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), como as experiências em curso, no processo de desinstitucionalização, das inserções das pessoas com transtorno mental no mundo do trabalho formal ou do trabalho protegido.

Ao tomarmos a produção do cuidado em saúde mental no território, os conceitos de desinstitucionalização, integralidade, responsabilização e intersetorialidade dentre outros estão presentes na análise dessa nova produção do cuidado em saúde que são operados hoje através dos dispositivos e estratégias acima, e que, portanto, se colocam como primordiais na perspectiva da construção de uma rede de atenção à saúde e, em particular, da rede de atenção psicossocial (RAPS).

Assim, no conjunto das pesquisas levado por diferentes enfoques deste múltiplo e complexo campo da saúde mental e sua política pública, propõe-se a analisar o cenário atual, como esses dispositivos se apresentam e apontar perspectivas, a partir das críticas que se tem avançado, na perspectiva da consolidação da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial brasileira.

Da lógica manicomial à lógica territorial: a existência dos dispositivos de cuidado

Como uma das diretrizes do SUS, a integralidade também está relacionada à noção de direito à saúde. A Lei Nº 8.080/90 define integralidade como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.

No entanto, a noção de integralidade, segundo Furtado e Tanaka (1998), extrapola o conceito acima, pois o cuidado integral envolve cinco dimensões: o ser humano como centro da atenção e não a doença; o ser humano ou o grupo concebido em sua totalidade; a assistência propiciada nos diversos níveis dos serviços de saúde; o tratamento diferente para quem está numa situação desigual e a interferência nas condições gerais de vida da comunidade.

Segundo Mattos (2001), a integralidade não é apenas uma diretriz do SUS, mas um indicador da direção que se deseja imprimir aos sistemas de saúde. Diferentemente da noção de integralidade fundamentada na Lei Orgânica da Saúde, vinculada ao acesso aos diferentes serviços e em diferentes níveis de atenção, a saúde mental tem adotado o

termo, na maioria das vezes, para compreender o indivíduo como um sujeito integral e de direitos, que possui necessidades diferentes e em momentos diferentes.

Portanto, a busca pela integralidade envolve a noção de responsabilização, “[...] o serviço deve responsabilizar-se pela saúde mental de toda a área territorial de referência e isto pressupõe um papel ativo na sua promoção” (DELL’ACQUA; MEZZINA, 1991, p. 62).

No entanto, essa tarefa não se restringe aos serviços de saúde mental, a partir da nova lei de saúde mental, e, mesmo das Portarias N° 336/2002 e N° 3088/2011, do Ministério da Saúde; deve haver uma articulação entre os segmentos sociais que compõe a RAPS, a fim de promover melhora nas condições de saúde e de vida das pessoas.

Para Amarante (1996), é preciso ocupar-se de tudo aquilo que se construiu em torno da doença; faz-se necessário promover mudanças, em todo o sistema de saúde, para que de fato possamos nos responsabilizar de modo integral pela saúde das pessoas, como princípio ético-político de garantia dos seus direitos de cidadania.

Assim, de acordo com as Portarias acima, os CAPS devem se responsabilizar, sob a coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território. A responsabilização pela população atendida deve ser um princípio norteador do novo modelo de atenção em construção.

As práticas de atenção em saúde mental estão cada vez mais focadas no eixo territorial, evidenciado pelos CAPS, SRT, CCC etc. Neste sentido que se encontra a intercessão das ações de saúde mental com a atenção primária em saúde (APS), superando a lógica manicomial e proporcionando práticas integrais de saúde para além dos muros institucionais.

A produção do cuidado, portanto, baseia-se em um modelo de atenção à saúde mental aberto - modelo de atenção psicossocial, como uma das portas de entrada para a RAPS, que garanta cuidado e a livre circulação dessas pessoas pelos serviços, comunidade e cidade. A atenção básica/Estratégia de Saúde da Família (ESF), porta de entrada privilegiada da rede pública do Sistema Único de Saúde (SUS), diz respeito também às necessidades de saúde mental dos usuários. Nela, busca-se um cuidado singular do usuário, conhecendo suas necessidades e demandas, facilitando a criação de estratégias e linhas de cuidado, seja estimulando sua participação nas atividades existentes nas ESF, seja compartilhando o cuidado com os outros dispositivos, como CAPS, ambulatórios etc.

O matriciamento em saúde mental às equipes da ESF no território é a possibilidade de ampliação do trabalho do cuidado da atenção psicossocial (DUARTE, 2014a). No apoio matricial, observamos que muitas pessoas com transtorno mental pouco comparecem as unidades de saúde ou não estão realizando acompanhamento nos CAPS, ou porque não precisam, ou porque apresentam outra necessidade de cuidado. Há uma dificuldade de oferecer cuidados integrais, pois existem também outras pessoas que demandam atenção das ESF, além das dificuldades que as equipes encontram em dar continuidade ao cuidado aos usuários que não se encontram nos CAPS, por apresentarem comprometimento em suas habilidades e necessitarem de cuidados, não-intensivos, mas de uma atenção voltada por conta do transtorno, de reinserção social e de cuidado no território.

Essa lógica territorial e de compartilhamento entre CAPS e ESF, através do apoio matricial, estabelece a integralidade da atenção aos indivíduos e suas famílias que demandam cuidados de saúde mental, que eventualmente não frequentam os CAPS ou não utilizam os serviços disponibilizados pela ESF. No entanto, isso se coloca como um dos desafios aos dispositivos de cuidado de forma colaborativa, no sentido que esses tenham acolhimento, apoio e participem das atividades desta integração compartilhada.

Neste sentido, isso só é viável pela ruptura com um modelo centrado na doença que vem fragmentando o processo de trabalho das equipes (DUARTE, 2014b), dando lugar às especialidades, elevando as filas de espera por consultas em saúde mental, com as internações nos hospitais psiquiátricos, em resposta a crise. Nesse processo, a escuta, o vínculo e a gestão do cuidado são secundarizados, dificultando o acolhimento das demandas de saúde mental na atenção básica.

Aposta-se em linhas de cuidado que potencializem recursos na atenção básica e que venha garantir novas práticas de cuidado em saúde mental, não restringindo tal atenção apenas aos serviços substitutivos, ampliando-se, conseqüentemente, os espaços sociais de acolhimento da loucura. Cuidar das pessoas com sofrimento psíquico o mais próximo possível de sua família, em seu contexto social, rompendo com o modelo centrado no hospital, sempre foi o objetivo da reforma psiquiátrica.

Embutidos nesta análise se destacam os conceitos de articulação e intersetorialidade, que são as bases de construção de uma rede de cuidados no território. A desinstitucionalização, como vimos, aponta para a criação de uma rede que estabeleça articulações e laços com outros setores das políticas públicas, para o desenvolvimento de

articulações com outros saberes, com outras áreas de conhecimentos, com outras práticas, isto é, propõe uma interlocução constante com outros campos.

Desta forma, convoca-se a participação de diferentes atores sociais, tornando-o um campo permeável, plástico, poroso, dando a ideia de construção e reconstrução, ou seja, de movimento constante e permanente. Com a articulação, poderemos dar maior sustentação ao campo, além de fazer que a Reforma Psiquiátrica no SUS aconteça e se afirme enquanto política pública de Estado, indo além dos referidos dispositivos técnico-assistenciais. O desenvolvimento dessas ações integradas e intersetoriais em rede e no território, com outras políticas públicas, estabelecimentos e parcerias, sejam públicas, privadas e de iniciativa da sociedade civil vêm se efetivando timidamente, além de amplamente discutida e deliberada pelo campo da saúde mental.

Desta forma, os dispositivos como CAPS, SRT, Centros de Convivência e Cultura e a ESF no território desenvolvem ou deveriam desenvolver ações de atenção singular, na perspectiva do usuário-centrado e não no procedimento-centrado, garantindo relações entre trabalhadores e usuários, pautadas no acolhimento, na escuta, no vínculo e na definição de responsabilidade e contratualidade de cada membro da equipe com a elaboração dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) para cada um dos seus usuários, no território em que vivem (DUARTE, 2012) e de forma articulada com outros serviços, políticas e parcerias, sob o signo desta integralidade do cuidado.

Neste sentido, a atenção em saúde inclui ou deveria incluir, necessariamente, ações dirigidas também aos familiares, como usuários dos serviços e comprometendo-se com a construção de uma rede ampliada e compartilhada de saúde, respeitando as possibilidades individuais, coletivas, organizacionais e institucionais na perspectiva da cidadania e do direito à saúde.

O território, nesse sentido, é o lugar sobre o qual o serviço assume a responsabilidade sobre as questões de saúde mental. Isso significa que uma equipe deve atuar no território de cada usuário, incluindo nesse a dimensão do trabalho doméstico do cuidado, nos espaços e percursos que compõem suas vidas cotidianas, visando a enriquecê-lo e expandi-lo. O território, portanto, é vivo e dinâmico, pois é composto de sujeitos sociais. “A sociedade incide sobre o território, e este, sobre a sociedade” (SANTOS, 2000, p. 70), pois o território refere-se às forças vivas de uma dada comunidade.

A questão do morar protegido na saúde mental e na atenção territorial

De acordo com Ferreira (2009), para as pessoas que possuem transtorno mental severo, que por tantas vezes sofrem com o processo de isolamento causado pelo abandono familiar, pela cultura excludente e pela sociedade indiferente, é necessário que na atenção psicossocial sejam reconstruídas três instâncias: moradia, trabalho e lazer. Essas instâncias, no caso daqueles usuários que estão a longo tempo internados, foram-lhes totalmente retiradas, já que, o hospital psiquiátrico virou sua moradia, o ócio, o trabalho e o abandono seu lazer.

Na construção dessa nova forma de reabilitação, cujo usuário deve ser o principal interlocutor, surge um outro contrato na compreensão da loucura, no qual é dado lugar, não mais para a doença, mas para a existência-sofrimento e suas diversidades. Espaço de circulação do afeto que reconstrói o cotidiano, incluindo as três instâncias (moradia, trabalho e lazer) são referências primordiais. Tais princípios devem ser assegurados junto à comunidade, transformando valores e mentalidades da cultura instituída (FERREIRA, 2009, p. 1).

Entretanto, essas instâncias fazem parte das estratégias do processo de desinstitucionalização e ao mesmo tempo, uma certa problemática, em tempos de crise. Todavia, vamos tratar especificamente aqui sobre a questão moradia.

Em relação ao caso brasileiro, Ferreira (2006) destaca que um dos grandes motivos da ocupação dos manicômios ainda hoje se dá pela questão da moradia. De acordo com o Relatório de Gestão da Coordenação Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde (2007-2010), são fechados ao ano 1700 leitos psiquiátricos. Já no Informativo da Saúde Mental⁴, no Brasil, haviam, no ano de 2002, 51.393 leitos psiquiátricos, sendo que, no ano de 2011, já se contabilizava 32.284 leitos. Tais dados nos apresentam um número relevante de pessoas que ainda se encontram institucionalizadas.

Enquanto estratégia para a questão da moradia, foram criados os Serviços Residenciais Terapêuticos ou moradias assistidas, “[...] que são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradias de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não” (BRASIL, 2004, p. 6). Esses dispositivos são regulamentados pela Portaria nº 106/2000 e devem estar

⁴ Ano 7, mar. 2012. Acesso em: 20 fev. 2015.

localizados nas cidades, fora dos espaços hospitalares, destinados, prioritariamente, aquelas pessoas que têm longa data de internação e/ou perderam o vínculo familiar.

A proposta de implantação das comumente conhecidas Residências Terapêuticas (RT) está vinculada diretamente com a diminuição dos leitos psiquiátricos. Para cada pessoa com transtorno mental que é desinstitucionalizada e inserida em uma RT, o leito deve ser fechado e o recurso financeiro realocado ao Sistema de Informação Hospitalar (SAI). A inversão do modelo assistencial é acompanhada também pelo deslocamento do financiamento, “desinvestindo” no manicômio, para investir na rede de atenção psicossocial (RAPS) de base territorial. Nesse caso, não se trata de dinheiro novo, e sim, de uma reorientação do recurso. Apesar da expansão do número de serviços, desde a regulamentação da portaria, o número ainda é reduzido e insuficiente. De acordo com o Informativo de Saúde Mental, no Brasil⁵, percebe-se um determinado avanço durante os anos de 2002-2010, onde se tem implantado 625 RT's.

Em 2011, foi acrescida uma nova portaria acerca das RT's. Segundo a Portaria 3.090/2011, é estabelecido diretrizes de funcionamento e definido o incentivo financeiro para a implantação das RT's nos municípios. As diretrizes de funcionamento e organização definem dois modelos de RT: tipo I e II⁶.

Com relação ao valor do financiamento, o Ministério da Saúde repassa diretamente para o fundo municipal de saúde: 20.000,00 (vinte mil reais) para implantação e/ou implementação; 10.000,00 (dez mil reais) para custeio mensal de cada grupo de 8 moradores de RT tipo I e 20.000,00 (vinte mil) para cada grupo de 10 moradores de RT tipo II.

Cabe ressaltar que percebemos que essas ações e diretrizes vão de encontro a perspectiva da reabilitação psicossocial e da luta antimanicomial, visando proporcionar autonomia e liberdade na comunidade às pessoas em sofrimento psíquico. Apesar dos cortes e retrocessos, em contexto neoliberal, nas políticas de saúde e de saúde mental, o que demonstra o impacto da crise capitalista nas políticas públicas em geral.

No caso brasileiro, as refrações sofridas pelas políticas públicas também vem se dando em relação aos impactos da crise capitalista, que são acentuadas pela gestão atual, que direciona suas ações para os interesses do Banco Mundial, expressos por meio da

⁵ Ano 7, mar. 2012. Acesso em: 20 fev. 2015.

⁶ Tipo I: deve acolher no máximo 8 moradores, não podendo exceder a esse número. Tipo II: deve acolher no máximo 10 moradores, não podendo exceder a esse número. Cada módulo deve estar vinculado a um serviço/equipe de saúde mental de referência que deve dar suporte técnico especializado.

privatização e da precarização dos serviços públicos. O que demonstra um retrocesso na conquista da Seguridade Social e dos direitos sociais garantidos na Constituição Federal de 1988.

O panorama atual da reforma psiquiátrica brasileira requer cautela, mas está em evolução. O principal problema, além do subfinanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS), é a cultura manicomial entranhada nos profissionais de saúde e comunidades assistidas, e a lentidão na modernização de processos de gestão e registro de ações realizadas (AMARANTE; TORRE, 2010, p. 131).

Outra questão: A inserção da pessoa com transtorno mental no trabalho formal

A reforma psiquiátrica brasileira, portanto, sob os pressupostos da desinstitucionalização e da cidadania, sustentou que as ações no campo da saúde mental deveriam romper com o processo de institucionalização dos sujeitos. Com isso, tanto o cuidado, como a moradia, como vimos acima, foram estabelecidos na estratégia territorial e na ruptura com o modelo manicomial e hospitalocêntrico.

No entanto, no que tange à questão do trabalho, elemento de destaque nesse processo, uma vez que um dos pilares da reforma é a cidadania, a quase totalidade das atividades relacionadas a essa temática continuou a se realizar no interior dos dispositivos assistenciais de cuidado em saúde mental.

Desta forma, a outra questão que se analisa na produção do cuidado é sobre a inserção das pessoas com transtorno mental no trabalho formal. Pode-se notar que a questão do trabalho no campo da saúde mental não é homogênea e assume distintas formas e sentidos nos diferentes momentos históricos.

Em 2006, a Organização das Nações Unidas (ONU) apresenta o relatório da Convenção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (CDPD), onde, pela primeira vez, os transtornos mentais foram considerados no âmbito da Convenção através do uso do termo “mental”.

No artigo primeiro, em que indica o seu propósito, a Convenção 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). Neste processo, a deficiência psicossocial passa a

ser incluída no rol de deficiências da ONU, entendendo que o termo mental refere-se aos transtornos mentais.

Ainda assim, não se deve deixar de registrar a confusão conceitual em relação ao termo original presente na Convenção. Trata-se do termo *disability*, sem tradução equivalente no português e, por essa razão, utiliza-se no país o termo deficiência psicossocial.

No Brasil, um dos países signatários da ONU, a ratificação da Convenção ocorreu em 2008, seguida de sua promulgação por meio do Decreto Presidencial n.º 6.949/09 (BRASIL, 2009). Aqui, a Convenção da ONU equipara-se juridicamente à própria Constituição Federal.

Em 2012, tem-se, como desdobramento das discussões em torno da Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU de 2006, o procedimento promocional n.º 002290.2011.01.000/3 do Ministério Público do Trabalho do Rio de Janeiro (MPT/RJ).

A existência de experiência anterior de inserção no trabalho formal no município do Rio de Janeiro (Projeto Gerência de Trabalho – de natureza privada) foi o que consubstanciou a decisão do MPT/RJ, que buscou viabilizar, do ponto de vista jurídico, a inserção das pessoas com transtorno mental no trabalho formal pelas cotas (Lei 8.213/91).

Na sequência do procedimento promocional, foi emitida pelo MPT a notificação recomendatória junto ao setor de supermercados informando sobre a mudança na legislação visando a sua eficácia. Tal notificação indicou o Núcleo de Saúde Mental e Trabalho (NUSAMT), vinculado à Secretaria de Estado de Trabalho e Renda, e seu Projeto de Inclusão Social pelo Trabalho (PISTRAB) como uma referência no setor público para o contato das empresas.

Ambos os projetos de inserção (PGT e Nusamt/Pistrab/Setrab) utilizam a metodologia do emprego apoiado. De uma forma geral, esta metodologia pressupõe um tipo de acompanhamento sistematizado das pessoas inseridas no trabalho formal. Este acompanhamento pode ocorrer por meios variados, tais como: suporte institucional, contato com a família, o suporte do tratamento e o suporte direto na empresa.

Em relação a essa questão, pesquisa realizada no ano de 2014 (GOMES, 2014) com os dois projetos mencionados de inserção de pessoas com transtorno mental no trabalho formal, permitiu identificar a relevância de metodologias de suporte para a inserção e, principalmente, a manutenção no trabalho. A partir dos resultados de pesquisa,

infere-se a premência, ao menos num primeiro momento desse processo, da existência de mecanismos mediadores entre os trabalhadores com transtorno e as instituições empregadoras, sem o qual a inserção, especialmente dos casos mais graves, dificilmente se realizará.

O suporte não está previsto como uma exigência legal, mas pode promover benefícios, em especial nas questões relacionadas à superação do estigma acerca do transtorno. Para garantir a manutenção no trabalho formal de parte desse público, a organização do processo de trabalho precisa dispor de alguns níveis de flexibilidade e adaptação que sem sensibilização específica para a questão, provavelmente, não irá ocorrer.

Evidentemente, os efeitos do suporte dependerão de como ele é concebido e realizado em função da proposta de cada projeto e a indicação de sua contribuição não está assegurada *a priori*, entre outras coisas, porque avançar no âmbito das relações de trabalho, na direção da superação dos sentidos negativos historicamente atribuídos ao louco, depende das condições objetivas e subjetivas que estarão colocadas e do tipo de intervenção que se realizará.

Ademais, chama-se a atenção para a necessidade de consolidação de ações no âmbito das políticas públicas que possam se constituir, por exigência do próprio objeto, essencialmente de forma intersetorial. Este é um dos desafios no processo de implementação da política de inserção estudada através do Nusamt/Pistrab/Setrab e do PGT.

Considera-se que as instituições empregadoras que buscarem preencher a sua cota com a deficiência psicossocial sem qualquer mediação com esses projetos poderão fazer uma hiperseleção, absorvendo aqueles que considerarem mais adaptados, mais produtivos e sem necessidade de tratamento intensivo. Dessa forma, os imperativos de adaptação e flexibilização indicados como condição para empregar esses trabalhadores não precisarão ser contemplados.

Tendo como horizonte a inserção no trabalho formal e considerando os casos mais graves de transtorno, a aposta no desenvolvimento autônomo indefinido e independente de qualquer mediação é concebida como uma idealização que pode conduzir a dois processos: uma tentativa de normalização (que não deixa de representar uma forma de violência) e a exclusão de pacientes com quadros mais graves (mais em condições e com

desejo de trabalhar) da inserção no trabalho, como consequência do processo de hiperseleção aludido no parágrafo anterior.

O acompanhamento do processo de inserção e a realização do suporte, ainda que temporário, é um dos grandes desafios colocados a partir do procedimento promocional. Uma possibilidade, fora do campo do tratamento, seria a replicação de projetos como PGT, mas, principalmente, a consolidação de ações dessa natureza no âmbito das políticas públicas, como o Projeto Nusamt/Pistrab/Setrab. De outro modo, é bastante improvável que as empresas invistam em um acompanhamento diferenciado para trabalhadores com transtorno mental inseridos pelas cotas.

No entanto, tendo como referência a realidade norte-americana, Senge (1999) menciona que uma das barreiras mais comuns no processo de efetivação de políticas públicas para (re)inserção deste público no trabalho refere-se exatamente à dificuldade de sustentar a ampliação de experiências pontuais exitosas.

Em que pese a contradição presente no processo de reivindicação dos direitos, ele não pode ser suplantado para as pessoas com transtorno mental no que tange ao acesso ao trabalho. Não é possível “pular” esta etapa de aquisição, mesmo que conflituosa. Ademais, a possibilidade desses sujeitos realizarem atividades de trabalho (não exclusivamente o formal) os coloca em contato com a sua capacidade de realização, de objetivação. Sabe-se, ainda, que a ideia de incapacidade atribuída à pessoa com transtorno mental não decorre, necessariamente, de sua condição psíquica, mas, principalmente, da relação social com o adoecimento.

Assim, as principais dificuldades de inserção no mercado de trabalho das pessoas com transtorno mental não decorrem unicamente de possíveis limitações vinculadas ao adoecimento em si, mas de fatores variados e conjugados, como as ideias e valores dominantes da sociedade que promovem uma respectiva cultura que tende a se estabelecer como dominante.

Ainda que imbuído de contradições e efeitos negativos, o acesso ao trabalho formal proporciona uma vivência nova para esses sujeitos, estabelecida pela possibilidade de compartilharem da mesma insígnia da maioria das pessoas baseada no trabalho e na cidadania. Reitera-se, portanto, a assertiva de Castel (1998) e Antunes (2005) acerca da importância do trabalho para além da sua dimensão estritamente econômica, ou seja, para a sua relevância no universo simbólico, psicológico e cultural dos sujeitos.

Observa-se que a inserção no trabalho, além de propiciar o acesso a um conjunto de direitos, parece funcionar, para esses sujeitos, como um organizador psíquico. Através da pesquisa aludida anteriormente, percebeu-se que, após a entrada no trabalho, a maioria dos entrevistados apresentou melhoras no quadro clínico com a redução significativa do número de internações. Em todos os casos, os usuários inseridos no trabalho estavam vinculados à projetos que utilizavam a metodologia do emprego apoiado.

Por fim, a análise dos dados permite inferir ainda que, para os entrevistados, o trabalho formal (com todas as suas contradições) se constitui como uma referência de direitos, autonomia e sociabilidade sobrepujando a sua importância relativa à capacidade de prover as condições materiais necessárias para a sobrevivência das pessoas com transtorno mental, a despeito do pertencimento desses sujeitos à classe trabalhadora. O “elogio” ao trabalho por parte dos entrevistados expressa, sob o ponto deste estudo, o movimento de centralidade que o mesmo assume na sociedade capitalista (POSTONE, 2014).

Considerações Finais

Tomar a análise da política pública de saúde mental no Brasil na atualidade, com suas diversas interfaces e conexões, em particular no campo dos direitos humanos, e se debruçando sobre os desafios éticos e políticos que envolvem a construção, a produção e o trabalho do ato cuidador entre trabalhadores e usuários, incluindo nesses, seus territórios de vida, de família, de trabalho, de comunidade etc, tem se constituído objeto de produção de conhecimento de pesquisadores no campo das políticas sociais comprometidos com uma perspectiva crítica ao tomar o foco da emancipação social e humana

Neste sentido, os autores deste artigo, debruçando-se em diferentes serviços e de lugares distintos do Brasil, tiveram o esforço de, rompendo com a lógica manicomial, problematizar, de forma sintética, as tensões e as contradições que se colocam na atualidade do cuidado em saúde mental, seja a partir dos dispositivos assistenciais do modelo de atenção psicossocial, como os CAPS, articulando as ESF, com os usuários, a família e a comunidade, como nas SRT, com o sentido de um cuidado que ressignifica o espaço doméstico e mesmo sobre a inserção de pessoas com transtorno mental no trabalho formal, espaços que mesmo por direitos, implicam contradições, ambigüidades e cuidado.

Por fim, são inúmeros os desafios para o campo da saúde mental e ainda há muito que trilhar, sobretudo, no contexto de ofensiva neoliberal, com subfinanciamento da

política pública de saúde, em geral, e da saúde mental, em particular, e os efeitos desse processo, no trabalho cotidiano do cuidar, seja nos CAPS, nas SRT e no trabalho formal. Destacam-se nesse cenário, a precarização, o sucateamento, a privatização, o retrocesso, enfim.

Nesse sentido é que se articulam esforços tanto na intervenção política, no trabalho do cuidado, como na análise das experiências concretas nesse campo, principalmente, na contemporaneidade, quando não é mais possível retroceder a um modelo manicomial para essa política pública, quando o Estado brasileiro, cedendo às pressões neoconservadoras, moralistas e fundamentalistas, acena a inserção das comunidades terapêuticas na rede de atenção psicossocial (RAPS) e com o debate atual de financiamento público para essas entidades religiosas em sua maioria que não são consideradas serviços de saúde.

A resistência se deu, se dá e se dará no cotidiano, entre trabalhadores, usuários e familiares deste setor das políticas públicas, garantido sua efetividade cotidiana, não só pelas leis, portarias e relatórios, mas entendendo que esses também são nossas armas nessa luta em contexto de crise do capital, no setor saúde e na vida dos sujeitos usuários e trabalhadores que sustentam uma Reforma Psiquiátrica pública e antimanicomial na perspectiva da defesa dos direitos e de um novo projeto de cidade em que acontecem os encontros e diferenças que marcam nossa contemporaneidade.

Referências

AMARANTE, P.; TORRE, E. H. 30 anos de Reforma Psiquiátrica Brasileira: lutando por cidadania e democracia na transformação das políticas públicas e da sociedade brasileira. In: FONTES, B. A. S.M.; FONTE, Eliane M.M. de. **Desinstitucionalização, redes sociais e saúde mental: análise de experiências da reforma psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal**. Recife: UFPE, 2010.

AMARANTE, P. D. C. **O Homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

BASAGLIA, F. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N° 3.088**, de 23 de dezembro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N° 3.090**, de 23 de dezembro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Residências Terapêuticas: o que são, para que servem.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336**, de 19 de fevereiro de 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei n. 10.216**, de 06 de abril de 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei 8. 213**, de 24 de julho de 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei 8080**, de 19 de setembro de 1990.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto Presidencial 6.949, de 25 de agosto de 2009.** Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007.

DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R. Resposta a Crise. In: AMARANTE, P. (Org). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial** (2). Paulo de Frontin: NAU, 2005.

DUARTE, M. J. de O. Construindo redes de cuidados na atenção à saúde mental, crack, álcool e outras drogas: intersectorialidade e direitos humanos. In: MONNERAT, G. *et al.* (Org.). **A intersectorialidade na agenda das políticas sociais.** Campinas: Papel Social, 2014a.

DUARTE, M. J. de O. Processo de trabalho em saúde e serviço social: notas sobre o trabalho profissional no campo da saúde. DUARTE, M. J. de O. *et al.* (Org.). **Política de saúde hoje: Interfaces e desafios no trabalho de assistentes sociais.** Campinas: Papel Social, 2014b.

DUARTE, M. J. de O. Por uma cartografia do cuidado em saúde mental: repensando a micropolítica do processo de trabalho do cuidar em instituições. In: BRAVO, M. I. de S. *et al.* (Orgs.). **Saúde e Serviço Social.** 5. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

FERREIRA, G. As instâncias sociais na Prática Psiquiátrica – Uma questão ética: reflexões e prática de um projeto de Lar Abrigado. **Revista Saúde Virtual**, p. 1-3, 2009.

FERREIRA, G. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: uma análise sociopolítica. **Psicanálise e Barroco – Revista de Psicanálise**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 77-85, jun. 2006.

FURTADO, L. A. C.; TANAKA, O. Y. Processo de construção de um distrito de saúde na perspectiva de gestores e médicos: estudo de caso. **Revista de Saúde Pública**, v. 32, n. 6, p. 587-505, 1998.

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

LEAL, E. M. 2004. Trabalho e reabilitação psiquiátrica fora do contexto hospitalar. In: MOURA, C. C.; FIGUEIREDO, A. C. (Org.). **Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2004.

MATTOS, R. A. e PINHEIRO, R. (org.). **Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ; IMS; ABRASCO, 2001.

ONU. **Convenção dos direitos das pessoas com deficiência**. 2006

POSTONE, M. **Tempo, trabalho e dominação social**. Rio de Janeiro: Boitempo, 2014.

SANTOS, M. et al. **Território e sociedade**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2000.

SENGE, P. et. Al (Org). **The dance of change: the challenges of sustaining momentum in learning organizations**. New York: Doubleday, 1999.