

Reforma psiquiátrica e inclusão social pelo trabalho

Psychiatric reform and social inclusion for work

Rúbia Cristina Rodrigues¹
Tanimar Pereira Coelho Marinho²
Patrícia Amorim³

Abstract *This study aims at understanding the link among labor, mental distress, and psychosocial rehab from the point of view of people with either mental disorders or psychoactive substance addiction, regarding the meaning of laboring in their lives. The study took place in Psychosocial Attention Centers (CAPS), in the city of Goiânia, State of Goiás, Brazil. There were eight participants of both genders, who would consider labor something important in their daily lives. Two different types of data were used, as to mention, qualitative and exploratory methodology, by means of a focal group. The content analysis was used in evaluating the data provided. The results point at the importance of rescuing the history of labor among CAPS users. It is also of significance the profusion of meanings attributed to working by the users of mental health services. Labor proves to have an interface that is understood as a factor of protection and/or worsening of the condition of the subjects. The exclusion processes are reflected by the difficulty in obtaining social security/welfare benefits.*

Key words *Work, Labor, Psychiatric reform, Social inclusion*

Resumo *Este estudo busca compreender a relação entre trabalho, adoecimento mental e reabilitação psicossocial a partir da narrativa de pessoas portadoras de transtorno mental e usuárias de substâncias psicoativas sobre o sentido do trabalho. O estudo ocorreu em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) da cidade de Goiânia (GO), do qual participaram oito pessoas adultas e de ambos os sexos, que traziam o trabalho como algo importante em suas vivências. Utiliza-se de metodologia qualitativa e exploratória, por meio da realização de grupo focal. Para o tratamento dos dados, utiliza-se a análise temática. Os resultados apontam os sentidos do trabalho enquanto existência e identidade social, autonomia e sociabilidade. Na interface com a saúde mental, o trabalho surge como protetor e/ou adoecedor mental. Os processos de exclusão social dos participantes ocorrem através da dificuldade de acesso à seguridade social relacionada ao trabalho e ao preconceito social vivido na tentativa de ingresso ao mundo do trabalho. Enquanto possibilidade de (re) inserção social, o estudo mostrou que os CAPS têm dificuldades em propor alternativas de inclusão pelo trabalho, apesar da melhoria de vida promovida pelo acompanhamento psicossocial. Palavras-chave Trabalho, Reforma psiquiátrica, Inclusão social*

¹ Gerarte – Associação de Trabalho e Produção Solidária da Saúde Mental. Rua 24, Qd H-11, Lote 7, Setor Marista. 74150-020 Goiânia GO. rubiacrodrigues@terra.com.br

² CAPS Beija Flor, Secretaria de Saúde de Goiânia (GO).

³ Programa Saudavelmente – Unidade SIASS (Atenção à Saúde do Servidor), Universidade Federal de Goiás.

Introdução

Entre os desafios da reforma psiquiátrica brasileira, está a (re)inserção social das pessoas com transtorno mental na vida pública e coletiva, de forma que suas singularidades possam se expressar. Na (re)inserção social através do trabalho, os desafios correspondem ao modelo de produção capitalista contemporâneo, que exclui do mundo do trabalho as pessoas consideradas inaptas e/ou improdutivas junto ao mercado.

Historicamente, o pacto social que caracterizou o nascimento do capitalismo durante a passagem do século XVII ao século XVIII levou à expulsão de um grande contingente de pobres e doentes do mundo do trabalho. Na Revolução Francesa do século XVIII, na qual se instalou o *slogan* “Fraternidade, liberdade e igualdade” como signos de uma suposta universalização dos direitos dos homens, o pacto social do capitalismo selecionou parcelas da população consideradas desajustadas socialmente. Esta população foi levada para as instituições beneficentes, sendo direcionadas posteriormente para o mercado de trabalho as pessoas em melhores condições de exercê-lo, como aproveitamento de mão de obra barata¹.

No mesmo período, os loucos foram mantidos nas casas de internamento, em nome da proteção assistencial por parte do Estado. A partir destas instituições, os mesmos permaneceram confinados e excluídos até a instalação dos primeiros hospitais psiquiátricos, já no século XIX, junto ao nascimento da psiquiatria. Nas instituições psiquiátricas, adotou-se junto aos internos a rotina de um trabalho sem valor subjetivo e material, com a finalidade de controlar os seus devaneios e domesticar o comportamento, por meio da ocupação do tempo. Este método é denominado de tratamento moral¹.

Existe, portanto, uma intrínseca relação histórica na modernidade entre o desenvolvimento do capitalismo e a reclusão social da loucura. E, entre o mundo do trabalho e o mundo da loucura, há uma problemática comum - a alienação. Para o trabalhador, a alienação ocorre em função do modelo de produção capitalista, com a perda do sentido do trabalho e a exploração. Para os ditos loucos, a alienação advém da supremacia da razão cartesiana enquanto desenvolvimento das ciências modernas. Em ambos os casos, a alienação impacta o poder de contratualidade política, social e relacional, tanto do trabalhador, como das pessoas estigmatizadas de loucas.

Com o objetivo de promover a inclusão social através do trabalho junto às pessoas porta-

doras de transtorno mental e usuárias de substâncias psicoativas, a política nacional de saúde mental, em conjunto com a política nacional de economia solidária, tem incentivado as iniciativas de geração de trabalho e renda nas ações públicas intersetoriais. O trabalho como meio de inclusão social de pessoas portadoras de sofrimento mental se afirma enquanto um direito de cidadania e distinto das ações humanistas, ou mesmo assistenciais e terapêuticas.

É neste contexto de discussões sobre o trabalho articulado à atenção psicossocial proposta pela reforma psiquiátrica brasileira que este estudo ocorreu, tendo por objetivos conhecer a história de trabalho dos participantes, identificar os impactos da vinculação dos mesmos a benefícios da seguridade social e sua relação com o trabalho, compreender o papel dos CAPS na geração de trabalho e renda a partir da visão dos participantes e contribuir para com o desenvolvimento de programas de geração de trabalho e renda nas ações de saúde mental no município de Goiânia (GO).

Metodologia

A abordagem exploratória e qualitativa do processo saúde-doença na perspectiva do materialismo histórico adotada neste estudo buscou apreender o significado e as interpretações dos participantes da pesquisa quanto ao adoecimento mental e ao processo de reabilitação psicossocial, tendo o trabalho como o mediador das discussões. O estudo foi realizado em 2005 em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que atendem pessoas portadoras de transtorno mental e decorrente do uso e dependência de substâncias psicoativas da cidade de Goiânia (GO). Participaram do estudo oito indivíduos adultos, de ambos os sexos (Quadro 1), provenientes de quatro CAPS e que respondiam aos seguintes critérios: (1) ter manifestado o desejo por trabalho durante a reabilitação psicossocial; (2) possuir história de adoecimento mental relacionado ao ambiente de trabalho; (3) estar em condições psíquicas e emocionais para participar da pesquisa; (4) concordância com o termo de consentimento livre e esclarecido. Os dados foram coletados através de consulta em prontuários, entrevistas semiestruturadas e realização de grupo focal. Um roteiro para a orientação das questões a serem abordadas no grupo focal foi previamente elaborado com base na literatura e na experiência empírica das pesquisadoras. O grupo

focal foi gravado e posteriormente os conteúdos foram transcritos. Para análise dos dados, optou-se pela utilização da análise temática, apropriada ao estudo em saúde. Conforme Minayo², nessa técnica, os temas que surgem na pesquisa revelam valores e comportamentos presentes no discurso. Através da leitura do material transcrito, identificaram-se as categorias de análises temáticas, identificando a representatividade das falas dos participantes conforme os objetivos do estudo. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Goiás (UCG). Os participantes foram identificados pelas letras do alfabeto, de A a H.

Apresentação e discussão dos resultados

Para apresentação e discussão dos resultados, os dados foram organizados nos seguintes eixos temáticos: (1) História de trabalho, (2) Os sentidos do trabalho; (3) Trabalho, saúde e adoecimento mental; (4) Adoecimento mental e seguridade so-

cial; (5) Adoecimento mental, preconceito e exclusão do trabalho e (6) Reabilitação psicossocial e inclusão social pelo trabalho (Quadro 2).

História de trabalho

O estudo identificou que os sujeitos pesquisados iniciaram-se na atividade laboral na pré-adolescência (a partir dos dez anos de idade), sobre influência da necessidade econômica de suas famílias. Desenvolveram trabalhos com pouca qualificação profissional, baixa remuneração e com alta rotatividade nos empregos e trabalhos (Quadro 3).

Os sentidos do trabalho

Os sentidos do trabalho foram atribuídos pelos participantes quanto à:

(1) Conquista de independência e autonomia, enquanto possibilidade de independência econômica e moral da família. Marx³ já dizia que o homem independente só o é quando a si mesmo

Quadro 1. Características sociodemográficas e clínicas dos participantes do estudo.

Usuários de CAPS II e AD de Goiânia que participaram do estudo (n = 8)			
1. Características sociodemográficas		2. Características clínicas	
Sexo		Duração da doença (anos)	
Feminino	4	0 – 5	2
Masculino	4	6 – 10	1
Idade (média)	34 anos	11 – 15	2
Estado civil		16 – 20	1
Solteiro	5	21 – 25	1
Casado	1	26 – 30	1
Separado / viúvo	2	Diagnóstico (CID-10)*	
Escolaridade		Esquizofrenia	4
Ensino fundamental	4	Transtorno Bipolar	2
Ensino Médio	4	Transtorno do Pânico	1
Superior	0	Dependência de Substâncias Psicoativas	1
Renda		Internações prévias	
1 a 2 salários mínimos	7	Sim	8
> 2 salários mínimos	1	Não	0
Situação atual de trabalho		Uso atual de psicofármacos	
Formal	3	Sim	8
Informal	3	Não	0
Desempregado	2		
Benefício da Prestação Continuada (BPC)			
Sim	2		
Não	6		
Auxílio-doença (INSS)			
Sim	2		
Não	6		

* Classificação Internacional de Doenças – CID 10²⁰.

Quadro 2. Apresentação e discussão dos resultados.

Eixo temático	Conteúdos abordados
I. História de trabalho dos participantes	<ul style="list-style-type: none"> . Inserção precoce no mundo do trabalho . Realização de atividades de baixa qualificação profissional . Baixa remuneração . Rotatividade em empregos e trabalhos diversificados . Trabalho motivado pela necessidade econômica da família
II. Os sentidos do trabalho	<ul style="list-style-type: none"> . Conquista de independência e autonomia . Existência social e identidade . Meio de sociabilidade
III. Trabalho, saúde e adoecimento mental	<ul style="list-style-type: none"> . O trabalho como fator de proteção a saúde . O trabalho como desencadeador de adoecimento mental . O trabalho como compreensão e explicação do adoecimento mental . Supremacia das avaliações biológicas para o ingresso no mundo do trabalho . As condições de trabalho como potencializador de adoecimento mental . Rompimento com o mundo do trabalho
IV. Adoecimento mental e dificuldade de acesso à seguridade social	<ul style="list-style-type: none"> . Violação de direitos . Negação do sujeito e de seu sofrimento na perícia do Instituto Nacional de Seguridade Social . Paradoxo do Benefício de Prestação Continua da Lei Orgânica da Assistência Social, quanto à exigência de curatela/tutela para o acesso ao direito social.
V. Adoecimento mental, preconceito e exclusão do trabalho	<ul style="list-style-type: none"> . Não acesso a cursos de qualificação profissional . Perda da confiança no ambiente de trabalho no uso de álcool . Rebaixamento na função laboral . O auto preconceito
VI. Reabilitação psicossocial e inclusão social pelo trabalho	<ul style="list-style-type: none"> . Papel dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) . Busca subjetiva de autocontrole na reabilitação psicossocial, para remissão do quadro clínico sintomático.

* Classificação Internacional de Doenças – CID 10²⁰.

deve a sua existência. Do contrário, o homem é um ser que não é dono de si. A produção de recursos financeiros promove o autossustento e, conseqüentemente, maior autonomia. Isso demonstra a importância da superação do fardo que muitas vezes expressam as famílias de pessoas com transtornos mentais para com seus entes, principalmente as de baixa renda. Conforme Rosa⁴, o que se verifica na maior parte do núcleo familiar são “[...] conflitos intrafamiliares entre as pessoas geradoras de renda e aqueles dependentes de cuidados [...]”. O peso da situação financeira nas famílias com portadores de transtorno mental compõe a história da psiquiatria, na qual a utilização das internações psiquiátricas representa a busca de suporte à emergência socio-

econômica por famílias de baixa renda, para alívio da carga financeira. Outra situação relativa à não autonomia econômica de pessoas portadoras de transtorno mental quando inseridas no contexto da instituição hospitalar diz respeito à administração estabelecida pelo hospital, em relação aos poucos recursos financeiros dos internos. Conforme Ferraz⁵, em seus estudos sobre a gestão de recursos pessoais de pacientes, o manejo do dinheiro dos usuários ocorre sem nenhuma participação dos mesmos. O autor atribui este fato à “crença geral de que isolados e assistidos os pacientes não precisam de dinheiro”.

A conquista da independência financeira pelos sujeitos pode reverter o quadro acima citado e levar à inclusão na família. Quando o sujeito

Quadro 3. História de trabalho dos participantes e vinculação à seguridade social.

Sujeito	Experiências	Inserção atual no trabalho	Inserção na Seguridade Social
A	“Caseiro de casa” (cozinha, lavava, passava, tratava de porco, de galinha), cabeleireiro, tarólogo, quiromante e dançarino (danças contemporâneas).	Trabalho autônomo como cabeleireiro	Inserido no Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social - BPC/LOAS
B	Comerciante, prestador de serviços na Metrobus, ajudante em construção civil.	Mercado formal – empregado em supermercado	Vínculo previdenciário – contribuinte INSS
C	Auxiliar de escritório em confecção e na área de informática nos Correios, porteiro de colégio, motorista, vendedor de livros, pesquisador do IPLAN e ajudante em Pit Dog.	Desocupado	Inserido no Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social - BPC/LOAS
D	Doméstica, recepcionista em supermercado, estagiária de enfermagem (auxiliar) em hospital público.	Vendedora de picolé, prestadora de serviços	Sem vínculo
E	Laboratorista, costureira, bordadeira	Costureira, vendedora autônoma em feira livre	Sem vínculo
F	Auxiliar administrativo em comércio da família e técnica em informática	Mercado formal –funcionária pública da Secretaria de Saúde - Pará	Auxílio-doença/ INSS
G	Sapateiro, lavador de ônibus na Itatur	Desocupado	Sem vínculo
H	Técnica de enfermagem	Mercado formal – empregada em hospital da rede privada	Auxílio-doença/ INSS

sabe que pode contribuir financeiramente para com as despesas domésticas e para com o cuidado, expressa o sentimento de ser útil, conforme os relatos: ***Sempre tive o pensamento de nunca ser dependente. Que eu tenho que fazer algo para ajudar em casa.*** (B)

Eu sempre tive vontade de ser independente e procurar fazer o contrário. Não ser ajudado, mas sim ajudar. (C)

O trabalho como independência e autonomia foi relatado através dos projetos de alguns participantes da pesquisa de ter o próprio negócio, buscando sair da situação de desocupado. Ter o próprio negócio pode representar várias situações, como a saída da relação assalariada entre patrão e empregado, a manutenção da vinculação a benefícios assistenciais e pela pessoa vir a fazer algo dentro das possibilidades, sem a obrigação de responder às exigências fora do alcance do sujeito.

(2) O sentido do trabalho como existência social e identidade, a qual está muito presente na forma como nos apresentamos ou como procu-

ramos identificar o outro, inclusive quanto à posição de classe social. São comuns as perguntas “Qual seu nome?”, “Onde você mora?”, “Em que você trabalha?”

A centralidade da atividade produtiva do homem pelo trabalho é fato histórico que vem demarcando o desenvolvimento das relações sociais e da organização política nas diferentes sociedades. Desde a pré-história, o homem intervém e transforma a natureza, de forma que o desenvolvimento da subjetividade não existe separado das relações objetivas entre os homens, relações estas mediadas pelo trabalho no qual os homens se constituem socialmente³. Conforme Silva Filho⁶, o trabalho possui um vetor relevante de identidade por representar o pertencimento a uma comunidade, no qual o indivíduo passa boa parte do seu tempo, bem como almeja objetivos na vida por meio do trabalho. Verificamos esta dimensão conforme as falas a seguir: ***Porque trabalho preenchia minha vida, preenchia o vazio que eu sentia e ajudava a me sentir gente. Sem trabalho não tem importância na vida.*** (E)

Porque eu acho que eu sem trabalho não sou ninguém. (F)

(3) O sentido do trabalho como meio de sociabilidade atribuído pelos participantes, importante para a noção de rede em saúde mental, na qual a ação assistencial não pode se desvincular da dimensão da vida relacional fora dos serviços. A esfera da casa, da comunidade através do círculo de vizinhanças, amigos, lazer, entre outros, o suporte mútuo em substituição ao isolamento social que provoca o adoecimento, se negligenciados na atenção psicossocial, reproduzem a dependência institucional. Neste campo, o trabalho tem um caráter positivo, por favorecer a ampliação da esfera da vida doméstica junto das pessoas portadoras de transtorno mental para a vida pública. Para os sujeitos da pesquisa, o trabalho tem o sentido de vetor dos encontros sociais e da circulação pela cidade: ***O fato da gente sair de casa, você conversar com pessoas diferentes, ver o trânsito na rua, eu acho isso gostoso.*** (C)

Trabalho, saúde e adoecimento mental

Explorando a relação entre trabalho, saúde e adoecimento mental, o estudo constatou dois fatores do trabalho moderno que interagiram e impactaram o percurso de cada sujeito, sendo o trabalho como protetor do adoecimento mental e como causador do adoecimento. Esta relação entre trabalho e adoecimento mental pode ser examinada tanto na dimensão subjetiva, quanto na dimensão da realidade objetiva dos participantes.

Em um primeiro momento da dimensão subjetiva dos participantes, o trabalho é interpretado como um recurso importante de proteção às recaídas e às crises, possível através da ocupação da mente e do tempo. Os participantes narram a necessidade de estarem em atividades, a fim de substituírem preocupações ou pensamentos negativos. Como exemplo, os participantes lembram os ditos populares como, “mente vazia, oficina do diabo”. Em um caso particular, o trabalho sempre teve lugar central e serviu, na medida em que pôde ser realizado, como um dispositivo que favoreceu a resolução das crises. Permitiu, assim, a redução das atividades no CAPS em função do novo compromisso do sujeito para com o seu trabalho. Seguem-se os relatos:

Quando a gente trabalha, a gente esquece das coisas, ajuda a fazer tratamento. (B)

Então, preenchendo o meu tempo com trabalho, isso faz com que as crises não sejam periodicamente (A)

No segundo momento da compreensão subjetiva por parte de alguns participantes, o estudo identificou o trabalho como uma forma de compreender e explicar o adoecimento mental. Alguns participantes atribuem como causa do adoecimento mental o estresse do trabalho, conforme relato abaixo:

Foi assim essa doença; só deu estresse que hoje é falado em esquizofrenia. Deu mais devido ao trabalho. Foi trabalho esgotativo. (B)

Na dimensão da realidade objetiva da relação entre trabalho, saúde e adoecimento mental, os participantes discorrem sobre a seleção para o ingresso no trabalho e as condições para exercê-lo. No primeiro caso, foram criticadas as avaliações para o ingresso no mundo do trabalho, que consideram a presença de doença mental como indicador de incapacitação para o trabalho. São comuns o exame psicotécnico e o exame psiquiátrico, que buscam a descoberta de patologias, em detrimento das experiências dos indivíduos. Jardim⁷ e Ramos *et al.*⁸ abordam a interface entre doença e trabalho, apontando que há um privilégio da dimensão biológica em detrimento da dimensão histórica e sociológica, que envolve o fator adoecimento no mundo do trabalho. Para os autores, “a história de trabalho é um dos aspectos pouco valorizados nas entrevistas médicas, inclusive as psiquiátricas”⁸.

Nas condições de trabalho, surge a questão de gênero traduzida na sobrecarga física e emocional da mulher, a exemplo de uma trabalhadora da rede hospitalar privada que teve como fator agravante do seu adoecimento mental o processo de trabalho. O ambiente de trabalho caracterizava-se por ritmo intenso, em escalas com poucos recursos humanos para atender a demanda. Dado à subordinação sociotécnica do trabalho de auxiliar de enfermagem em relação ao enfermeiro e ao médico, a trabalhadora optou por não expressar o seu sofrimento, por medo de perder a confiança especialmente do médico que lhe repassava serviço e ser demitida do emprego. No relato da participante, percebe-se os traços constitutivos do trabalho como potencializador de sofrimento psíquico. Em outra situação, o trabalho feminino realizado na rua convive com a dura competição por espaço físico, disputado inclusive pela força física masculina e difíceis condições de trabalho, como o sol e a sintomatologia física, em que pesam cansaço e desconforto diário.

No processo de adoecimento mental dos participantes, o que se verifica é o rompimento com o mundo do trabalho, devido às interna-

ções psiquiátricas constantes, levando a rupturas e dificuldades de (re)inserção no trabalho por parte das pessoas portadoras de transtorno mental e usuárias de substâncias psicoativas.

Adoecimento mental e dificuldade de acesso à seguridade social

O presente estudo identificou a relação dos participantes com as áreas da Previdência Social por meio do auxílio-doença e da assistência social através do Benefício de Prestação Continuada, ambos operacionalizados pelo Instituto Nacional de Seguro Social (INSS). A análise centrou-se em dois aspectos principais desta relação: a perícia médica e as implicações do amparo assistencial.

Em relação à perícia médica, esta faz parte de um conjunto de procedimentos técnico-normativos e administrativos do INSS. Como instrumento de avaliação, é utilizada para definir a capacidade laboral ou não do requerente ao benefício pretendido, tanto para o auxílio previdenciário como para o amparo assistencial. Dentre os participantes da pesquisa, dois estão afastados do trabalho por auxílio-doença e dois possuem o Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social. Para os entrevistados, a perícia médica é vista como o poder máximo da avaliação exercida na instituição. A problemática relativa à perícia médica mencionada pelos participantes foi:

a) a relação burocrática do avaliador durante a entrevista: ***Eles não lêem o relatório. Eles só pegam a identidade; trouxe o atestado? Eles olham apenas o código do CID, só. Ai passa lá fora e pega os papéis. Você não sabe se recebeu alta ou se você não recebeu.*** (H)

b) do sentimento de impotência e vulnerabilidade do beneficiário frente ao avaliador: ***Tanto que estou pensando, a minha licença termina amanhã, entendeu, e assim eu vou ter que fazer uma nova perícia. Isso está mexendo com a minha cabeça, eu estou num dilema.*** (F)

c) incompatibilidade entre perito e condições subjetivas do beneficiário, gerando angústia e tensão, fator de tensão emocional: ***Não estou me sentindo 100% ainda, eu acho que estou uns 70%. Ainda faltam 30%; então, enquanto eu não me sentir 100%, é meio perigoso.*** (F)

Diante do quadro burocrático do INSS, constituído muitas vezes por arbitrariedades no processo pericial, que limitam o acesso da população que demandam os serviços, caracterizando violação de direitos, é que pessoas com transtorno mental desenvolvem estratégias de enfrenta-

mento como as demonstradas por um sujeito pesquisado para conseguir o Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social, ao encenar a loucura durante a conversa com o perito, explicitado na fala de um participante da pesquisa: ***Com ele tive que fazer que fosse uma pessoa assim, totalmente doente mesmo, esquizofrênico, uma pessoa esquisita. Tirei os óculos, eu quero te ver melhor. Uma palavra que durava pelo menos cinco minutos, eu falava em torno assim, de uns quinze minutos. Eu dificultava as coisas; eu acho que venci pelo cansaço. Ele viu que não tirava nada do que ele queria mesmo. Pra falar a verdade, eu menti todas elas; menti porque, você sabe, se você tenta por bem, a vida toda não consegue, você tem outro recurso. É, foi uma coisa assim, digamos irônica, pra falar a verdade. Eu fiz muito teatro aqui no CAPS e por isso que foi uma forma muito, muito esplendorosa.*** (A)

Em estudo sobre o manual do médico-perito da Previdência Social, Jardim⁹ questiona a idéia de imparcialidade do médico perito, ponderando que os mesmos “[...] devem julgar situações com base numa sólida formação clínica, sem se deixar influenciar por fatores extra-doença como **problemas sociais, desemprego, apelos, etc.**” [grifos do autor].

Outra crítica apontada por Jardim⁹ ao manual do médico-perito é da simulação, considerada como “[...] eventos na militância do médico-perito que não podem ser esquecidos no trabalho diário”. Em Castel¹⁰, a perícia expressa a própria definição de poder e faz parte da racionalização da sociedade ocidental. O médico nesta área e, acrescentamos, qualquer outro servidor da burocracia, exerce o papel de árbitro. Segundo o autor, “através de um raciocínio de estilo técnico ou científico toma-se uma decisão que diz respeito a um terceiro e que irá selar seu destino”¹⁰.

Em relação ao Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social (BPC/LOAS), o estudo identificou, além da dificuldade de acesso, o estímulo à busca de curatela/tutelas para sua concessão.

O Benefício de Prestação Continuada (BPC), instituído pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), consiste na garantia de um salário mínimo mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso com 67 anos ou mais e que comprove não possuir meios de prover a própria manutenção e nem tê-la provida por sua família.

O BPC/LOAS foi regulamentado pelo Decreto de nº 1.744¹¹ em 08/10/1995 e, segundo o artigo 2º, inciso II, pessoa portadora de deficiência incapacitada para a vida independente e para o

trabalho é aquela que, em razão de anomalias ou lesões irreversíveis de natureza hereditária, congênita ou adquirida, esteja impedida de desempenhar as atividades de vida diária e de trabalhar. Dentre as situações em que pessoas portadoras de deficiência terão direito ao benefício, desde que preenchidas as demais condições citadas inicialmente, constam as alterações das faculdades mentais com grave perturbação da vida orgânica e social (síndrome e quadros de origem neurológica e/ou psiquiátrica).

Junto ao critério de incapacidade para o trabalho, constata-se que no formulário do BPC denominado Requerimento de Amparo Assistencial – Lei 8.742/93¹², dentre a documentação que deve acompanhar o requerimento, está o pedido de termo de curatela/tutela. O que se verifica é que, contrariando os objetivos de cidadania, pessoas com transtorno mental são induzidas a abrir mão de seu direito civil sem saber o que isto representa, através de curatelas e tutelas, para, paradoxalmente, ter acesso a um direito social.

A não apresentação de um curador por parte do requerente invalida todo o processo de avaliação e concessão do BPC, mesmo que os demais critérios exigidos sejam respondidos, como demonstra uma participante: ***Eu tentei um processo com três atestados psiquiátricos no Serviço Social, eles mandam arrumar uma pessoa. Por causa que minha mãe e meu pai já morreu, só tenho minha cunhada. Minha irmã é casada, as duas eu não sei o endereço. É difícil. Eles querem um parente, um tio, um primo, para poder me encostar. Eu desperdicei três atestados. Eles não encostam. O médico nem olhou na minha cara. O da assistente social ficou em branco.*** (D)

Houve mudanças no decreto original do BPC/LOAS através de várias medidas provisórias (MP), ocorridas entre 1997 e 1998, sendo que a MP de nº 1473-34¹³ alterou a forma da avaliação. O decreto original autorizava que instituições parceiras que trabalhavam com reabilitação realizassem os laudos médico, social e psicológico, através de equipe multiprofissional que geralmente assistia as pessoas por elas encaminhadas ao INSS. A referida medida provisória instituiu que somente o Setor de Perícia Médica do INSS poderia realizar a perícia e emitir o laudo médico. A MP de nº 1473-34¹³ foi alterada pela lei de nº 9.720/98¹⁴, que condensou as inúmeras alterações realizadas na Lei Orgânica da Assistência Social, pelo Presidente da República na ocasião. Tais alterações promoveram, de modo geral, restrições significativas no acesso de possíveis beneficiários do BPC/LOAS, bem como no exercício do controle social da soci-

idade civil organizada junto às diretrizes da política de Assistência Social.

O Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, composto por trabalhadores, usuários, familiares, gestores e entidades de defesa de direitos, tem levantado a preocupação com o aumento dos requerimentos de curatelas/tutelas em função do BPC/LOAS. Conforme dados do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome/Secretaria Nacional de Assistência Social, até o mês de junho de 2005, são 12.000.300 de beneficiários totais, entre deficientes, idosos, renais crônicos, pessoas com transtorno mental e outros. Destes, 156.000.00 são curatelados, representando 12% dos beneficiários; 1.166.682 são pessoas portadoras de deficiência e curateladas e 64.035 são curatelados por transtorno mental, representando 5,5 % dos beneficiários totais¹⁵.

A fim de discutir as questões de curatela/tutela no âmbito do benefício assistencial, realizou-se, no ano de 2005, na Câmara dos Deputados Federais, a segunda etapa de um seminário sobre a banalização da interdição judicial no Brasil. Houve a perspectiva de que, com diálogo entre os órgãos competentes, poder-se-iam realizar alterações breves na prática da avaliação pericial, dentre outros. Os representantes governamentais assumiram alguns encaminhamentos, dentre eles o envio aos postos do INSS de um ato normativo sobre a não obrigatoriedade do termo curatela/tutela, pautando-se no Decreto de nº 1.744/95¹¹, do qual não consta tal exigência (em 13 de fevereiro de 2006, o Presidente Luis Inácio Lula da Silva assinou o Decreto nº 5.699¹⁶, revogando as exigências do termo de curatela para os casos de aposentadoria por invalidez decorrente de doença mental, aplicado também ao benefício de prestação continuada concedido pela LOAS). Avaliou-se, por ocasião do seminário, a necessidade de incluir as especificidades da saúde mental no BPC, uma vez que este amparo assistencial destaca as demandas dos portadores de deficiências e dos idosos, segmentos protagonistas da conquista da Lei Orgânica da Assistência Social.

A revisão sobre curatelas/tutelas em saúde mental faz parte dos objetivos da reforma psiquiátrica brasileira, de reflexões críticas da relação histórica entre a psiquiatria e a jurisprudência. O objetivo é a revisão do julgamento que a justiça pública faz das pessoas portadoras de transtorno mental em seus códigos, legislações e nas práticas da psiquiatria forense. Frequentemente, não se reconhece o portador de transtorno mental enquanto um sujeito de direitos, levando, assim, às práticas automatizadas da in-

terdição por curatelas e tutelas. A superação da curatela/tutela é também desafio à Assistência Social, devido à utilização indevida do clientelismo. Estabelece, nestes casos, uma relação tuteladora dos pobres, para fins que não contemplam a função pública da assistência social. Enquanto política de Seguridade Social, a Assistência Social está garantida no Art. 203 e 204 da Constituição Federal de 1988 e deve servir à ampliação de direitos sociais para as pessoas em situação de maior vulnerabilidade socioeconômica.

Enquanto recurso de inclusão social, visualiza-se positivamente o BPC/LOAS para os sujeitos da pesquisa, enquanto contraponto dos efeitos negativos apresentados anteriormente. Dos sujeitos pesquisados, dois possuem o benefício e demonstram com clareza a melhoria na qualidade e projetualidade de vida. O benefício tem contribuído para a realização de projetos de trabalho, com a aquisição de equipamentos para o trabalho autônomo e para capacitação profissional; o aperfeiçoamento pessoal através de investimento cultural e informações; a inclusão na família por contribuir na renda familiar e a inclusão na rede social através de viagens, lazer, namoros. Em síntese, conforme Faleiros *et al.*¹⁷, ***a renda mínima garantida possibilita o acesso ao universo da saúde, da vida, do futuro projetado, da realização dos sonhos, das trocas sociais, da dignidade e da identidade de cidadãos***

Adoecimento mental, preconceito e exclusão do trabalho

O preconceito social já é considerado pelo ***Relatório sobre saúde no mundo***¹⁸ um dos fatores relacionados ao desenvolvimento de sofrimento mental. Conforme Queiroz¹⁹, no plano psicológico, os indivíduos vítimas de preconceito podem apresentar sentimentos de inferioridade, sinais de melancolia, depressão, ressentimento, insegurança e pessimismo.

Dado a relevância do combate ao preconceito no mundo do trabalho, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) publicou, em 1958, a Convenção 111, que trata da discriminação no emprego e nas profissões. A discriminação nas ocupações foi pauta também na Conferência Internacional do Trabalho, promovida pela OIT em 1998, sendo incorporada na Declaração dos Princípios e Direitos Fundamentais no Trabalho, na América Latina.

O preconceito e o estigma relacionados às pessoas portadoras de transtorno mental e usuárias de substâncias psicoativas é um fator decisí-

vo para a exclusão do mundo do trabalho. Além do estigma da doença mental, é comum haver outros fatores ligados ao preconceito social, dentre eles ser negro, obeso e homossexual.

O estudo identificou, através dos relatos dos participantes, a experiência do preconceito da seguinte forma: no não acesso a programas de qualificação profissional promovidos pela área da Assistência Social, na perda da confiança e no rebaixamento técnico no ambiente de trabalho referentes às pessoas com dependência a substâncias psicoativas, no autopreconceito, na noção de alguns participantes em ter direitos como argumento para o combate ao preconceito que vivenciam e no impacto do preconceito no mercado de trabalho formal: ***Trabalhei pouco tempo, adoeci, perdi o emprego por que, digamos assim, a pessoa não vai querer dar trabalho por que tem uma síndrome, digamos, psíquica, por que eu disse pra você anteriormente, qualquer doença é aceita, mas quando se fala da doença que envolve a razão, o ser, a cabeça, a pessoa simplesmente fica totalmente descrente, desiludido pela sociedade; a pessoa é doida, desabilitado de obter no mundo sócio comum, entende.*** (A)

Reabilitação psicossocial e inclusão social pelo trabalho

A relação entre reabilitação psicossocial e inclusão social pelo trabalho mostrou que os CAPS desenvolvem atividades cotidianas significativas aos participantes da pesquisa por: (a) promover a desospitalização enquanto um evento que por vezes incapacita o sujeito e favorece o estigma social da doença mental; (b) por potencializar a saúde através de atividades terapêuticas, contribuindo para com a autoestima e com o incentivo às qualidades pessoais; (c) pelo sentimento de liberdade; (d) por viabilizar suporte social através de passe livre de transporte urbano, alimentação, local de descanso, encaminhamentos para outros tratamentos; (e) pelas iniciativas de geração de trabalho e renda através de cursos, feiras internas que possibilitam consumos por preços acessíveis e de trocas material afetiva, espaço de trabalho para o vendedor autônomo e caixa solidária organizadas por usuários; (f) por estimular a projeção de sonhos, (g) por favorecer as relações interpessoais e (h) por promover o lazer e a convivência. No entanto, quanto à reinserção social através do trabalho, avaliou-se a ausência de projetos capazes de influenciar os condicionantes da exclusão do mundo do trabalho, no qual se encontra boa parte dos usuários frequentes nos CAPS.

No acompanhamento psicossocial, o estudo identificou a busca subjetiva de autocontrole por parte dos participantes, como condição para voltarem ao trabalho. Destaca-se a adesão ao tratamento medicamentoso, por indicar a possibilidade de remissão do estado clínico. A busca subjetiva de autocontrole dos sintomas faz com que privilegiem o uso racional e seguro dos psicofármacos: ***A minha saúde eu trato de uma forma muito específica, muito rígida. Antes de acabar a minha medicação, eu pego a receita. Eu faço uma reserva de medicamento.*** (A)

Considerações finais

No decorrer do presente estudo, observou-se que o trabalho para pessoas com transtorno mental e usuários de substâncias psicoativas possui uma relevância anterior à entrada destes no processo de reabilitação psicossocial. E que o trabalho ocupa um lugar de destaque na estruturação e/ou desestruturação da vida dos participantes.

Sendo assim, faz-se necessário que a questão do trabalho seja resgatada pelos Centros de Atenção Psicossocial junto aos usuários, não para procurar uma inserção imediata no mundo do trabalho, mas para valorizar esta dimensão da vida, cujo sentido é construído pela história e pela narrativa do próprio indivíduo.

Os seis eixos de análise resultantes do estudo apresentaram histórias de trabalhos variadas; a complexidade do trabalho em saúde mental, por implicar em caminhos para a saúde e o adoeci-

mento mental; os variados sentidos do trabalho atribuídos pelos participantes como expressão subjetiva e da condição socioeconômica de cada um; a busca por suporte social através das políticas sociais públicas, em que se verificam tanto os entraves para acesso aos direitos sociais; a importância do recurso financeiro para alçarem projetos de vida e os efeitos do estigma social em torno da loucura.

No processo da atenção psicossocial, faz-se necessário um aprofundamento sobre o papel dos CAPS na articulação entre a clínica com a compreensão do trabalho enquanto um direito e enquanto uma proposta concreta de reinserção social além do espaço físico dos CAPS. A partir deste estudo e de suas proposições, foi possível fomentar e coordenar iniciativas de geração de trabalho e renda junto à Coordenação de Saúde Mental de Goiânia, com a criação de um grupo de trabalho composto por representantes dos trabalhadores e dos usuários e familiares dos CAPS. Foi elaborado o Plano Municipal de Saúde Mental e Economia Solidária, o que levou o município a ser contemplado, por duas vezes, com o incentivo financeiro da Portaria nº 1.169/GM²⁰, que destina incentivo financeiro para municípios que desenvolvam projetos de inclusão social pelo trabalho, destinados a pessoas portadoras de transtornos mentais e/ou decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Criou-se uma associação de trabalho e produção solidários, que vem promovendo a inclusão social pelo trabalho junto aos usuários dos serviços públicos e substitutivos de saúde mental.

Colaboradores

RC Rodrigues trabalhou na concepção teórica, elaboração e redação final dos textos; TPC Marinho trabalhou na elaboração e redação final dos textos e P Amorim participou da orientação da pesquisa como professora da Especialização em Saúde Mental, PUC-GO.

Referências

1. Foucault M. *História da loucura*. 6ª ed. São Paulo: Perspectiva; 1972.
2. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1993.
3. Marx K. *Manuscritos econômicos-filosóficos*. Lisboa: Editora 70; 1964.
4. Rosa LCS. As condições da família brasileira de baixa renda no provimento de cuidados com o portador de transtorno mental. In: Vasconcelos EM, organizador. *Saúde mental e Serviço Social: os desafios da subjetividade e da interdisciplinaridade*. São Paulo: Cortez; 2000. p. 263-288.
5. Ferraz AST. Notas sobre a gestão de recursos pessoais dos pacientes em saúde mental e sua contribuição para a qualidade de vida. In: Harari A, Valentini W, organizadores. *A reforma psiquiátrica no cotidiano*. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 127-136.
6. Silva Filho JF. Trabalho e Saúde Mental. In: Costa I, Holanda AF, Martins F, Tafuri MI, organizadores. *VI Conferência Internacional sobre Filosofia, Psiquiatria e Psicologia; 2003; Brasília*. Brasília: UnB/ABRAFIPP; 2003.
7. Jardim SR. Trabalho e Doença Mental. In: Borges LH, organizador. *Organização do trabalho e saúde: múltiplas relações*. Vitória: EDUFES; 2001. p. 137-156.
8. Ramos A, Jardim S, Silva Filho JF. A narrativa na entrevista psiquiátrica: a história de trabalho na construção de diagnóstico em saúde mental do trabalhador. *Revista Veredas de Estudos Linguísticos* 2007; 1:30-45.
9. Jardim SR. Perícia, Trabalho e Doença Mental. *Cadernos IPUB* 1997; 3(2): 95-102.
10. Castel R. *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Graal; 1978.
11. Brasil. Decreto nº 1.744. Regula o benefício de prestação continuada devido à pessoa portadora de deficiência e ao idoso, de que trata a lei nº. 8.742, de 07 de dezembro de 1993, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1995; 11 dez.
12. Brasil. Lei nº 8.742. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1993; 8 dez.
13. Brasil. Medida provisória nº 1.473-34. Altera a redação nos dispositivos da lei nº. 8.742 de 07/12/1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1997; 11 ago.
14. Brasil. Lei nº 9.720. Dá nova redação a dispositivos da Lei nº. 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1998; 1 dez.
15. Brunca B. [comunicação oral]. In: *Seminário Nacional "Banalização da Interdição Judicial no Brasil: uma violência contra a democracia e os direitos humanos"*; 2005; Brasília.
16. Brasil. Decreto nº 5.699. Altera dispositivos do Decreto nº 3.048/99 e dispõe sobre o protocolo de benefícios por incapacidade pela empresa, por meio da *internet*, restituição de importâncias recebidas indevidamente, decisões das Juntas de Recursos do Conselho de Recurso da Previdência Social, exigência do termo de curatela e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2006; 14 fev.
17. Faleiros ETS, Alves MASC, Diniz SP. A prestação continuada como recurso de inclusão social. *Revista da Saúde* 2001; 2(2):17-18.
18. Organização Mundial de Saúde. *Relatório sobre saúde no mundo 2001 – Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Genebra: OMS; 2001.
19. Queiroz RS. *Não vi e não gostei – o fenômeno do preconceito*. 5ª ed. São Paulo: Moderna; 1995.
20. Brasil. Portaria nº 1.169. Destina incentivo financeiro para municípios que desenvolvam projetos de inclusão social pelo trabalho, destinados às pessoas portadoras de transtornos mentais e/ou de transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2005; 12 ago.

Artigo apresentado em 26/01/2008

Aprovado em 29/10/2008

Versão final apresentada em 13/01/2009