



SEMINÁRIO NACIONAL DE SERVIÇO SOCIAL,
TRABALHO E POLÍTICA SOCIAL
Universidade Federal de Santa Catarina
Florianópolis SC - 27 a 29 de Outubro de 2015

CONSTRUINDO O DIREITO À MORAR E TRABALHAR: DESAFIOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

Andrea Valente Heidrich¹
Tathiana Meyre da Silva Gomes²
Rachel Gouveia Passos³

Resumo

O artigo apresenta reflexões de pesquisadores assistentes sociais do Brasil sobre o campo do cuidado em saúde mental na perspectiva da Reforma Psiquiátrica antimanicomial. O efetivo exercício de cidadania e a garantia de direitos humanos dos usuários com transtorno mental e seus familiares são abordados a partir da temática da residência e do trabalho e são desafios importantes na construção do modo de cuidado psicossocial.

Palavras-Chave: Saúde mental, Direitos Humanos, Reforma Psiquiátrica.

1 INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica enquanto processo social de desconstrução do modelo hospitalocêntrico de cuidado das pessoas com transtorno mental, que perpassa por transformações profundas no modo de compreender, lidar e tratar a “loucura”, impõe uma série de reflexões e implementação de ações públicas no sentido de garantir a efetiva cidadania do sujeito portador de transtornos mentais e sua família.

A reforma psiquiátrica brasileira, iniciada nos anos 1970, 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, tratamento e moradia, entre outros, foram estabelecidos para além do hospital psiquiátrico. Construíram-se serviços de atenção diária, residências terapêuticas e moradias assistidas com vistas à consecução dos objetivos primordiais da reforma psiquiátrica.

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 há 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 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, certa problemática, em tempos de crise.

O artigo, organizado em duas sessões irá abordar as questões do trabalho e do morar, fundamentais na constituição dos direitos dos usuários com transtorno mental. A

¹ heidrich_andrea@hotmail.com - UNIVERSIDADE CATALICA DE PELOTAS E INSS.

² tathianagomes@yahoo.com.br - Universidade Federal Fluminense.

³ rachel.gouveia@gmail.com - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.



análise dar-se-á a partir dos fundamentos legais da constituição de políticas públicas que garantam o acesso a Serviços Residências Terapêuticos e ao trabalho formal.

2 REFORMA PSIQUIÁTRICA E O DIREITO DE MORAR

A política de saúde mental brasileira, em construção e com notável expansão desde a aprovação da Lei 10216 em 2001, prevê a constituição de uma série de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, que em 2011, foram normatizados com a instituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Dentre as questões fundamentais que precisam ser reconstruídas na vida dos sujeitos usuários com transtorno mental, o morar é uma das instâncias que merecem destaque.

Ferreira (2006) destaca que um dos grandes motivos da ocupação dos manicômios no Brasil 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, havia 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” (SAÚDE, 2004, p. 6). Esses dispositivos são regulamentados pela Portaria nº 106/2000 e devem estar 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 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. Nesse caso, não se trata de dinheiro novo, e sim, de uma reorientação do recurso (FREIRE, 2008). 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.

Os dados apresentados e os instrumentos legais permitem afirmar que existem ações e diretrizes que vão de encontro a perspectiva da reabilitação psicossocial e da luta

⁴ Ano VII, março de 2012. Acesso em: 20/02/2015.

⁵ Ano VII, março 2012. Acesso em: 20/02/2015.

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.



antimanicomial visando proporcionar autonomia e liberdade na comunidade às pessoas em sofrimento psíquico. Entretanto, O Brasil vem passando por cortes e retrocessos nas políticas de saúde e de saúde mental, o que demonstra o impacto da crise capitalista nas políticas públicas e provoca um rebatimento imediato na concretização do direito à moradia protegidas dos usuários com transtorno mental.

3 REFORMA PSIQUIÁTRICA E O DIREITO AO TRABALHO FORMAL

Um dos pilares da reforma psiquiátrica é a cidadania do sujeito usuário com transtorno mental. Assim, o acesso ao trabalho é fundamental. Entretanto, percebe-se que a quase totalidade das atividades relacionadas a essa temática continuou a se realizar no interior das instituições de saúde mental.

Em 2006, a Organização das Nações Unidas 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 nº 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 (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 8213/91).

Na seqüência 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 Nusamt, núcleo vinculado à Secretaria de Estado de Trabalho e Renda, e seu projeto Pistrab (Projeto de inclusão social pelo trabalho) 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 importância, 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 et. al. (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.

Sabe-se que 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. 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.



Assim, 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.

No caso estudado, 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).

4 CONCLUSÃO

A cidadania da pessoa com transtorno mental, usuário dos velhos e novos serviços de saúde mental é a temática da qual este artigo buscou abordar. Morar e trabalhar fazem parte de condições minimamente necessárias para a plena existência dos sujeitos portadores de direitos.

Em sua dimensão política, a reforma psiquiátrica não se restringe à proposta de reformas de tratamento, mas exige outra resposta social, “que supere a tradicional exclusão social do louco, traduzida na aparente estigmatização e no preconceito social do qual não estamos isentos enquanto sujeitos em relação” (DUARTE, 2010, p.189). Desta forma, instituir políticas públicas eficientes que garantam a inserção efetiva dos usuários no espaço formal de trabalho e permitam-nos morar dignamente são, necessariamente, lutas que precisam estar na pauta do movimento social pela reforma psiquiátrica antimanicomial e de qualquer profissional que acredite ser possível construir um outro mundo, no qual todos e todas possam participar efetivamente.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo e TORRE, Eduardo Henrique. 30 Anos de Reforma Psiquiátrica Brasileira: lutando por cidadania e democracia na transformação das políticas públicas e da sociedade brasileira. In: FONTES, Breno A. S.M. e FONTE, Eliane M.M. de. **Desinstitucionalização, Redes Sociais e Saúde Mental: análise de experiências da reforma psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal**. Editora Universitária: UFPE; Recife, 2010.

BRASIL. Lei 8. 213 de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências.

_____. 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.

DUARTE, Marco José de Oliveira. O campo da Atenção Psicossocial na Política de Saúde Mental e o Serviço Social – Considerações sobre o *ethos* do cuidado. In: FORTI, Valeria e



GUERRA, Yolanda (orgs). **Serviço Social: temas, textos e contextos. Coletânea Nova de Serviço Social**. Rio de Janeiro. Lúmen Júris, 2010.

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

FERREIRA, Gina. As instâncias sociais na Prática Psiquiátrica – Uma questão ética: reflexões e prática de um projeto de Lar Abrigado. **Revista Saúde Virtual**, 2009, p. 1-3. Acesso em: 20/02/2015.

FREIRE, Flávia Helena. Residência Terapêutica: inventando novos lugares para se viver. **Banco de textos da Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde**, UFRJ, Rio de Janeiro, 2008. Acesso em 20/02/2015.

GOMES, T. Para além da rima pobre do capital: questões sobre a inserção de pessoas com transtorno mental no trabalho formal. Tese de Doutorado. PUC, Rio de Janeiro, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Residências Terapêuticas: o que são, para que servem**. Brasília, DF, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM 3.090 de 23 de dezembro de 2011**, que altera a Portaria nº 106/GM/MS, DE 11 de fevereiro de 2000 e, dispõe sobre o repasse dos recursos dos Serviços Residenciais Terapêuticos. Brasília, DF, 2011.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Convenção dos direitos das pessoas com deficiência**. 2006

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

SENGE, P. et. al. **The dance of change: The challenges of sustaining momentum in learning organizations**. New York: Doubleday, 1999.