LIGIA BUGELLI HERMANO SANTOS

Inclusão social pelo trabalho: estudo comparativo entre as políticas públicas de saúde mental do Brasil e da Inglaterra

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem PPGE – EEUSP da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências

Área de concentração: Cuidado em Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Margareth Angelo

São Paulo 2016

LIGIA BUGELLI HERMANO SANTOS

Inclusão social pelo trabalho: estudo comparativo entre as políticas públicas de saúde mental do Brasil e da Inglaterra

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem PPGE – EEUSP da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências

Área de concentração: Cuidado em Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Margareth Angelo

VERSÃO CORRIGIDA

A versão original encontra-se disponível na Biblioteca Wanda de Aguiar Horta da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo.

São Paulo 2016 AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura:		 	
Data:/	_/		

Catalogação na Publicação (CIP) Biblioteca "Wanda de Aguiar Horta" Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Santos, Ligia Bugelli Hermano

Inclusão social pelo trabalho: estudo comparativo entre as políticas públicas de saúde mental do Brasil e da Inglaterra / Ligia Bugelli Hermano Santos. São Paulo, 2016.

123 p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Margareth Angelo Área de concentração: Cuidado em Saúde

1. Saúde mental. 2. Economia solidária. 3. Reabilitação psicossocial. 4. Enfermagem psiquiátrica. I. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Ligia Bugelli Hermano Santos Título: Inclusão Social pelo Trabalho: Estudo comparativo entre as políticas públicas de saúde mental do Brasil e da Inglaterra Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem EEUSP – PPGE da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências. Aprovado em: __/___/__ **BANCA EXAMINADORA** Prof. Dr. ______ Instituição: _____ Julgamento: _____ Assinatura: _____ Prof. Dr. Instituição: Julgamento: _____ Assinatura: _____ Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedico este trabalho a todos os mestres que fazem de suas vidas, uma luta constante para melhorar a trajetória dos esquecidos e invisíveis nessa terra.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por abençoar todo meu caminho.

A meus pais, **Angela** e **Rubenal**, pelo respeito e apoio às minhas escolhas. A meus irmãos, **Juliana**, **Vitor** e **Leonardo**, por serem fontes de incentivos. Ao **Rafael**, por ter acreditado primeiro, pelas ideias compartilhadas e todo o amor ofertado.

A minha querida orientadora, **Prof^a Dr^a Margareth Angelo**, pela confiança em minhas ideias e por ser o pilar deste estudo.

À amiga e professora, **Prof^a Dr^a Ana Luisa Aranha e Silva**, por ter instigado meu aprofundamento neste tema.

A minha **família**, meus avós, tios e primos, pelas discussões que fomentaram o aprimoramente de minhas ideias.

As minhas amigas, **Mariana** e **Fernanda**, por acreditarem e torcerem pelo meu sucesso.

A Flora Gligio Bueno e Edison Bueno, pela motivação e carinho constante.

À Prof^a Dr^a Carla Aparecida Arena Ventura e Emanuele Seicenti Brito, pela parceria crucial.

Ao Grupo de Estudos Interfaces da Prof^a Dr^a Rosana Onocko Campos, pelo acolhimento e trocas de saberes.

Ao Grupo de Estudo em Álcool e Outras Drogas da Prof^a Dr^a Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira, por compartilharem comigo momentos de amizade e saberes.

Ao Grupo de Pesquisa de Políticas e Práticas de Saúde Mental e Enfermagem da Prof^a Dr^a Sônia Barros, pelas oportunidades e aprendizado.

À Escola de Enfermagem da USP, por ter proporcionado o ambiente para aprimorar minhas habilidades.

Enfim, a **todas** as pessoas que em nossos caminhos cruzaram-se, colaboraram para a construção bem-sucedida desta pesquisa.

Em si mesma, a loucura é já uma rebelião. O juízo é a ordem, é a constituição, a justiça e as leis. Machado de Assis Santos LBH. Inclusão social pelo trabalho: estudo comparativo entre as políticas públicas de saúde mental do Brasil e da Inglaterra [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2016.

RESUMO

Um dos princípios básicos da OMS é afirmar que a saúde é o estado de completo bem-estar fisico, mental e social e não só a ausência de doenças. Entretanto, a falta de acesso a um cuidado de saúde integral é agravado, quando o indivíduo está fora do jogo econômico-produtivo. Os diversos documentos celebrados para afirmar e assegurar os direitos políticos, civis, econômicos, sociais e culturais do ser humano mostram que as organizações internacionais trabalham para construir diretrizes que assegurem os direitos básicos de sobrevivência do cidadão em qualquer lugar do mundo. Posteriormente, essas diretrizes foram incorporadas, baseadas nas culturas de cada país e transformaram-se em leis. O trabalho é um direito individual de qualquer ser humano, para que consiga seu sustento financeiro. Entretanto, em razão do estigma e do preconceito, o portador de transtorno mental fica fora desse jogo econômico. O Brasil encontrou na Economia Solidária um mecanismo de incluir socialmente as pessoas com transtornos mentais. A Economia Solidária tem suas origens baseadas no cooperativismo social inglês do século XIX, que se configurou como uma forma de organização do trabalho antogônica ao modo de produção capitalista. Seus princípios identificam-se com os da Reabilitação Psicossocial, uma vez que a atividade de geração de renda é entendida como possibilidade de inclusão social, visando ao trabalho emancipado e à reconstrução da cidadania plena do sujeito. Considerando que grande parcela de portadores de transtornos psíquicos encontra-se fora do jogo econômico, assim, este estudo teve como motivação analisar como se dá a política de inclusão social pelo trabalho desse público no cenário brasileiro e inglês. Objetivos: registrar, analisar e correlacionar as diferentes leis, portarias, decretos, declarações, resoluções e registros oficiais existentes sobre os portadores de transtornos mentais promulgadas no Brasil e Inglaterra, com enfoque no tema inclusão social pelo trabalho. **Método:** o estudo possui o caráter qualitativo, utilizando-se da análise documental para tecer uma comparação entre as leis, estratégias e diretrizes que a Inglaterra e o Brasil utilizaram para incluir socialmente as pessoas com transtornos psíquicos, por meio do trabalho. As fontes de dados foram: leis, portarias, decretos, declarações, resoluções e conferências existentes. A pesquisa propôs-se a analisar os documentos oficiais, detalhando a evolução da legislação e das políticas públicas de saúde mental de cada país, com enfoque na inclusão social pelo trabalho, organizando e interpretando os decorrentes documentos com base na concepção teórica que os definia. Resultados: a análise dos documentos selecionados evidenciou a relação entre os pilares que promovem a reabilitação psicossocial por meio do trabalho nos cenários brasileiro e inglês e permitiu a construção de uma matriz conceitual, que caracteriza os principais focos das duas abordagens identificadas. Na Inglaterra, a inclusão social é feita no mercado formal e competitivo de trabalho, por meio de um programa denominado: Individual Placement and Support (IPS), com foco predominantemente econômico. No Brasil, a inclusão social pelo trabalho das pessoas com transtornos mentais é orientada pela Economia Solidária, pelas cooperativas e empreendimentos econômico-solidários, coerentes com o foco predominantemente social da abordagem. Conclusões: esta pesquisa propôs-se a realizar um estudo de cunho inédito, quanto aos conceitos da política pública de saúde mental e a interação com a atividade laborativa, atuando em consonância para a promoção da saúde mental, a reabilitação psicossocial, a geração de renda e a autonomia aos usuários dos serviços de saúde. Ao tomar a perspectiva dos Direitos Humanos e da Reabilitação Psicossocial e entender que o trabalho é um direito legítimo de todo cidadão, o estudo poderá contribuir para uma melhor compreensão da Economia Solidária em um contexto globalizado para o aperfeiçoamento das políticas públicas e práticas sociais, que possuem, como área de interesse a inclusão social pelo trabalho das pessoas com transtornos psíquicos.

Palavras-chave: Saúde mental. Economia solidária. Reabilitação psicossocial. Enfermagem psiquiátrica.

Santos, LBH. Labour social inclusion: comparative study of mental health public policies in Brazil and England. [dissertation]. Sao Paulo: School of Nursing, University of São Paulo; 2016.

ABSTRACT

One of the basic principles of World Health Organisation is to affirm that health is a state of complete physical, mental and social well being and not merely the absence of disease. The lack of access to a comprehensive health care is increased, when the individual is out of productive economic game. The several treaties to affirm and ensure the political, civil, economic, social and cultural rights of humans, show that international organizations are working to build guidelines that ensure the citizens survivel basic rights, anywhere in the world. Subsequently, these guidelines were incorporated, based on the cultures of each country and became laws. The labour is an individual right of every human being, to reach their financial support. Due to stigma and prejudice, mental disorders individuals are out of this economic game. The Brazil encountered in Solidary Economy a mechanism to socially include people with mental disorders. The Solidary Economy has its origins based on nineteenth-century English social cooperatives, which was configured as a mode of work organisation opposite to capitalist mode of production. Its principles are identified with the principles of Psychosocial Rehabilitation, since the activity of generating income is identifield as a possibility of social inclusion, aim at the emancipated work and reconstruction of full citizenship of the subject. Considering that a large proportion of mental disorders individuals are outside the economic game, this study had the motivation to analyze how is the social inclusion policy for this public labour, in Brazilian and England setting. **Objectives**: recording, analyze and correlate the different llaws, decrees, resolutions, and administrative rules of the Brazilian and England existing official records, about people with mental disorders, with a focus on the subject of social inclusion through labour. Method: this study is qualitative study, using documentary analysis to build a comparison of the laws, strategies and guidelines that England and Brazil used to socially include people with mental disorders, through labour. Data sources were: laws, ordinances, decrees, declarations, resolutions and existing conferences. The research

aimed to analyse official documents detailing the evolution of legislation and public policies of mental health in each country, focusing on labour social inclusion, organizing and interpreting the resulting documents from the theoretical concept that was defined. Results: the analysis of the selected documents, showed the association between the pillars that promotes Psychosocial Rehabilitation through labour, in the Brazilian and English scenario, and allowed the construction of a conceptual framework that characterizes the main focuses of two identified approaches. In England, social inclusion is made in formal and competitive labor market, through a program called: Individual Placement and Support (IPS), mainly focused on the economy. In Brazil, labour social inclusion for mental disorders individuals is guided by the Solidary Economy, through the cooperative and solidary economy enterprises. This approach is mostly guided by a social focus. Conclusions: this research aimed to perform an innovative study about public policy concepts of mental health and the interaction with the labor activity, in line with mental health promotion, psychosocial rehabilitation, income generation and autonomy for mental health services users. Taking the perspective of Human Rights and Psychosocial Rehabilitation and understanding that work is a legitimate right of every citizen, this research could contribute to a better understanding of the Solidary Economy in a global context and to the improvement of public policies and social practices, focusing in the labour social inclusion for people with mental disorders.

Palavras-chave: Mental Health, Solidarity Economy, Psychosocial Rehabilitation, Psychiatric Nursing.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Principais causas de anos de vida ajustados para incapacidade (A	VAI)
na faixa de 15-44 anos, por sexo, estimativa para 2000	63

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Documentos Internacionais de Direitos Humanos	23
Quadro 2 - Documentos Internacionais do Direito à Saúde Mental em liber	dade
	31
Quadro 3 - Instrumento de interpretação da coleta de dados	39
Quadro 4 - Sistema Nacional de Saúde de 1948	73
Quadro 5 - 1ª Lei de Saúde Mental de 1959	73
Quadro 6 - 2ª Lei de Saúde Mental de 1983	74
Quadro 7 - Lei de Cuidados na Comunidade	74
Quadro 8 – Ato de Discriminação das Incapacidades	75
Quadro 9 - Estruturação do Sistema Saúde Mental	75
Quadro 10 - Lei de Capacitação	76
Quadro 11 – Diretriz: Saúde, Trabalho e Bem-estar	76
Quadro 12 - Programa de Acesso a Terapias Psicológicas	77
Quadro 13 - Lei de Saúde Mental de 2007	77
Quadro 14 - Relatório de saúde e cuidado social	78
Quadro 15 - Relatório de saúde e emprego	78
Quadro 16 - Lei de saúde e cuidado social	79
Quadro 17 - Relatório de saúde mental e emprego	79
Quadro 18 - Relatório de Trabalho e Bem-estar Psicológico	80
Quadro 19 - Relatório de Avaliação do Programa "IPS in IAPT"	80
Quadro 20 - I Conferência Nacional de Saúde Mental	88
Quadro 21 - Criação do SUS	89
Quadro 22 - Formalização dos NAPS/CAPS	89
Quadro 23 - Lei das Cooperativas	90
Quadro 24 - Lei Antimanicomial	90
Quadro 25 - Lei de auxílio	91
Quadro 26 - III Plenária Brasileira de Economia Solidária	91
Quadro 27 - Instituição das SENAES	92
Quadro 28 - Grupo de Trabalho de Saúde Mental e Economia Solidária	92

nala (nahalha	0
pelo trabalhopelo trabalho	9
Quadro 30 - IV Conferência Nacional de Saúde Mental	9
Quadro 31 - Il Conferência Nacional de Economia Solidária	9
Quadro 32 - Constituição da RAPS	9
Quadro 33 - Saúde em Dados 10	9
Quadro 34 - Instituição do Pronacoop	9
Quadro 35 - Resumo comparativo entre os modelos de inclusão so	ocial pelo
trabalho das pessoas com transtornos mentais: Brasil e Inglaterra	11

Sumário

1 A	ENTAÇÃO1 PERSPECTIVA GLOBAL DA CONSTRUÇÃO DE DIREITOS NO CAMPO	
	NÇÃO À SAÚDE MENTAL E DO TRABALHO1	
1.1 A	construção do direito à saúde na perspectiva dos Direitos Humanos2	20
	erspectiva global da construção do direito à atenção em saúde mental erdade2	
	eve relato sobre a construção histórica do direito do trabalho e o pape ado3	
2 OF	BJETIVOS DO ESTUDO3 ÉTODO3	35
3.1 Ti	po de estudo3	36
3.2 Pr	ocedimentos de coleta e análise dos dados3	37
3.3.1 na Ir	ambiente teórico e legislativo onde se desenvolveu a pesquisa4 Cenário Inglês: a construção do direito à promoção da saúde mental nglaterra	10 15 18
3.4 Real a. O b. A capi c. A d. Tr	eferencial teórico: Reabilitação psicossocial como cidadania	60 60 65 67
	ESULTADOS7	
	evolução da legislação na Inglaterra7	
	/olução da legislação no Brasil8 SCUSSÃO10	
	ONSIDERAÇÕES FINAIS11	
RFFFRÊ		

APRESENTAÇÃO

Em minha trajetória acadêmica, venho alimentando interesse a respeito da esfera pública, desde as políticas, o papel de um gestor público até a consolidação de práticas sociais. Apoiada em meu estudo de Conclusão de Curso, comecei a me interessar pela população portadora de transtornos psíquicos, ao realizar uma monografia sobre as políticas públicas de álcool e outras drogas.

Nesse momento, deparei-me com importantes lutas pelos Direitos Humanos e sua legitimação, por meio do Movimento da Reforma Psiquiátrica. A princípio, por não ter tido na graduação nenhuma disciplina sobre políticas sociais em saúde, foi um choque perceber o quanto essa população foi abusada e negligenciada pelo poder público e pela sociedade.

Entretanto, quanto mais me aprofundava no assunto, mais foi crescendo a vontade de fazer parte dessa militância e contribuir com minha formação, para que esses direitos que viraram leis, fossem transformados em ações práticas de cunho inclusivo e emancipatório.

Confesso que, ao investigar a inclusão social pelo trabalho das pessoas com sofrimento psíquico, deparei-me com constantes contradições sobre qual seria o melhor modelo de geração de renda, que não voltasse a aprisionar o sujeito e reconstruísse sua dignidade e cidadania sequestrada pelos manicômios.

A principal motivação para a construção de uma análise sobre as abordagens de inclusão social pelo trabalho das pessoas com sofrimento psíquico no cenário inglês e brasileiro, ocorreu em razão do conhecimento prévio sobre Economia Solidária e sua gestão de trabalho com base no cooperativismo, uma vez que a Inglaterra é o berço do cooperativismo social. A partir disso, foi necessário construir uma análise teórica sobre a evolução das legislações inglesa e brasileira, a fim de entender como se deu o processo de defesa do direito ao trabalho dentro da lógica dos direitos humanos, aos portadores de transtornos mentais.

Esta pesquisa inicia-se a partir da perspectiva global da legislação de direitos no campo da atenção à saúde mental e do trabalho. Este capítulo é a fonte de embasamento para construir toda a análise crítica dos documentos consultados e a

argumentação do estudo, pois apoiou-se nos principais documentos internacionais celebrados que afirmam e asseguram os direitos políticos, civis, econômicos, sociais e culturais do ser humano, tal como as diretrizes internacionais que visam a garantir o direito à atenção em saúde mental *em liberdade*. Isto é, defende-se que o melhor tratamento é pautado no modelo psicossocial, no qual o portador de transtorno mental é mantido em sua comunidade.

Vale destacar que são discutidos a construção histórica do trabalho e o papel positivo do Estado, uma vez que os direitos sociais, econômicos e culturais exigem uma ação afirmativa e pró-ativa do poder público, pois todo e qualquer ser humano tem o direito de conseguir seu progresso material e seu sustento financeiro.

Em relação ao método, a pesquisa apresenta caráter qualitativo, por utilizarse da análise documental para tecer uma comparação entre as leis, estratégias e diretrizes que a Inglaterra e o Brasil usaram para incluir socialmente as pessoas com transtornos psíquicos, pelo trabalho. Construiu-se um instrumento de interpretação da coleta de dados, a fim de facilitar a compreensão de todos os documentos abordados. Tal instrumento conta com a elaboração de indicadores baseados no Referencial Teórico sobre Reabilitação Psicossocial, para que, pela interpretação autoral, a concepção teórica de cada documento seja delimitada.

Na metodologia, encontra-se o cenário do estudo, isto é, o ambiente teórico e legislativo onde se desenvolveu a pesquisa. Dialoga com a construção do direito à promoção da saúde mental na Inglaterra e no Brasil, assim como as políticas de geração de renda.

A problemática ocorre pautada nos estudos sobre o custo da Saúde Mental no mundo. A maior parte das perturbações mentais permanece não tratada ou tratada de um modo equivocado, gerando um custo pessoal substancial aos indivíduos afetados, levando com que eles tenham dificuldades econômicas e sociais. Além disso, o Relatório da OMS sobre a saúde no mundo (2001) identifica seis diagnósticos psiquiátricos que figuram dentre as 20 doenças mais frequentes mundialmente. Isto significa que uma grande parte da população mundial não recebe tratamento adequado nem encontra meios de sustento próprio nem produz para a sociedade.

A compreensão de trabalho é tecida por meio de reflexões sobre a forma de organização do trabalho no modo de produção capitalista e a ideia de trabalho no campo psiquiátrico. Além disso, destaca-se a concepção de trabalho cooperado, associativismo e reabilitação como cidadania, uma vez que estas reflexões irão contribuir para a composição da discussão.

A coleta de dados foi feita por leituras interpretativas dos documentos oficiais do Brasil e da Inglaterra, que abrangem a temática de saúde mental, reabilitação psicossocial, cooperativas de trabalho, associativismo, economia solidária e emprego apoiado no mercado competitivo.

Ao final das leituras, os resultados mostraram dois caminhos diferentes para solucionar a problemática do trabalho, uma vez que a Inglaterra utiliza o modelo de inclusão social das pessoas com transtornos psíquicos pelo emprego no mercado competitivo (*Individual Placement and Support*) e o Brasil, a Economia Solidária, inclusão social na forma de empreendimentos solidários e cooperativas de trabalho, caminho antagônico ao mercado competitivo.

Ao se comparar os dois modelos, não se pretendeu fazer uma opção pelo melhor. O intuito foi compreender como a sociedade que fundou o cooperativismo social, uma forma de organização do trabalho antagônica ao modo de organização do trabalho no mundo capitalista, enfrenta/enfrentou ou resolve/resolveu o problema da necessidade dessa população ter acesso a esse direito social, na perspectiva dos Direitos Humanos, que é o acesso ao trabalho.

Uma vez feita essa comparação, um dos pontos fortes do modelo inglês é o fato de que os Departamentos de Saúde, Emprego e Fundos & Pensões dialogam entre si e contribuem para o bom funcionamento do modelo de inclusão.

1 A PERSPECTIVA GLOBAL DA CONSTRUÇÃO DE DIREITOS NO CAMPO DA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL E DO TRABALHO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) exerce um papel fundamental ao assegurar os direitos à saúde no mundo.

Seu funcionamento foi iniciado, em 1948, e em sua Constituição estão contidos os seguintes princípios básicos para a felicidade, relação harmoniosa e segurança de todos os povos:

- saúde é o estado de completo bem-estar fisico, mental e social, e não somente a ausência de doenças;
- o gozo do maior padrão de saúde desejado é um direito fundamental de todos os seres humanos, sem distinção de raça, religião, opção política e condição econômica e social;
- a saúde de todos os povos é fundamental para a consecução da paz e segurança e depende da cooperação dos indivíduos e dos Estados:
- d. o sucesso de um país na promoção e proteção da saúde é bom para todos os países;
- e. o desenvolvimento iníquo em diferentes países para a promoção da saúde e controle de doenças, especialmente, as contagiosas, é um perigo comum;
- f. o desenvolvimento da saúde da criança é de importância básica;
- g. a extensão para todos os povos dos benefícios advindos dos conhecimentos médicos, psicológicos e afins é essencial para atingir a saúde;
- h. opinião informada e cooperação ativa do público são de importância crucial na melhoria da saúde da população; e
- i. governos têm responsabilidade pela saúde de seus povos, que pode ser garantida apenas por meio da adoção de medidas sociais e de saúde adequada (OMS, 1946).

O desrespeito aos direitos sociais básicos e à falta de acesso a eles é uma precariedade vivida não apenas pelo brasileiro, mas, por qualquer ser humano que se encontra fora do atual jogo econômico.

A situação é agravada para o indivíduo com sofrimento psíquico à medida que acaba por experimentar um duplo processo de exclusão social: por sua condição constitutiva, relacionada às dores próprias de sua experiência subjetiva e porque não participa efetivamente do jogo produtivo, de produzir e consumir bens e valores econômicos.

1.1 A construção do direito à saúde na perspectiva dos Direitos Humanos

Globalmente, a saúde foi reconhecida como um Direito, sobretudo, com a criação da ONU, em 1945, que enfatizou a colaboração internacional para criar melhores condições de vida para cada ser humano, independente de seu território.

No processo de evolução da proteção internacional dos Direitos Humanos, houve uma tipificação desses Direitos, ou seja, os direitos individuais são considerados direitos civis e políticos, que são denominados de Primeira Dimensão, e os direitos econômicos, sociais e culturais os de Segunda Dimensão (TRINDADE, 1999, *apud* VENTURA, 2011).

Os *direitos individuais* possuem caráter de normas de distribuição de competências entre o Estado e o indivíduo, isto é, vida, segurança, igualdade de tratamento perante a lei, propriedade e liberdade individual (WEISS, 2006, *apud* VENTURA, 2011).

Já os *direitos sociais* refletem as intenções do indivíduo perante o Estado: saúde, trabalho, acesso aos bens históricos e culturais, educação, moradia, lazer, segurança e previdência social (CURY, 2005, apud VENTURA, 2011).

Nesse contexto, foram celebrados documentos internacionais que buscam afirmar e assegurar os direitos políticos, civis, econômicos, sociais e culturais do ser humano, afirmando que os direitos humanos são indivisíveis, inalienáveis e interdependentes (VENTURA, 2011).

Para tal, foi necessário realizar uma síntese sobre os movimentos internacionais de consolidação dos Direitos Humanos.

Dentre os instrumentos internacionais globais que visaram a afirmar estes direitos, destacam-se a Carta da Organização das Nações Unidas (ONU) de 1945, a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, Convenção Europeia para a Proteção dos Direitos Humanos e Liberdades Fundamentais de 1950, o Pacto da ONU sobre Direitos Civis e Políticos de 1966, o Pacto da ONU sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais de 1966 e a Declaração de Viena sobre Direitos Humanos de 1993.

A criação da ONU, em 1945, foi marcada pela aprovação da Carta das Nações Unidas, que se constituiu em um Tratado Internacional. Reforçou a ideia de que todos os

direitos humanos e liberdades fundamentais deveriam ser garantidos por todos os Estados. Dessa forma, Artigo 1º da Carta da ONU afirma como objetivo da Organização

conseguir uma cooperação internacional para resolver os problemas de caráter econômico, social, cultural ou humanitário, e para promover e estimular o respeito aos direitos humanos e liberdades fundamentais para todos, sem distinção de raça, sexo, língua ou religião (ONU, 1945).

O 1º Capítulo da Declaração Universal dos Direitos Humanos, adotada pelas Nações Unidas em 1948, estabelece que todo ser humano é livre e é igual em direitos e dignidade. Este Artigo permanece como forte influência, sendo consultado constantemente, e o documento é uma das maiores fontes dos princípios gerais para garantir os direitos humanos internacionalmente (OMS 2005).

Na Região Europeia, uma série de Convenções foram acontecendo no último século. A primeira, entre elas, é a Convenção Europeia para a Proteção dos Direitos Humanos e Liberdades Fundamentais (1950), que fornece proteção obrigatória aos direitos das pessoas com transtornos psíquicos nos estados que ratificaram a Convenção (OMS, 2005).

Em 1966, o Pacto sobre Direitos Civis e Políticos reafirmou os direitos humanos relacionados à liberdade individual. O Pacto garante direitos, como: direito à vida; não ser submetido à escravidão e tortura; igualdade perante a lei; liberdade e segurança pessoal; liberdade de locomoção; religião e votar e fazer parte do governo (VENTURA, 2011).

O Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC) de 1966 estabelece, como direito que todos desfrutem o padrão viável de saúde mental e física. Especifica que o direito à saúde inclui o direito a ser livre de tortura, tratamento e experimentação médica não consensual. Também abrange o direito a um sistema de proteção à saúde que garanta a todos os indivíduos, igualdade e oportunidade para usufruir de um nível de saúde mais elevado possível. Além disso, impõe três tipos de obrigações aos países: as obrigações de respeitar (evitar interferir no desfrute do direito à saúde), proteger (medidas que evitem o não cumprimento do direito à saúde) e cumprir (obrigação de facilitar, fornecer e promover o direito à saúde) (OMS, 2005).

Outro ponto importante do PIDESC foi registrar a necessidade de ações afirmativas para proteger os direitos de pessoas com deficiência (o que inclui aquelas com transtornos mentais), e especifica que, neste direito, estão inclusos os serviços de reabilitação. Enfatizando que o direito à saúde envolve acesso a serviços que ampliem a autonomia e integração na sociedade (OMS, 2005).

Em 1993, a Declaração de Viena, a partir da Conferência Mundial sobre Direitos Humanos, enfatiza a importância de uma legislação própria sobre direitos humanos que proteja as pessoas com deficiência mental e física e com transtornos mentais. A Declaração representa um marco fundamental no sistema de evolução dos direitos humanos, pois enfatizou a relevância do diálogo e a cooperação entre governos e organizações não governamentais, visando a concretizar estes direitos sobretudo aos socialmente excluídos (OMS, 2005).

59. A Conferência Mundial sobre Direitos Humanos sublinha a importância de serem tomadas outras ações concretas no âmbito das Nações Unidas, com vista a prestar assistência às vítimas de tortura e assegurar soluções mais eficazes para a sua reabilitação social, física e psicológica. Deverá conceder-se uma elevada prioridade à atribuição dos recursos necessários para este fim, inter alia, mediante contribuições adicionais para o Fundo Voluntário das Nações Unidas para as Vítimas de Tortura.

64. As pessoas com deficiências devem ter lugar em toda a parte. Deverá ser garantida a igualdade de oportunidades às pessoas com deficiências através da eliminação de todas as barreiras socialmente impostas, quer sejam estas físicas, financeiras, sociais ou psicológicas, que excluam ou limitem a sua participação plena na vida em sociedade (Declaração de Viena sobre os Direitos Humanos, 1993, p 17-18).

Com sua ratificação ou adesão, os conteúdos desses documentos internacionais foram, posteriormente, incorporados pela legislação interna dos outros países e, assim, transformados em direito fundamental.

A fim de ilustrar e facilitar a compreensão dos Documentos Internacionais de Direitos Humanos foi construído um quadro esquematizado.

Quadro 1 - Documentos Internacionais de Direitos Humanos

Data de criação	Título	Princípio
1945	Organização das Nações Unidas	Reforçou a ideia de que todos os direitos humanos e liberdades fundamentais deveriam ser garantidos por todos os Estados.
1948	Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU)	Todo ser humano é livre e é igual em direitos e dignidade. O direito à saúde inclui o direito a serviços de reabilitação, que possam ampliar a autonomia do indivíduo.
1950	Convenção Européia para a Proteção dos Direitos Humanos e Liberdades Fundamentais	Fornece proteção obrigatória aos direitos das pessoas com transtornos psíquicos nos estados participantes
1966	Pacto sobre Direitos Civis e Políticos	Garantia da liberdade individual: direito à vida; não ser submetido à escravidão e tortura; igualdade perante a lei; liberdade e segurança pessoal; liberdade de locomoção; religião e votar e fazer parte do governo.
1966	Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC)	Registrar a necessidade de criação de ações afirmativas para proteger os direitos de pessoas com deficiência
1993	Declaração de Viena	Afirmar a garantia dos direitos humanos, sobretudo, aos socialmente excluídos, pelo diálogo e cooperação entre Governos e organizações não governamentais.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

1.2 Perspectiva global da construção do direito à atenção em saúde mental em liberdade

A discussão sobre o direito ao acesso a serviços comunitários de saúde mental e ao cuidado em liberdade remonta ao processo de construção de Conferências Internacionais que questionaram a efetividade e a resolutividade do sistema hospitalizante e seu modelo de atenção, com diagnóstico centrado, seus custos e sua iatrogenia.

Já em 1959, foi criada a Comissão Interamericana de Direitos Humanos que emitiu Recomendação sobre a Promoção e Proteção dos Direitos Humanos de Pessoas com Deficiências Mentais. A Comissão indicou aos Estados que promovessem e

implantassem Planos Nacionais de Saúde Mental com a organização de serviços comunitários de saúde mental, a fim de obter a integração de pessoas com transtornos mentais no contexto em que vivem (OMS, 2005).

No âmbito da Organização das Nações Unidas, a Declaração dos Direitos do Deficiente Mental, de 1971, serviu para apoiar os portadores de transtornos mentais para desenvolverem suas aptidões nas diversas atividades e sua incorporação à vida social. A partir desta Declaração, foi possível, em 1991, criar a Resolução nº 46/119¹ que garante Proteção às Pessoas em Sofrimento Psíquico, que estabelece que "não haverá discriminação sob alegação de transtornos mentais" (BRITO; VENTURA, 2012).

Em 1984, a Convenção das Nações Unidas contra Tortura e Outro Tratamento ou Punição Cruel, Desumano ou Degradante foi extremamente relevante para aqueles com transtornos mentais, pois, a partir dessa Convenção, os estados signatários tornamse responsáveis por prevenir atos de tratamento ou punição cruéis, desumanos ou degradantes aos cidadãos (OMS, 2005).

A Declaração de Caracas, criada em 1990, adotada por legisladores, lideranças de direitos humanos, ativistas do meio e profissionais de saúde, afirma que o tratamento isolado em hospitais psiquiátricos gera maior deficiência, concluindo que os serviços ultrapassados de saúde mental colocam em risco os direitos humanos das pessoas (OMS, 2005).

Esta Declaração tem imensa importância na luta contra o sequestro das pessoas com transtornos mentais nos manicômios, uma vez que indica a implantação de serviços de saúde mental de base comunitária e integrado, estruturando o modelo de atenção psicossocial quando recomenda

que os recursos, a atenção e o tratamento para pessoas com transtornos mentais deveriam salvaguardar sua dignidade e direitos humanos, fornecer tratamento racional e apropriado e empenhar-se para manter os portadores de transtornos mentais em suas comunidades. Estipulou, ainda, que a legislação de saúde mental deve resguardar os direitos dos portadores de transtornos mentais e que os serviços devem ser organizados

-

¹ United Nations. General Assembly. A/RES/46/119, December, 17h, 1991. *The protection of person with mental illness and the improvement of mental health care.* Disponível em: http://www.un.org/documents/ga/res/46/a46r119.htm Acesso em 16 jan. 2015.

de modo a garantir a real aplicação destes direitos (OPS, 1990 apud VENTURA, 2011, p. 101).

Em 1991, os Princípios das Nações Unidas para a Proteção de Pessoas com Enfermidade Mental e a Melhoria da Atenção à Saúde Mental (Princípios ASM) estabelecem padrões mínimos de direitos humanos para a prática no campo da saúde mental. Entre eles, encontra-se o Princípio 03, explicitando que "todas as pessoas com uma doença mental terão o direito de viver e trabalhar, até onde possível, na comunidade" (OMS, 2005).

Outra contribuição importante foi a Recomendação 1.235 (1994) sobre Psiquiatria e Direitos Humanos, adotada pela Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa, que influenciou a legislação de saúde mental nos estados europeus. Ela estabelece critérios para a admissão involuntária, padrões para atenção e tratamento de pessoas com transtornos mentais e proibições para proteger e prevenir abusos nas práticas de atenção psiquiátrica (OMS, 2005).

Em 1999, ocorreu a primeira Convenção Internacional para tratar dos direitos de pessoas com transtornos mentais. A Convenção Interamericana sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra pessoas com Deficiência enfatizou a eliminação de todas as formas de discriminação e promoção da integração das pessoas com transtornos mentais ou físicos à sociedade (OEA, 1999 *apud* BRITO; VENTURA, 2012).

Já em 2001, a Comissão Interamericana de Direitos Humanos recomendou que todos os países ratificassem essa Convenção. A Recomendação também insiste para que os Estados promovam e implementem, mediante legislação e planos nacionais de saúde mental, a organização de serviços comunitários de saúde mental, a fim de obter a plena integração de pessoas com transtornos mentais à sociedade (OMS, 2005).

Em 2004, no Comitê de Ministros do Conselho da Europa, foi aprovada a Recomendação Relativa à Proteção dos Direitos Humanos e da Dignidade de Pessoas com Transtorno Mental, propondo que sejam ampliadas as formas de promoção da dignidade, direitos humanos e liberdades fundamentais das pessoas em sofrimento psíquico, sobretudo daquelas internadas involuntariamente (OMS, 2005).

A Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência (United Nations Conventions on the Rights of Persons with Desabilities - CRPD), adotada pela ONU em 2006, recomendou aos países que os direitos das pessoas com sofrimento psíquico sejam protegidos. A Convenção criou um arcabouço legal de obrigações governamentais para proteger e respeitar os direitos civis, econômicos, culturais, políticos e sociais, incluindo a participação na vida política, educação, emprego e serviços de saúde e de reabilitação (WHO, 2010).

Conforme o Relatório Integração da Saúde Mental nos Cuidados de Saúde primários, uma perspectiva global (OMS, 2009), não há um modelo único de boas práticas que possa ser seguido em todos os países, e o sucesso consistiria na aplicação sensata dos princípios gerais em nível local. Portanto, para serem eficientes e eficazes, os cuidados à saúde mental devem:

- a. [ocorrer na] rede de serviços em diferentes níveis de cuidado e complementados por um desenvolvimento mais geral do sistema de saúde;
- [permitir] o acesso aos medicamentos psicotrópicos essenciais nos cuidados primários. Isso obriga aos países distribuírem diretamente este tipo de medicamento aos serviços de cuidado primários em vez de trazê-los através de hospitais psiquiátricos;
- c. [destacar] o papel do gestor de serviços de saúde mental [que] é essencial, pois os coordenadores são cruciais na condução dos processos de integração;
- d. [não ocorrer] nos hospitais psiquiátricos [que] necessitam ser fechados:
- e. ser prestados através de centros de cuidados primários e de outros serviços baseado na comunidade; e
- f. concretizar a reabilitação psicossocial (OMS, 2009, p. 12).

Ainda de acordo com as orientações da OMS, as pessoas com transtornos psíquicos devem ter acesso ao tratamento o mais cedo possível, perto de casa, na comunidade, que leva a melhores resultados de saúde (OMS, 2009).

O sucesso para efetivação de uma rede de serviços de saúde mental eficaz depende do comprometimento dos governos relacionado à integração de cuidados de saúde mental, políticas públicas e legislação que concretizam esses cuidados.

Destaque-se que as pessoas com transtornos mentais são, particularmente, vulneráveis ao abuso e violação dos direitos humanos individuais e coletivos. Portanto,

uma das maneiras de melhorar a qualidade de vida dessa população é oferecer boas políticas, bons planos e bons programas que resultem em melhores serviços.

A legislação é um mecanismo fundamental para obter apoio à saúde mental, podendo ser utilizada para garantir recursos, melhorar o acesso aos direitos e aos padrões de saúde mental no País (OMS, 2005).

No Livro de Recursos Humanos da OMS sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação: Cuidar sim, Excluir não (OMS, 2005), uma política de saúde mental implica:

- a. Estabelecimento de instalações e serviços de saúde mental de alta qualidade:
- b. Acesso a atenção de qualidade em saúde mental;
- c. Proteção dos direitos humanos;
- d. Direito dos pacientes ao tratamento;
- e. Desenvolvimento de sólidas proteções processuais;
- f. Integração de pessoas com transtornos mentais à comunidade; e
- g. Promoção da saúde mental em toda a sociedade (OMS, 2005, p. 2).

As legislações podem ser o marco referencial para o desenvolvimento de políticas, como por exemplo, a proibição da discriminação de pessoas com transtornos mentais. A OMS (2005) categoriza as cinco necessidades que convocam as legislações em saúde mental:

- a. Discriminação contra pessoas com transtornos psíquicos. A discriminação dificulta o acesso de uma pessoa a tratamento e atenção adequados, tanto como em outras áreas de sua vida, empregabilidade, educação e abrigo;
- b. Violação de direitos humanos. Em muitas sociedades, as condições para essas pessoas com transtornos mentais são extremamente duras, muitas vezes sendo privadas de liberdade por longos períodos. Outras vezes, submetidas a trabalhos forçados, abandonadas ou até mesmo privadas de atenção básica à saúde, muitas vezes em instituição psiquiátrica. Portanto, uma legislação faz com que não haja violação desses direitos;
- c. Proteção à autonomia e à liberdade. Por exemplo, garantindo serviço de saúde mental acessível para pessoas que desejam ter tal acesso, exigir que nenhuma pessoa seja submetida a internação involuntária quando houver outra alternativa viável;
- d. Garantia de direitos para infratores mentalmente enfermos. Ser justo com pessoas que cometem um crime aparente devido a um transtorno mental e prevenir que injustiças ocorram com essas pessoas que se envolveram no sistema de justiça criminal; e

e. Promoção do acesso à atenção em saúde mental e integração à comunidade. Isto significa que a legislação pode garantir que a atenção e tratamentos adequados sejam fornecidos por serviços de saúde mental ou outros serviços de assistência social (OMS, 2005, p. 7).

Exemplos de operacionalizações concretas dessas orientações, acordos e diretrizes internacionais podem ser observados, conforme o breve histórico a seguir, das experiências das Reformas Psiquiátricas mais relevantes no contexto europeu e no próprio processo brasileiro da Reforma Psiquiátrica.

Já na década de 1950 na Inglaterra, surgiu o movimento das Comunidades Terapêuticas com Maxwel Jones para poder, assim, superar os Hospitais Psiquiátricos. As comunidades terapêuticas baseavam-se na democratização das relações entre os profissionais e os pacientes, com ênfase na comunicação e no trabalho de todos os membros da comunidade. Fundamentava-se no não isolamento, isto é, o asilo havia criado um mundo não real, portanto, o ambiente terapêutico era o mundo externo (AMARANTE, 1998). Assim, a Reforma Sanitária inglesa é marcada pelo trabalho; e Maxwell Jones tinha como ideia principal "envolver todas as pessoas que estavam no ambiente hospitalar, num projeto terapêutico comum" (LANCETTI; AMARANTE, 2006, p. 621).

Na década 1960, desenvolveu-se o movimento nos Estados Unidos da América (EUA), conhecido como Psiquiatria Comunitária, aproximando-se operacionalmente do modelo da Saúde Pública, que buscava a prevenção e a promoção da saúde, além de evidente compromisso com a redução dos custos financeiros representados pela atenção à saúde mental da população internada e a potencialmente internável. Por mais que esse movimento tentasse trazer profundas melhorias na assistência de saúde mental, não houve grande questionamento à psiquiatría em seu modo de tratar a loucura, isto é, houve uma reformulação da prática em si, porém, não promoveu uma ruptura epistemológica (AMARANTE, 1998).

Na década de 1960 na Inglaterra, o movimento da Antipsiquiatria, questionou o saber psiquiátrico que não conseguia responder à experiência concreta e social da loucura, tratando-a como um fato social, uma reação à violência externa. A partir desta concepção, o louco não precisava de tratamento. Necessitava de acompanhamento, respeito às suas vivências, e o delírio não deveria ser contido, cuja saída seria a

modificação da realidade social. As ideias da Antipsiquiatria foram introduzidas em um ambiente de contracultura libertária, que visava a promover críticas às estruturas conservadoras. Conforme esta vertente, a sociedade era responsável por enlouquecer as pessoas e, em seguida, culpá-las da loucura para começar a tratá-las. Portanto, a grande crítica do movimento era dizer que o Hospital Psiquiátrico era apenas um mecanismo para remediar a culpa social (AMARANTE, 1998).

Na Itália, a partir da década de 1960, deu-se a ruptura epidemiológica e metodológica com a prática do saber psiquiátrico, executado até então. A Psiquiatria Democrática Italiana não propõe uma nova forma de olhar para a doença mental e, muito menos, nega a existência desse fenômeno (AMARANTE, 1994).

O movimento de desinstitucionalização da psiquiatria italiana inicia-se a partir da experiência de Franco Basaglia na direção do Hospital Psiquiátrico de Gorizia (1961 a 1968), onde com outros psiquiátras começou a promover uma série de mudanças práticas e conceituais.

Sua primeira atitude foi melhorar as condições de hospedaria e o cuidado técnico aos internos em Gorizia. Entretanto, à medida que observava as condições de miséria humana a que os pacientes eram submetidos no hospital psiquiátrico, notou que uma simples humanização não seria suficiente (AMARANTE, 1995).

Era necessário fazer uma transformação profunda no modelo de assistência psiquiátrica, nas relações entre a sociedade e a loucura. Tornava-se evidente que o Manicômio é um lugar de segregação, de violência e morte e que, portanto, devia ser combatido, negado, superado, e as suas finalidades deviam ser questionadas em um contexto mais geral das instituições sociais (BASAGLIA *apud* AMARANTE, 1992).

Franco Basaglia, psiquiatra italiano e considerado pela OMS como referência mundial para reformulação da assistência à saúde mental, dizia que o manicômio não foi criado para tratar as mazelas daqueles que sofrem de males psíquicos, mas, que surgiu como defesa dos sãos contra a loucura; os altos muros isolavam a "central da infecção" (AMARANTE, 1998).

Para Basaglia, devia-se pôr a doença entre parêntese para (re) conhecer e cuidar do ser humano que a abriga. O primeiro marco internacional do processo de desinstitucionalização foi a Lei nº 180 de 1978, nomeada de Lei Basaglia, oficializou a

reforma psiquiátrica italiana e determinou o fim dos manicômios em todo território, consolidando o processo de criação de novas práticas de atenção psicossocial e de saúde mental (BASAGLIA, 2005).

É consenso entre os atores das Reformas Psiquiátricas no Brasil, inclusive, que a mudança a se perpetrar vai além da humanização dos hospitais, além da modernização das estruturas físicas. É necessária uma ruptura epistemológica, ética, prática e concreta com a lógica que organiza o modelo de atenção médico-centrado, sustentado pela base teórica coerente com suas estratégicas de tratamento (ARANHA E SILVA, 2012).

Na década de 1970, no Brasil, consolida-se o movimento da Reforma Psiquiátrica, pautado pela luta para garantir acesso aos direitos individuais e sociais dos indivíduos com experiência de sofrimento psíquico.

A Reforma objetiva a inclusão social, econômica e cultural da pessoa, sem discriminação e segregação. Está protegida por forte e robusta Legislação que exige ações afirmativas do Estado em defesa do usuário. Neste sentido, afirma-se que a inclusão somente se concretizará com cidadania, ou seja, com os direitos civis, políticos, econômicos e sociais dos indivíduos em sofrimento psíquico respeitados (VENTURA; BRITO, 2012).

Como se observa na Declaração de Caracas de 1990, as legislações devem produzir políticas indutoras para a implantação de serviços que garantam à pessoa com sofrimento psíquico o direito à participação da vida em comunidade, em seu contexto social e concretizar as diretrizes fundamentais da reabilitação psicossocial, como cidadania, cujos princípios são: o direito a ter uma forma de morar com dignidade, ter acesso a um trabalho, não ser discriminada e ter igualdade de direitos civis e políticos.

Dessa forma, é importante ressaltar o papel do Estado para implementar e garantir direitos humanos, sobretudo os direitos sociais, em um cenário de injustiça, vulnerabilidade, desigualdade, não respeito à vida e forte exclusão social.

A fim de ilustrar e facilitar a compreensão dos Documentos Internacionais do Direito à Atenção em Saúde Mental em liberdade, foi construído um quadro esquematizado.

Quadro 2 - Documentos Internacionais do Direito à Saúde Mental em liberdade

Data de criação	Título	Princípio
1959	Comissão Interamericana de Direitos Humanos	Obter a plena integração de pessoas com transtornos mentais na sociedade em que se vive, por meio de planos nacionais de saúde mental e organização de serviços comunitários de saúde mental.
1971	Declaração dos Direitos do Deficiente Mental (ONU)	Apoiar os portadores de transtornos mentais a desenvolverem suas aptidões nas diversas atividades e sua incorporação na vida social
1984	Convenção das Nações Unidas contra Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes	Os estados signatários são responsáveis por prevenir atos de tratamento ou punição cruéis, desumanos ou degradantes aos cidadãos.
1990	Declaração de Caracas	Contra o enclausuramento das pessoas com transtornos mentais, afirmando que o tratamento isolado em hospitais psiquiátricos gera maior deficiência, incentivando e reestruturando uma nova atenção psiquiátrica, com a promoção de serviços de saúde mental de base comunitária e integrados.
1991	Princípios das Nações Unidas para a Proteção de Pessoas com Enfermidade Mental e a Melhoria da Atenção à Saúde Mental (Princípios ASM)	Estabelece que toda pessoa com transtorno mental tem o direito de viver e trabalhar na comunidade.
1994	Recomendação 1235 do Conselho da Europa sobre Psiquiatria e Direitos Humanos	Estabelece critérios para a admissão involuntária, proteção contra abusos nas práticas de atenção psiquiátrica.
1999	Convenção Interamericana sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra pessoas com Deficiência	Enfatizou a eliminação de todas as formas de discriminação e fortificou a integração de pessoas com sofrimento psíquico à sociedade
2001	Comissão Interamericana de Direitos Humanos	Todos os países deveriam, mediante legislação e planos nacionais de saúde mental, implementar serviços comunitários de saúde mental, a fim da promoção integral de pessoas com transtornos mentais à sociedade
2004	Recomendação Relativa à Proteção dos Direitos Humanos e da Dignidade de Pessoas com Transtorno Mental	Proposta de ampliação das formas de promoção da dignidade, direitos humanos e liberdades fundamentais das pessoas em sofrimento psíquico.
2006	Convenção Internacional dos direitos das pessoas com deficiência (ONU)	Criação de um arcabouço legal de obrigações governamentais para proteger e respeitar os direitos humanos (incluindo emprego e serviços de saúde e de reabilitação) das pessoas com sofrimento psíquico.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

1.3 Breve relato sobre a construção histórica do direito do trabalho e o papel do Estado

A Declaração Internacional de Direitos Humanos dispõe sobre os direitos econômicos, sociais e culturais, daí, advêm os direitos trabalhistas, de previdência, saúde e educação (WEIS, 2006, *apud* VENTURA, 2011).

Dessa forma, o Art. 25, item 1 da Declaração estabelece que

todos têm direito ao repouso e ao lazer, bem como a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e serviços sociais indispensáveis, o direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice, ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle

Além disso, o Art. 23, item 1 estabelece que

todo ser humano tem direito ao trabalho, à livre escolha de emprego, a condições justas e favoráveis de trabalho e à proteção contra o desemprego (ONU, 1948, p. 13).

No processo de evolução da proteção internacional dos Direitos Humanos, os direitos de Segunda Dimensão são: direitos econômicos, sociais e culturais (TRINDADE, 1999, *apud* VENTURA, 2011). Portanto, entende-se que o *direito ao trabalho*, que é considerado um direito social da Segunda Dimensão, fica dependente e a cargo do Estado, inclusive, formular ações afirmativas para garantir que esse direito seja concretizado.

Constata-se que os direitos sociais, econômicos e culturais exigem que o Estado seja pró-ativo e desenvolva políticas e práticas que garantam esses direitos à população. Para se compreender a relevância da questão do trabalho na vida do indivíduo, é necessário contextualizar o direito ao trabalho garantido por entes globais.

A Organização Internacional do Trabalho (OIT), criada em 1919, com o objetivo de estabelecer regras de proteção ao trabalho, passou a ser a primeira organização internacional especializada de caráter universal (SEITENFUS, 2003, *apud* VENTURA, 2011).

A 26^a Conferência na Filadélfia nos EUA, em 1944, determinou os princípios que norteiam a organização e estabeleceu os propósitos e princípios que deveriam guiar a nova fase da organização, dentre eles:

- a. o trabalho não deve ser tratado como mercadoria;
- a liberdade de expressão e de associação representa condição indispensável para o progresso;
- c. a pobreza, onde quer que esteja, representa uma ameaça á prosperidade de todos;

d. e todos os seres humanos, de qualquer raça, religião ou sexo têm direito de conseguir seu progresso material e seu desenvolvimento espiritual em liberdade, dignidade, em segurança econômica e comum igualdade de chances (SEITENFUS, 2003, apud VENTURA, 2011, p. 51).

Apoiado nessas premissas, entende-se que o *direito ao trabalho* de pessoas com sofrimento psíquico também deve ser garantido por entidades de alcance globais e, portanto, de significativa relevância.

O Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais de 1966 garantiu a construção das bases jurídicas do *direito do trabalho*, à medida que o Pacto reafirmou as relações trabalhistas, como a liberdade de escolha, condições justas e favoráveis, remuneração que atenda às necessidades básicas de trabalho, capacitação, higiene e segurança, lazer e descanso e restrição do trabalho de crianças e adolescente (WEIS, 2006, *apud* VENTURA, 2011).

O Pacto estabeleceu que:

os Estados-partes reconhecem o direito de toda pessoa desfrutar o mais alto nível de saúde física e mental (art. 12-1) e, posteriormente, que [...] as medidas que os Estados partes deverão adotar, com o fim de assegurar o pleno exercício desse direito, incluirão as medidas que se façam necessárias para garantir: a melhoria de todos os aspectos de higiene e do trabalho e do meio ambiente (AITH, 2006; FITCHETT, 2011, apud VENTURA, 2011, p. 34).

Neste contexto, o papel do Estado é de extrema relevância, uma vez que os direitos sociais requerem sua participação efetiva para garantir a formalização de políticas que busquem atender às necessidades da população. Nessa perspectiva, entende-se que os Direitos Sociais, entre os quais o trabalho, são necessidades individuais e, ao mesmo tempo, coletivas, e o Estado é um dos atores sociais, além dos atores privados, mais capacitados para mediar e prover ações para que sua satisfação ocorra.

Entretanto, para este segmento específico, o das pessoas que vivem a experiência de sofrimento psíquico intenso, será necessário problematizar: que *tipo de organização de trabalho* é coerente, na perspectiva dos Direitos Humanos, para esta população? Quais escolhas legislativas serão as apropriadas para assegurar o *direito ao*

trabalho e não ratificar o campo do *direito de trabalho*? Como afirmar a *capacidade humana universal* para a transformação de necessidades e sua superação pelo ato do trabalho, como um Direito Humano?

2 OBJETIVOS DO ESTUDO

Sob a ótica dos Direitos Humanos fundamentais, contidos na Declaração Universal dos Direitos dos Homens da Organização das Nações Unidas de 1948, assim, deve ser assegurada a todos os indivíduos, especialmente, aos mais vulneráveis, a capacidade de se desenvolverem e participarem ativamente da vida ao exercerem completamente sua cidadania, isto é, direito à vida, à alimentação, à saúde, à moradia, à educação e ao *trabalho*.

Em razão do histórico de cuidado e tratamento desumano que as pessoas com sofrimento psíquico foram submetidas, o estigma e o preconceito ainda são muito paupáveis na sociedade atual. Entretanto, baseado na diretriz de que todos os seres humanos têm o direito de conseguir seu progresso material, segurança econômica e com igualdade de chances, este estudo propõe-se a registrar, analisar e correlacionar as diferentes leis, portarias, decretos, declarações, resoluções e registros oficiais existentes sobre os portadores de transtornos mentais promulgadas no Brasil e Inglaterra, com enfoque no tema *inclusão social pelo trabalho*.

Os objetivos específicos são:

- Levantar o processo histórico de construção dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais no contexto internacional e brasileiro;
- b. Descrever a evolução da legislação inglesa relacionada às pessoas com sofrimento psíquico, com enfoque na *inclusão social pelo trabalho*;
- c. Descrever a evolução da legislação brasileira relacionada às pessoas com sofrimento psíquico, com enfoque na *inclusão social pelo trabalho*;
- d. Identificar as estratégias que o Brasil e a Inglaterra utilizaram para solucionar esta problemática social de alcance mundial; e
- e. Comparar a estratégia brasileira e a inglesa de inclusão social pelo trabalho, sob a perspectiva da *reabilitação psicossocial* e dos *Direitos Humanos*.

3 MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo e comparativo entre as políticas públicas e diretrizes sobre a *inclusão social pelo trabalho* das pessoas com transtornos mentais no Brasil e Inglaterra.

Embora existam muitos trabalhos que se utilizam da análise documental para aprofundar a análise da legislação de saúde mental, ainda se faz necessária a permanência de estudos que descrevam e analisem minuciosamente o uso de técnicas utilizadas na análise documental, a fim de evidenciar sua importância, iluminar e realizar novos estudos que contribuam para o constante aperfeiçoamento de tal aplicação (OLIVEIRA, 2007).

Além disso, esta pesquisa é inovadora em razão do caráter descritivo-analítico da interface entre Brasil e Inglaterra, sob a ótica do aparato jurídico-legal da saúde mental, com enfoque na inclusão social pelo trabalho.

Assim, propõe-se que este estudo apresente e analise os documentos oficiais, detalhando a evolução da legislação e das políticas públicas de saúde mental, com enfoque na inclusão do jogo econômico do trabalho, organizando e interpretando os decorrentes documentos para, enfim, apresentar os resultados de uma pesquisa de caráter qualitativo.

O caráter qualitativo do estudo parte do pressuposto da intersubjetividade (as relações humanas afetam a produção de conhecimento), e do entendimento de que as realidades sociais são significativas e ocorrem baseadas em contextos construídos socialmente (ONOCKO, 2005). Portanto, o pesquisador é visto como participante da interpretação da legislação aqui apresentada, reconhecido como mais um ator social.

Os documentos apresentados neste estudo são registros oficiais que proporcionam informações em prol da compreensão dos fatos e relações, ou seja, possibilitam conhecer o período histórico e social das ações e reconstruir os fatos e seus antecedentes, pois se constituem em manifestações registradas de aspectos da vida social de determinado grupo (OLIVEIRA, 2007).

Neste estudo, o conjunto de documentos utilizados como fonte de dados é o resultado de uma seleção feita apoiada na maioria dos documentos escritos referentes ao sistema de saúde mental brasileiro e inglês, com enfoque na *inclusão social* do portador de transtornos mentais no mundo do *trabalho*.

A análise documental visa a identificar, verificar e apreciar os documentos com uma finalidade específica. Todas as fontes foram assinaladas no intuito de garantir a confiabilidade dos dados, extraindo um reflexo objetivo da fonte original, permitindo localização, identificação, organização e avaliação das informações contidas no documento (MOREIRA, 2005).

Algumas vantagens do método de análise documental são destacadas, como seu baixo custo e a estabilidade de informações (por serem fontes fixas de dados e por ser uma técnica que não altera ambiente nem sujeito) (OLIVEIRA, 2007).

3.2 Procedimentos de coleta e análise dos dados

Por se tratar de pesquisa qualitativa realizada por meio de análise documental (MINAYO, 2010), foi realizado um levantamento bibliográfico em livros e artigos publicados; em documentos oficiais que trazem à tona a legislação de saúde mental do Brasil e da Inglaterra; diretrizes, políticas públicas e Conferências, tendo como critério algumas categorias de análise construídas *a priori*, que são: trabalho, exclusão/inclusão, subjetividade.

A técnica da análise documental pode compilar as informações e torná-las mais compreensíveis aos leitores interessados. Entre os documentos oficiais referentes ao sistema de saúde mental dos países, foram selecionados aqueles que fizeram mais referência às ações de inclusão social pelo trabalho conquistadas, previstas ou instituídas, como metas para contemplar todos os direitos do indivíduo com transtornos mentais.

Tomando como base Moreira (2005), o levantamento de dados foi dividido em duas etapas.

 Levantamento, apuração e organização do material (baseado em uma leitura, utilizando critérios da análise de conteúdo)

- a. Informações básicas dos dois países sobre o sistema de saúde vigente;
- Evolução histórica da legislação sobre os direitos humanos e direitos das pessoas com transtornos psíquicos;
- c. Legislação atual em Saúde Mental;
- d. Construção do direito ao trabalho; e
- e. Modelos de inclusão social pelo trabalho.

Os dados dos itens *a, b, c, d, e* foram coletados a fim de conhecer a realidade jurídica, social e cultural dos países no que diz respeito aos direitos humanos das pessoas com sofrimento psíquico, em que se encontra o fenômeno a ser estudado, ou seja, a inclusão social pelo trabalho.

Com base nos objetivos propostos para o levantamento bibliográfico, foi realizada uma busca em sites oficiais do governo brasileiro e em inglês e livros que tratam da temática, em bibliotecas virtuais da Universidade de São Paulo (USP) e uma visita técnica de 10 dias à biblioteca do campus da Universidade da California, Irvine (UCI) para busca de artigos e livros que tratam da temática no cenário inglês. Visando superar eventuais dificuldades na localização de documentos oficiais sobre a evolução da legislação do Reino Unido sobre a Saúde Mental foi realizadio um trabalho minucioso nos sites oficiais do governo e em artigos científicos publicados sobre o tema.

Os Apêndices A e B contêm a lista (elaboração própria) da evolução da legislação de saúde mental e inclusão social pelo trabalho das pessoas em sofrimento psíquico nos cenários brasileiro e inglês.

Análise crítica dos documentos (caracterização, descrição e comentários, fichamento, levantamento de assuntos recorrentes, codificação, evidência do núcleo emergente, decodificação, interpretação e inferência). Para o tratamento dos dados nesta fase, foi utilizado o Quadro Interpretativo abaixo, elaborado pela autora.

Quadro 3 - Instrumento de interpretação da coleta de dados

Documento Oficial	Objetivos Descrição	Serviço/ Órgão público constituído	Como aborda a questão do trabalho	Sujeito e destinatário	Concepção teórica	
	Qual é o objetivo principal?	Houve a constituição de um serviço especifico?	Aborda a questão do trabalho?	A quem se destina essa diretriz?	Qual é o foco do documento?	

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

Para determinar o Item Foco do documento, foi necessária a elaboração de critérios de análise que foram estabelecidos de forma coerente com a abordagem metodológica adotada. Por meio do Referencial Teórico desta pesquisa, foram construídos indicadores com o intuito de facilitar a identificação do conteúdo do documento analisado.

Nesse sentido, a identificação da Concepção Teórica é construída unicamente por meio da interpretação pela autora, com base nos seguintes critérios de análise:

- Foco na saúde: quando a diretriz contida no documento tem o objetivo de criar mecanismos de acesso e promoção de saúde da população;
- Foco no social: quando a diretriz contida no documento fomenta a integração do indivíduo em sua comunidade;
- Foco econômico: quando a diretriz contida no documento tem o objetivo de criar diretrizes que minimizam os prejuízos causados pela carga econômica da doença mental; e
- Foco na construção do marco legal: quando a diretriz contida no documento está focada na criação de uma lei ou de uma conduta legal e constrói um aparato jurídico.

Na etapa de comparação entre Brasil e Inglaterra, após a análise dos dados de cada país, foram identificadas as semelhanças entre as normas e diretrizes para a inclusão social pelo trabalho de indivíduos com sofrimento psíquico e, então, identificadas as divergências, utilizando os dados da Inglaterra, como espelho e voltando aos dados do Brasil na busca pela potencialização do cenário atual.

3.3 O ambiente teórico e legislativo onde se desenvolveu a pesquisa

Antes de entender como se deu a política de *geração de renda* para pessoas com transtorno mental na Inglaterra, é preciso explanar brevemente a perspectiva na construção do direito à promoção de saúde mental na Inglaterra.

3.3.1 Cenário Inglês: a construção do direito à promoção da saúde mental na Inglaterra

Como referido no primeiro capítulo, a Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma que a saúde é um estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou incapacidade. Para seguir estas diretrizes da OMS, diferentes lugares no mundo fizeram diversas tentativas para modificar hospitais psiquiátricos, como por exemplo, a humanização dos asilos e a urgente reforma manicomial, uma vez que ambos mecanismos haviam se afastado de sua finalidade.

Dentre os países que passaram pelo processo de reforma nos serviços de saúde mental, a Inglaterra e Gales, atualmente, contam com uma Rede de Atenção Integral em Saúde Mental em todos os níveis de complexidade e cujos principais esforços sanitários concentram-se na prevenção e na atenção primária diretamente ligada às unidades básicas e comunidades (OMS, 2009). Estas políticas estão em consonância com o Community Care Act 1990, que estabeleceram que o tratamento e a reabilitação dos pacientes com transtornos mentais deveriam ocorrer na comunidade.

O Reino Unido é composto por quatro países constituintes: a Inglaterra (84% da população), Escócia (8%), o País de Gales (5%) e a Irlanda do Norte (3%). A população é, sobretudo, urbana e é marcada demograficamente pela proporção de pessoas idosas. Em um estudo de 2009 realizado pela Organização Mundial da Saúde, constatou-se que, entre 2,2 milhões de pessoas pobres no Reino Unido, doentes ou incapacitadas, a maior categoria é a dos indivíduos com perturbações mentais (OMS, 2009).

Em 1774, deu-se o primeiro ato (*Madhouse Act*) que regulamentava as casas de isolamento para pessoas portadoras de transtornos mentais ("lunáticos"/*lunatics* - termo usado na época), criando uma comissão de profissionais de saúde (*Commission*

of the Royal College of Physician), em sua maioria médicos, com o poder de conceder licenças para este tipo de instalação em Londres e no Pais de Gales. Posteriormente, a lei foi considerada ineficaz e foi revogada pela Lei de 1828 que, por sua vez, foi revogada pouco tempo depois pela Lei de 1832. Estes Atos alteraram a composição da Comissão de várias maneiras, tais como a inclusão de advogados, além de médicos².

As Leis de 1845 (*Lunacy Act e County Asylums*) juntas oficializaram a autoridade dos hospitais psiquiátricos ou "asilos" em deter "lunáticos". A Comissão (*Lunatic Commission*) foi criada para monitorar os asilos, as suas internações, tratamentos e descargas. Ambas as leis foram revogadas pela Lei de 1890 (*Lunacy Act*), introduzindo "ordens de acolhimento", autorizando a internação em asilos.

Tais ordens só poderiam ser realizadas por meio de um juiz especializado (*Justice of the Peace*), com duração de 1 ano. Depois disso, a internação poderia ser renovada em intervalos regulares, mediante a apresentação de um relatório médico à Comissão.

A Lei de Deficiência Mental de 1913 (*Mental Deficiency Act*) renomeou a *Lunacy Commission* para "*Board of Control*" aumentando, assim, o âmbito de suas competências. As funções do Conselho de Controle (*Board of Control*) foram, posteriormente, alteradas pela Lei de Tratamento Mental de 1930 (*Mental Treatment Act*) e a Lei do Serviço Nacional de Saúde de 1946 (*National Health Service Act*).³

A Lei de 1890 foi revogada após a Segunda Guerra Mundial pela Lei de Saúde Mental de 1959 (*Mental Health Act*). Esta lei aboliu o Conselho de Controle e teve como objetivo proporcionar um tratamento informal para a maioria das pessoas portadoras de transtornos mentais, criando ao mesmo tempo um quadro jurídico para que essas pessoas pudessem, se necessário, ser internadas em um hospital contra sua vontade. Também teve como objetivo fazer com que os conselhos locais se tornassem responsáveis pelo cuidado das pessoas com transtorno mental, que não necessitassem de internação hospitalar⁴.

² História da Saúde Mental - linha do tempo. Disponível em: http://studymore.org.uk/mhhtim.htm (acessado em 16 de janeiro de 2015).

³ Ibidem.

⁴ Ibidem.

No entanto, tal como as suas antecessoras, a Lei de 1959 não forneceu clareza quanto à existência de uma ordem legal para manter um doente mental no hospital psiquiátrico e para impor um tratamento médico contra a vontade da pessoa. Na década de 1970, tornou-se clara a necessidade de um quadro jurídico específico para tratamentos médicos, tais como medicamentos psiquiátricos, a fim de equilibrar os direitos das pessoas detidas na sociedade como um todo.⁵

A Lei de Saúde Mental de 1983 (*Mental Health Act*) entrou em vigor em setembro daquele mesmo ano e foi alterada em 1995 e revisada 2007.⁶ A partir desta lei, o país conta com uma rede de atenção integral em Saúde Mental em todos os níveis de complexidade. Seus principais esforços sanitários concentram-se na prevenção, na atenção primária diretamente ligada às unidades básicas e comunidades e um forte investimento na atenção secundária com inúmeros tipos de serviços oferecidos a seus cidadãos.

Nomeado de National Health Service (NHS - National Health Service Act 1946), o sistema de cuidados de saúde do Reino Unido está disponível para toda a população sem cobrança de nenhum encargo. Possui financiamento público, no qual 87% das despesas públicas são direcionadas à saúde. A principal característica deste sistema é o papel do médico clínico geral, no qual 90% dos pacientes do NHS passam por uma triagem na clínica geral, para assim serem referenciados aos especialistas (NHS, 2008).

O NHS funciona do seguinte modo: o paciente é visto por um clínico geral que faz a gestão do problema ou referencia o doente para um serviço de especialidade em um centro de cuidados de saúde secundário ou terciário, dependendo da complexidade do problema (OMS, 2009).

A partir da Lei de Saúde de 1999 (Health Act 1999), criaram-se os Grupos de Cuidados de Saúde Primários (Primary Care Trust – PCT). Os PCT são consórcios de cuidados de saúde primários e cobrem populações de 50.000 a 250.000 indivíduos. Todas as funções de saúde foram transferidas para o PCT, o que confere mais poder e responsabilidade ao profissional de primeira linha que trata do doente e usuário do NHS.

⁵ História da saúde mental - linha do tempo. Disponível em: http://studymore.org.uk/mhhtim.htm (acessado em 16 de Janeiro de 2015).

⁶ Ibidem.

Os PCT fazem todo o planejamento da prestação dos cuidados de saúde primários e, muitas vezes, dos serviços de saúde comunitários em nível local (municípios) (OMS, 2009).

A OMS (2009) afirma que as perturbações mentais representam a maior fatia do peso da doença no Reino Unido. Em setembro de 2009, as Normas do Serviço Nacional de Saúde Mental (*Mental Health National Service Framework*) foram publicadas e incluíam importantes reformas na prestação dos serviços de saúde mental. Estas normas reforçam os serviços de saúde mental no âmbito da clínica geral, isto é, um usuário do NHS, que apresente um problema comum de saúde mental, é avaliado pela equipe de cuidados de saúde primários.

Estas normas constituem um tipo de rede de cuidado, abrangendo a saúde primária e a especialidade da população. Incluem-se todos os aspectos de cuidado da saúde, desde a promoção à saúde, avaliação, tratamento, reabilitação, até o apoio aos prestadores de cuidado à saúde.

As cinco áreas que norteiam as Normas de Serviço Nacional de Saúde Mental são:

- a. Promoção à saúde Mental;
- b. Cuidados de saúde primarios e acessibilidade dos serviços;
- c. Serviços eficazes para pessoas com perturbações mentais graves;
- d. Cuidar dos cuidadores; e
- e. Prevenção do suicídio (OMS, 2009, p. 198).

Algumas práticas de cuidado à saúde primária da população contribuem para a interação com as normas, como por exemplo, as práticas de qualidade excepcional que permitem a promoção da saúde mental, podendo antecipar uma crise. Além disso, a partir de 2003, constituíram-se as Normas de Qualidade e de Resultados, destinadas especificamente ao médico clínico geral, cujo objetivo é avaliar a qualidade dos serviços de saúde mental prestados. As clínicas passaram a ser reconhecidas e recompensadas pelos serviços de alta qualidade que estavam prestando à população (OMS, 2009).

As Normas do Serviço Nacional de Saúde Mental e as Normas de Qualidade e de Resultados ajudaram a promover o acesso à saúde mental e a integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários, criando incentivos para a melhoria dos serviços de saúde mental em todo o Reino Unido.

Um estudo de caso foi realizado no município de Waltham Forest, Nordeste de Londres, revelando que o sistema de saúde mental no Reino Unido é determinado por fases e alicerçado nos serviços da atenção básica à população.

Este município desenvolveu uma forma de integrar a população desfavorecida (refugiados, sem-abrigos, requerentes de asilo, pessoas com transtornos psíquicos), conduzindo a cuidados de saúde primários globais que correspondem às necessidades da saúde mental e de saúde física da população. Podendo identificar precocemente doenças e comorbilidades, reduzindo o estigma e promovendo a inclusão social (OMS, 2009).

Neste município, os cuidados de internamento prestados organizam-se em uma espécie de rede, que é composta a partir de uma equipe de intervenção pró-ativa na comunidade, com equipes de reabilitação, equipes comunitárias de droga e álcool, três unidades que prestam serviços de dia, clínicas de psicoterapia, equipe de psiquiatria ligada a uma base hospitalar para casos agudos e uma equipe de cuidados à saúde primária e serviços multiculturais (OMS, 2009).

O funcionamento da prestação dos serviços integrados ao cuidado de saúde primária ocorre em quatro fases:

Fase I: O médico clínico geral informa ao paciente as formas de se obter acesso aos serviços de saúde mental mais especializados, à habitação, empregos e serviços sociais. O aconselhamento, que tem a responsabilidade específica de promover a autoajuda e a inclusão social, é feito, normalmente, por um usuário do serviço de saúde mental;

Fase II: O clínico realiza a triagem desse paciente, submetendo-o à avaliação mental e psicossocial. Dependendo da complexidade do problema abordado, o tratamento pode ser feito na própria clínica em questão ou pode ser referenciado ao serviço de nível secundário ou terciário. As terapias psicológicas são prestadas no âmbito de clínica geral por um profissional especializado;

Fase III: Os indivíduos com sofrimento psíquico são encaminhados às organizações ou instituições que os auxiliarão nas questões econômicas e sociais. Isto é, assegurar que tais pessoas, sejam capazes de gerir um emprego, habitação e prevenindo-os de um maior isolamento e possível deterioração de sua saúde mental; e

Fase IV: Diz respeito ao cuidado contínuo das pessoas que previamente tenham estado gravemente doentes. Estes pacientes devem receber cuidados de saúde mental e física no âmbito da atenção básica (OMS, 2009).

Assim, a clínica também se propõe a promover uma boa saúde mental, isto é, apoiada em seu método relativo aos cuidados de saúde primários; a clínica não se especializa apenas no tratamento de pessoas com sofrimentos psíquicos, mas também promove a saúde mental de todos os seus doentes.

Além disso, o programa de serviços à saúde mental do município em questão, desde o início, trata o paciente com perturbações mentais pela perspectiva da atenção primária à saúde. Mostra ser possível integrar indivíduos doentes e marginalizados aos sistemas de saúde nacional e, ao mesmo tempo, respeita sua diversidade.

O tratamento leva em consideração a saúde física, saúde mental e as necessidades sociais de cada usuário. É importante destacar que a atenção às questões de saúde mental na clínica geral, além de contribuirem significativamente para o tratamento dos portadores de doenças mentais, também asseguram que todos os indivíduos recebam os serviços de promoção à saúde mental, trabalhando assim com uma espécie de prevenção ao sofrimento psíquico.

Política de geração de renda na Inglaterra

Com o decorrer da lei da não discriminação da deficiência (Disability Discrimination Act), de 1995, o governo do Reino Unido reafirmou o comprometimento de ajudar as pessoas com inabilidades a retornar ao mercado de trabalho (CROWTHER et al., 2001). O desemprego é uma das maiores barreiras que as pessoas portadoras de transtornos mentais encaram. Por exemplo, altas taxas de desemprego são encontradas entre pessoas com esquizofrenia (BOARDMAN; RINALDI, 2013). O desemprego sempre está associado à diminuição da autonomia e, geralmente, a uma piora na qualidade de vida.

A empregabilidade é a maior contribuinte ao "status econômico individual", isto é, posição social e qualidade de vida do indivíduo. Infelizmente, pessoas com perturbações mentais possuem um elevado grau de desemprego. Por exemplo, cinco países europeus (Alemanha, Bulgária, Inglaterra, Itália e Suíça) descobriram que menos

de um quarto dos indivíduos com esquizofrenia possuíam empregos assalariados, e a proporção era menos de 5% em Londres (KNAPP *et al.*, 2002).

Os impactos econômicos e sociais gerados pelo desemprego são enormes. Para as pessoas sem emprego, isso significa um termo de longo prazo com os benefícios governamentais de bem-estar social, à mercê de trabalhos maus pagos e presos em uma armadilha que é difícil de escapar. Para a sociedade em geral, o grande risco que se corre é ter um grupo permanente de pessoas marginalizadas e socialmente, excluídas, além dos altos custos com: perdas de produtividade em razão do desemprego ou da conta gerada pela larga proporção de absenteísmo (KNAPP; MANGALORE; SIMON, 2004).

As políticas públicas estão avançando em relação à importância em promover oportunidades de emprego para grupos em desvantagem, incluindo pessoas com inabilidades e doenças crônicas. Embora essas políticas tendam a focalizar pessoas com desordens mentais leves, há várias tentativas de melhorar o acesso ao emprego para indivíduos com graves perturbações mentais. Isso inclui trabalho assistido, clubesmodelos e empresas sociais e, mais recentemente, a introdução entre o trabalho formal (competitivo) sem dar prioridade aos passos preparatórios (treinamento pré-vocacional), seguindo o modelo IPS (Colocação Individual e Apoio - *Individual Placement and Support*) (KNAPP *et al.*, 2013).

O modelo IPS possui como objetivo colocar o indivíduo no mercado formal de trabalho, provendo um intensivo e contínuo suporte. Tal iniciativa possui maior parte de seus primeiros registros nos Estados Unidos da América e muitos estudiosos da área já destacaram o problema em transferir esses resultados para outros países com diferentes condições de mercado de trabalho. A lei que regulamenta as políticas de emprego e seguridade social constrõem consideráveis barreiras de emprego fora dos Estados Unidos da América e os ensaios de IPS feitos dentro dos EUA demonstram, em geral, maiores índices de emprego competitivo (62%) do que os ensaios feitos em outros países com menores taxas de emprego competitivo (47%). Este ponto é de extrema importância, pois o sistema de saúde europeu, assim como o sistema de benefícios e o mercado de trabalho divergem em importantes formas dos sistemas dos Estados Unidos da América (BOARDMAN; RINALDI, 2013).

Características principais do modelo IPS:

- a. O objetivo é a inserção do mercado formal (competitivo) de trabalho;
- Elegibilidade é baseada a partir da escolha individual sem exceções;
- c. Procura rápida de trabalho (o mínimo de treinamento prévocacional)
- d. O trabalho terá apoio integral da equipe clínica do indivíduo;
- e. Atenção às preferências do paciente é crucial.
- f. Proatividade no trabalho ênfase em construir um relacionamento com o empregador;
- g. O suporte e o apoio estão disponíveis por um período indeterminado; e
- h. Oferecimento de um plano financeiro. Conselheiros de benefícios serão providos a fim de maximizar as prestações sociais (BOARDMAN; RINALDI, 2013).

Nos Estados Unidos da América, a maioria das pessoas que estão empregadas por meio do programa IPS, consegue trabalho de meio-período e continuam recebendo o benefício de seguridade social, apenas 4% ganha dinheiro suficiente de seus trabalhos que lhes permitam não receber mais este benefício. Tal situação também é vista em outros países, mas, nos Estados Unidos da América este movimento fora da seguridade social significa uma grande perda dos pagamentos de seguro de saúde, o que já não ocorre no Reino Unido. Em geral, esse benefício precisa ser suficientemente flexível para que as pessoas com determinadas deficiências de saúde sintam-se encorajadas a conseguir um emprego, pois estão asseguradas em possíveis momentos de crise e evitando problemas e coerções desnecessárias, como por exemplo, a pobreza "com trabalho" (BOARDMAN; RINALDI, 2013).

Além do elevado nível de preocupação em empregar pessoas com perturbações mentais, os empregadores declaram que tais indivíduos precisam de constante supervisão, não demonstram muita proatividade nem são muito habilidosos para lidar com o público (BIGGS *et al.*, 2010). O modelo IPS requer uma mudança radical de atitude, estrutura e práticas do sistema de saúde e de emprego dos países que o adotaram. No Reino Unido, os consultores deste serviço precisam estar atentos aos guias já existentes sobre a reabilitação vocacional.

A criação e a adoção do modelo IPS requer uma mudança das políticas existentes, para que elas se tornem mais encorajadas e flexíveis em relação à

empregabilidade e ao regime do beneficio da seguridade social. Tal modelo aparenta promover uma importante eficiência e um custo-benefício significativo ao ajudar pessoas com sérios transtornos mentais a chegarem cada mais perto de seus objetivos profissionais.

Ao dar o devido valor que o trabalho possui na recuperação e na promoção de saúde do paciente, o modelo IPS passa de um "método" para uma integração essencial de futuros serviços. É de extrema necessidade considerar-se que uma atividade laboral mede e promove a efetividade dos serviços de saúde mental.

Tais iniciativas não se reduzem apenas a mover as pessoas do status de desempregadas para empregadas, mesmo isso sendo um ponto fundamental importante, mas, sim, em evidenciar as necessidades das pessoas que enfrentam desvantagens a longo prazo. Ao mesmo tempo, o trabalho é a fonte de rendimento, independência e o maior contribuinte para a inclusão social, autodeterminação e recuperação total e integral (*recovery*).

3.3.2 Cenário Brasileiro: a construção do direito à promoção da saúde mental no Brasil

Ao seguir a mesma linha de construção de pensamento, para se entender como ocorreu a política de geração de renda para pessoas em sofrimento psíquico no Brasil, é necessário explanar brevemente a perspectiva na construção do direito à promoção de saúde mental no País.

No final do século XX, no Brasil passam a ser criados serviços de saúde territoriais articulados a uma complexa rede de cuidados. Isso se deve ao avanço da Reforma Psiquiátrica brasileira e ao fato de terem caídos os muros dos hospícios na direção de novas formas de cuidados aos usuários e da democratização no campo da saúde mental, pois o hospital psiquiátrico tira o que nos torna humanos: a singularidade e a liberdade (EMERICH; CAMPOS; PASSOS, 2014).

Os princípios da ONU para proteção dos direitos das pessoas com sofrimento psíquico enfatizaram a necessidade de construir uma legislação brasileira para a assistência psiquiátrica, de acordo com os parâmetros internacionais, esclarecendo que tal assistência deve ser proporcionada com o objetivo de garantir ao indivíduo acometido

de mazelas psíquicas os meios mais adequados para suas necessidades de saúde (BRITO; VENTURA, 2012).

Desde 1970, a Reforma Psiquiátrica brasileira entra em consonância com os instrumentos internacionais de proteção aos direitos humanos, consolidando a busca de garantia dos direitos dos portadores de transtornos mentais (BRITO; VENTURA, 2012). Neste sentido, o presente estudo utiliza-se da análise documental para compreender a evolução da legislação brasileira (por meio de leis, portaria, conferências etc.) relacionadas aos portadores de transtornos psíquicos.

A solução de tal necessidade começa a se tornar real quando no Brasil é constituído um novo sistema de saúde baseado no princípio da universalidade e promoção em saúde: o Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS), regulamentado pela Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990⁷ que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

No Título I, das Disposições Gerais, fica definido o conceito de saúde, como um conjunto de determinantes econômicas, sociais, de acesso a bens materiais e culturais, e não apenas de acesso a serviços sanitários (ARANHA E SILVA, 2012):

Art. 2ºA saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis a seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 3ºA saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País" (BRASIL, 2013).

-

Overno da República Federativa do Brasil. Casa Civil. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm Acesso em 07.02.2012

O Sistema Único de Saúde (SUS) – com forte influência da Declaração de Alma-Ata (1978) e por meio do grande movimento sanitarista da época (movimento social e político), foi criado pela Constituição brasileira de 1988. Este novo sistema representa um grande avanço no sistema de saúde pública, pois estima-se que todos os municípios brasileiros (incluindo as áreas rurais) possuem uma rede de serviços de saúde local, sobretudo, em nível de cuidados primários (OMS, 2009).

Até 1994, os cuidados primários de saúde eram tratados pela Unidade de Saúde Básica, na qual os profissionais eram divididos em equipes multidisciplinares. As consultadas eram centradas na resolução de problemas de saúde física imediatos. Mais tarde, com o SUS houve o desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família (ESF) na qual as Equipes de Saúde Familiar (ESF) constituídas por clínicos gerais, enfermeiros, técnicos de enfermagem e profissionais de saúde comunitários foram criando a prestação de cuidados de saúde primários continuados baseados na comunidade (OMS, 2009).

A partir do Projeto de Lei nº 3.657/1989 que trazia a luta da Reforma Psiquiátrica aos âmbitos legislativos e normativos e com a promulgação da Lei nº 8.080 de 1990 (SUS), conseguiu-se assegurar os direitos de assistência à saúde em todos os níveis à população. Houve uma série de portarias que contribuíram para uma melhora significativa na qualidade de atenção às pessoas portadoras de transtornos mentais. Como por exemplo, a Portaria nº 189 de 1991, em que todos os estabelecimentos de saúde que prestam serviços de saúde mental, integrantes do Sistema Único de Saúde, deveriam ser submetidos periodicamente à supervisão, controle e avaliação, por técnicos dos níveis federal, estadual e/ou municipal (BRASIL, 1994).

Para atingir esse objetivo da Reforma Psiquiátrica, o deputado Paulo Delgado apresentou, em 1989, o Projeto de Lei nº 3.657/89, cujo objetivo era impedir a construção de novos hospitais psiquiátricos com o dinheiro público, direcionando tais recursos para a criação de medidas de atendimento substitutivo ao manicômio (BRITO; VENTURA, 2012). Após 12 anos em tramitação no Congresso Nacional, foi aprovada a Lei Federal nº 10.216/2001, chamada Lei Paulo Delgado, dispondo sobre a substituição dos manicômios por equipamentos de saúde, regulamenta a internação psiquiátrica compulsória e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Tal lei representa um marco na legislação brasileira ao estabelecer a necessidade de respeito à dignidade humana, não importando em qual cenário esta ocorre, protegendo o indivíduo de discriminação e garantindo um tratamento adequado, emprego e educação. Ressaltam-se ainda as Portarias nº 189/91 e nº 224/92, que criaram os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e os Centros de Atenção Psicossocial do SUS (CAPS). Além disso, em 2000, as Portarias nº 106 e nº 1.220 instituíram as Residências Terapêuticas (BRITO; VENTURA, 2012).

Outra Portaria que contribuiu para o avanço desta luta foi a de n° 224 de 1992, definindo novas diretrizes baseadas no princípio da Reforma Psiquiátrica, como por exemplo, a garantia de um tratamento continuado de atenção em vários níveis, como também a formação de uma equipe multiprofissional (BRASIL, 1994).

Também foi estabelecido um novo modelo ambulatorial, composto por Unidade Básica de Saúde, hospital-dia para portadores de transtornos mentais e Serviço de urgência psiquiátrica e leitos em hospital-geral (BRASIL, 2013).

O período caracteriza-se por dois movimentos simultâneos: por um lado, a construção de uma rede de atenção à saúde mental, substituindo o modelo hospitalocêntrico; por outro, começou a se consolidar o mecanismo de fiscalização e a redução progressiva e programada dos leitos psiquiátricos existentes. Portanto, é por meio das consequências desta lei que o sujeito vai se tornando mais autônomo e recuperando seu papel social e participação política, desejando ser inserido, novamente, no mundo do trabalho como possibilidade para trocas sociais que produzem e reproduzem na vida (ANDRADE *et al.*, 2013).

A Portaria nº 336 de 2002 acrescenta novos parâmetros aos da Portaria nº 224/92 para a área ambulatorial, ampliando a abrangência dos serviços substitutivos de atenção diária e estabelece diferenciação baseada nos critérios populacionais, direcionando novos serviços específicos à área de álcool e outras drogas e infância e adolescência. Cria mecanismos de financiamento próprio, para além dos tetos financeiros municipais, para a rede de CAPS (DEVERA, 2005).

Tal política pública sublinha que a população brasileira tem o direito de ser tratada em comunidade. Para que isso ocorra, a Política Nacional de Saúde Mental especifíca uma formação e supervisão dos médicos clínicos gerais em questões de saúde

mental, como uma forma de priorizar a integração da saúde mental com os cuidados primários. O modelo atual consiste em cuidados colaborativos entre profissionais de cuidados primários e de saúde mental por meio de uma rede. Neste modelo, a supervisão é prestada por profissionais de saúde mental a uma rede extensa de Estratégia da Saúde da Família (OMS, 2009).

Apenas a partir do movimento da Reforma Psiquiátrica, a reinserção social e a reconstrução da cidadania do indivíduo são os objetivos de toda essa luta, mudando a cultura e acabando com o preconceito de transtorno mental. Neste contexto, em 2011, com a criação da Lei nº 3.038 constitui-se a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)⁸.

A RAPS estabelece um caminho de atenção para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, como por exemplo, articulando uma linha específica de financiamento para os CAPS. A partir da RAPS, novas portarias foram se estabelecendo e novos serviços surgiram como o Serviço de Residência Terapêutica; Unidades de Acolhimento Adulto e Unidade de Acolhimento Infantojuvenil; Consultórios na Rua; implantação dos CAPS 24 horas [etc.] (BRASIL, 2013).

Uma das estratégias da Rede de Atenção Psicossocial é o componente da Reabilitação Psicossocial, composto por iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais. Os parágrafos 1º e o 2º do 12º artigo da Lei, diz que:

§ 1º: As ações de caráter intersetorial destinadas à reabilitação psicossocial, por meio da inclusão produtiva, formação e qualificação para o trabalho de pessoas com transtorno mental ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas em iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais.

§ 2º: As iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais de que trata o parágrafo 1º deste artigo devem articular sistematicamente as redes de saúde e de economia solidária com os recursos disponíveis no território para garantir a melhoria das condições concretas de vida, ampliação da autonomia, contratualidade e inclusão social de usuários da rede e seus familiares (BRASIL, 2013, p. 6)

_

⁸ Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (Acessada em janeiro de 2015)

A Luta Antimanicomial tem como objetivo interferir nas ações das políticas públicas, exigindo a extinção dos manicômios, não apenas de sua estrutura física, mas acima de tudo, da ideologia, substituindo progressivamente os leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. A Reforma Psiquiátrica revoluciona o mecanismo assistencial em saúde mental no Brasil e no mundo. A doença mental sempre foi muito suscetível a preconceitos e juízos de valor, em decorrência de seu alto grau de complexidade. Em razão dessa fragilidade, é necessário um olhar permanentemente atento e cuidadoso no lidar com o adoecimento psíquico, protegendo as pessoas com esse sofrimento contra a configuração da política social pautada na exclusão e isolamento da doença em prol da segurança dos sãos.

Os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) constituem o principal dispositivo de tratamento, assumindo papel estratégico na articulação dos diversos serviços de saúde. Como equipamento estratégico da Reforma Psiquiátrica, os CAPS acumulam funções diversas, relacionadas tanto à assistência direta à população como à organização da rede de serviços de saúde mental do território de que faz parte (BRASIL, 2013).

A Rede de Atenção Integral à Saúde Mental no município é formada por:

- a. Equipes de saúde familiar e de apoio mental em cuidados primários.
 Os casos não urgentes são primeiro assistidos pela Estratégia Saúde da Família e, eventualmente, encaminhados à Equipe de Apoio de Saúde Mental ou referenciados ao CAPS;
- Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são os principais instrumentos de cuidados de saúde mental utilizados no município, incluindo consultas ambulatoriais, cuidados de urgência de primeira linha, cuidados de dia intensivos e reabilitação psicossocial;
- Unidade de Cuidados Psiquiátricos do Hospital Geral. Constituem uma unidade psiquiátrica para pacientes que apresentam maiores riscos para si e para terceiros. A duração média de internamento é breve;
- d. Casa/Residência terapêutica. O funcionamento desta casa é voltado para atender pacientes que não possuem apoio familiar. Isto é, está desenhada no sentindo de se assemelhar a uma residência familiar típica." (OMS, 2009, p. 103)

A reforma geral da saúde (Reforma Sanitária + Reforma Psiquiátrica) apresentou um grande estímulo à integração da saúde mental nos cuidados primários. As preocupações com os direitos humanos violados em hospitais psiquiátricos

encorajaram o processo ainda mais. Além disso, esta integração colaborou para o envolvimento de saúde mental e serviços de saúde familiar, agora apoiados pelos profissionais de saúde mental. Por fim, os grupos terapêuticos constituem um importante canal de promoção e tratamento da saúde mental, podem ser liderados por todos os profissionais de saúde da rede (OMS, 2009).

A legislação brasileira de saúde mental visa a garantir um tratamento humanitário e com interesse exclusivo em beneficiar o indivíduo em sofrimento psíquico. Além disso, é responsabilidade do Estado desenvolver políticas de saúde mental que promovam a devida participação da sociedade e da família. Pode-se dizer que sua finalidade permanente é reinserir novamente este paciente em seu meio social, oferecendo-lhe assistência integral por meio de uma equipe multidisciplinar (BRITO; VENTURA, 2012).

No Brasil, ainda existem poucas publicações que trazem à tona a temática dos direitos dos ditos loucos. Podem ser citadas as Lei Federal nº 10.216/01, Lei Federal nº 10.708/03 e a Carta de direitos e deveres dos usuários e familiares dos serviços de saúde mental.

A Lei Federal nº 10.216 de 6 de abril de 2001 tem como alvo proteger os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionar o modelo de atenção psiquiátrica. Desta maneira, regulamenta um cuidado especial aos usuários internados por longos anos e prevê possibilidade de punição para internações involuntárias, arbitrárias e/ou desnecessárias.⁹

Já a Lei Federal nº 10.708 de 31 de julho de 2003 institui o auxílio reabilitação psicossocial para pacientes com transtornos mentais egressos de internações. A Lei constitui uma perspectiva real de desinstitucionalização, que vem sendo assimilada pelos municípios.¹⁰

A "Carta de direitos e deveres dos usuários e familiares dos serviços de saúde mental" é fruto da organização dos usuários e familiares dos serviços de saúde mental. Elaborada nos Encontros Nacionais dos Usuários e Familiares, buscou legitimar os direitos e os deveres dos usuários e seus familiares para que assim conseguissem

⁹ Lei Federal nº 10.216 de 06 de abril de 2001. Acessado dezembro de 2014.

¹⁰ Lei nº 10.708 de 31 de julho de 2003 (Acessado em dezembro de 2014).

exercitar completamente sua cidadania. Além disso, a carta afirma que "não deve haver discriminação e preconceito ao usuário no mercado de trabalho, em seus direitos trabalhistas e em instituições sociais em geral" 11

É importante entender todos os porquês da necessidade de considerar o usuário dos serviços de saúde mental como protagonista de sua história e cogestor de sua vida. A defesa dos direitos e cidadania garante acesso aos cuidados por intermédio da inscrição social e convivência (dimensão sociocultural), e isto se dá por meio da inclusão social pelo trabalho.

A partir do momento em que o sujeito sente que não contribui de alguma forma com a sociedade e a mesma cobre isso dele, perde a dignidade e a identidade. Estas evidências comprovam o quanto o portador de transtorno psíquico está fora do jogo do mercado de trabalho, fazendo com que não se reconheça mais como um cidadão dotado de direitos e deveres e, de certa forma, a sociedade como está configurada, contribui para essa má-interpretação de si próprio.

A interface entre a saúde mental e o direito deve ser analisada nas diferentes dimensões da Reforma Psiquiátrica. É necessário legitimar o usuário dos serviços de saúde mental, como protagonista de sua própria história e cogestor de sua vida, alterando o modo de pensar sobre seu próprio transtorno mental. Além disso, a Reforma Psiquiátrica nos respalda de dispositivos legais em prol dos direitos humanos e cidadania, isto é, conduz a uma recomposição inclusiva do tecido social (dimensão jurídico-política), garante atenção de cuidados em serviços territoriais (dimensão técnico-assistencial), por meio da <u>inscrição social e convivência (dimensão sociocultural)</u> (EMERICH; CAMPOS; PASSOS, 2014).

Em outras palavras, esta inscrição social ocorre a partir da inserção social pelo trabalho, no qual, no Brasil, o direito ao benefício e o direito ao trabalho aparecem, frequentemente, em uma relação excludente que caracteriza ainda mais o estigma. Por exemplo: o usuário terá direito ao benefício financeiro por adoecimento, apenas se receber um diagnóstico psiquiátrico (reforçando o estigma), o que dificulta o retorno ao mercado de trabalho, inviabilizando-o como sujeito de direitos (EMERICH *et al.*, 2014).

55

¹¹ Carta retirada do site da Abrasme - Associação Brasileira de Saúde Mental, acessada em 04 de Dezembro de 2014. Disponível em http://www.abrasme.org.br/conteudo/view?ID_CONTEUDO=642

Em relação ao trabalho, temos grande impotência. Se é aposentado não tem direito a emprego. Se vai trabalhar não consegue. Se falar que faz tratamento, ninguém dá emprego, que toma remédio é repugnado [...], aposentadoria parece apagar nossa possibilidade de trabalhar, embora alguns de nós reconheça a necessidade de estar trabalhando, se não tivéssemos fazendo tratamento (narrativa dos usuários)¹²

Ao gerar trabalho e renda, a Economia Solidária no Brasil vem se apresentando como uma forma alternativa real ao capitalismo, em resposta à inclusão social às pessoas em situação de vulnerabilidade.

Política de geração de renda no Brasil

A política de Economia Solidária começou a ser pensada, em 2001, no primeiro Fórum Social Mundial em Porto Alegre. Para Singer (2002), a partir da crise social das décadas perdidas de 1980 e 1990, nas quais o Brasil se desindustrializou, milhões de postos de trabalho foram perdidos, acarretando desemprego em massa e acentuada exclusão social. A Economia Solidária reviveu no País, assumindo a forma de cooperativa ou associação produtiva, sob diferentes modalidades, mas sempre autogestionárias. No Brasil, a Economia Solidária esteve sempre ligada às iniciativas de igrejas, sindicatos e universidades e, na maioria dos casos, eram alternativas à falência de firmas capitalistas, subutilização do solo por latifúndios (desapropriações para reforma agrária) e desemprego em massa.

A economia solidária vem se reinventando para conseguir preencher as lacunas deixadas pelas contradições e incapacidades do sistema capitalista, visando a um modelo de produção alternativo, inclusivo e sustentável. A produção solidária é uma alternativa justa e diferente do capitalismo, pois integra todos os membros da sociedade excluídos do mercado de trabalho (SINGER, 2002).

A Secretaria Nacional de Economia Solidária, SENAES, foi criada no âmbito do Ministério do Trabalho e Emprego com a publicação da Lei nº 10.683, de 28 de maio de 2003 e instituída pelo Decreto nº 4.764, de 24 de junho de 2003, fruto da proposição

56

¹² Pesquisa avaliativa de saúde mental: instrumentos para a qualificação da utilização de psicofármacos e formação de recursos humanos - GAM-BR" Onocko Campos R, Palombini AL, Silva AE, Passos E, Leal EM, Serpa Júnior OD, et al. Adaptação multicêntrica do guia para a gestão autônoma da medicação. Interface (Botucatu). 2012; 16(43):967-80.

da sociedade civil e da decisão do presidente Luís Inácio Lula da Silva (BRASIL, 2010). A SENAES produz uma resposta concreta às análises das mudanças sociais, econômicas e financeiras ocorridas globalmente nas últimas décadas que indicam a ineficiência do modelo tradicional de relação capitalista de trabalho.

Conforme a Cartilha da Campanha Nacional de Mobilização Social (2007), realizada pela Secretaria Nacional de Economia Solidária (SENAES), do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) e pelo Fórum Brasileiro de Economia Solidária, a Economia Solidária é uma prática regida pelos valores de:

- a. autogestão;
- b. democracia;
- c. cooperação;
- d. solidariedade;
- e. respeito à natureza; e
- f. promoção da dignidade e valorização do trabalho humano, tendo em vista um projeto de desenvolvimento sustentável global e coletivo (BRASIL, 2007).

Também é entendida como uma estratégia de enfrentamento da exclusão social e da precarização do trabalho, sustentada em formas coletivas, justas e solidárias de geração de trabalho e renda.

Algumas formas de organização de empreendimentos econômicos solidários:

- 1. cooperativas;
- associações populares e grupos informais (de produção, de serviços, de consumo, de comercialização e de crédito solidário, nas cidades e no campo);
- cooperativas ou associações de agricultores;
- empresas capitalistas falidas recuperadas pelos trabalhadores na forma de autogestão;
- 5. lojas de comércio justo; e
- comunidades que usam moeda social em seus clubes de troca, bancos solidários, etc.

O SIES (Sistema Nacional de Informações em Economia Solidária) é um sistema ligado à SENAES, composto por banco de dados e registros de informações dos empreendimentos econômicos solidários e das entidades de apoio, assessoria e fomento à economia solidária no Brasil. Em 2005, o SIES produziu o "Atlas da Economia Solidária

no Brasil". Neste trabalho, dentre muitas informações relevantes, foram registrados no País uma totalidade de 14.954 EES em 2.274 municípios brasileiros, sendo metade destes empreendimentos atuantes, exclusivamente, na área rural. Englobando mais de um milhão e 250 mil homens e mulheres associados em cooperativas, o Atlas registrou uma média de 84 participantes por unidade. Os principais motivos que levaram as pessoas a associarem-se, são: alternativa ao desemprego, complemento da renda dos sócios, obtenção de maiores ganhos, possibilidade da gestão coletiva da atividade e condição para acesso a crédito (BRASIL, 2006).

A Economia Solidária é um movimento amplo e profundo, cujas raízes históricas encontram-se nas ações e nas lutas de organizações de trabalhadores, de movimentos populares, de grupos engajados nas universidades e nas igrejas. Um movimento vivo, dinâmico, que se fortalece e organiza-se cada vez mais. Hoje em dia, a Economia Solidária é uma realidade presente que abre perspectivas de um futuro diferente (BRASIL, 2010).

Os princípios da economia solidária identificam-se com os princípios da Reforma Psiquiátrica, uma vez que os dois campos são comprometidos com a possibilidade de inclusão social de usuários de serviços de saúde mental por meio da construção de empreendimentos solidários, organizados, conforme os princípios da autogestão e administração participativa e democrática, visando ao trabalho emancipado (BONADIO, 2010).

O trabalho para os usuários da rede psicossocial, quando entendido como "inserção laborativa", constitui uma das estratégias fundamentais nos projetos e processos de produção de autonomia e fortalecimento para a inclusão social desse cidadão; além disso, o trabalho com pacientes com sofrimentos psíquicos promove um processo de articulação do campo dos interesses, das necessidades e dos desejos (SARACENO, 2001).

Usuários de serviços de saúde mental identificam-se com o cooperativismo, bem como a possibilidade das relações solidárias e do gerenciamento, transformando o sofrimento em prazer, favorecendo a saúde mental por meio da rediscussão constante da organização do trabalho e da criação de novos modos de viver o trabalho (BARFKNECHT, 2006 *apud* ARANHA E SILVA, 2012). As cooperativas de trabalho vêm

aprimorando as relações do usuário com seu círculo social por meio das relações sociais. As ações relacionadas à geração de renda necessitam de maior apoio para haver uma real inclusão do usuário pelo trabalho, indo ao encontro da reabilitação psicossocial.

Quando se refere à inclusão social pelo trabalho, a família exerce um papel muito importante. Muitas vezes, a família é o estímulo necessário para que o usuário continue o tratamento, apoiando-o e acompanhando em eventos, como feiras para comercialização de produtos fabricados. Ao se tomar como base uma pesquisa qualitativa feita com 21 famílias de usuários do CAPS de São Carlos (SP), um dos objetivos analisados foi conhecer as percepções dos familiares sobre a inclusão pelo trabalho dos usuários, e a possibilidade de protagonismo da família nesse processo (FILIZOLA et al., 2011).

Avaliou-se que os familiares reconhecem a importância do trabalho na vida dos usuários, percebendo a melhora depois de sua inclusão no grupo de trabalho. Também acreditam que o trabalho exerce um papel crucial para gerar um sentido existencial, pois, além do pequeno ganho financeiro que o empreendimento gera, eles sentem-se úteis e valorizados. Refletindo uma melhora na autoestima e evitando o isolamento dentro de suas casas (FILIZOLA *et al.*, 2011).

A família tem várias maneiras de participar desse processo, por meio de reuniões, pela ajuda nos trabalhos manuais, nas vendas e divulgação do grupo. Entretanto, o prestígio, reconhecimento e incentivo constituem a essência para atuação das famílias na vida dos usuários. Compreende-se que a família precisa ocupar o papel de protagonista responsável pelo processo de tratamento, organização e reabilitação de seus familiares.

O fato das famílias estudadas estar dispostas a participar de todo esse processo chamou a atenção e, ainda mais, pela percepção de que seus familiares com sofrimento psíquico serem seres produtivos, dando o verdadeiro sentido à reabilitação psicossocial. Além disso, a família entende que o trabalho exercido é um fator relevante à manutenção da qualidade de vida dos usuários. Tal estudo evidenciou a importância do trabalho, como fator de emancipação social, e a participação da família como essencial para o tratamento, proporcionando a reconstrução de vida do indivíduo com transtorno psíquico e o exercício pleno de sua cidadania (FILIZOLA *et al.*, 2011).

A integração da família com a rede de apoio favorece a interação social desses usuários. Portanto, o núcleo familiar é considerado a primeira rede social mais acessível ao indivíduo com sofrimento psíquico, não podendo ser separada da rede ampliada, uma vez que o sofrimento naquela interfere nesta e vice-versa (SARACENO, 2001).

3.4 Referencial teórico: Reabilitação psicossocial como cidadania

Sob a ótica dos direitos humanos considerados fundamentais que estão contidos na Declaração Universal dos Direitos dos Homens da Organização das Nações Unidas de 1948 (ONU, 1948), deve ser assegurado ao indivíduo o direito à vida, à alimentação, à saúde, à moradia, à educação e ao *trabalho*. Isto é, assegurar a todos os indivíduos, inclusive aos mais vulneráveis, a capacidade de se desenvolver e exercer completamente sua cidadania.

No âmbito do direito à saúde, o direito à saúde mental apresenta uma história muito fragilizada vivenciada pelos portadores de transtornos mentais. A relação do ser humano com a loucura é marcada pela intolerância, vendo no "louco" uma ameaça à segurança pública, recolhendo-o a asilos, excluindo-o da convivência e legitimando o sequestro de sua cidadania (OMS, 2005). Nesse sentido, violações aos direitos humanos e negação dos direitos sociais, políticos e civis são ainda uma ocorrência comum em todo o mundo, tanto dentro da instituição como da comunidade (VENTURA, 2011).

Além disso, estudos desenvolvidos pela Organização Mundial de Saúde sobre a carga global da doença mental afirmam que as perturbações mentais afetam milhares de pessoas em todo o mundo e quando não tratadas devidamente cobram um enorme preço em termos de sofrimento, invalidez e perdas econômicas (OMS, 2009).

a. O custo da Saúde Mental no mundo

A Organização Mundial de Saúde estima que 151 milhões de pessoas sofrem de depressão e 26 milhões de pessoas, de esquizofrenia; 125 milhões de pessoas são afetadas pelo uso e abuso de álcool, assim como 40 milhões possuem epilepsia e 24 milhões Alzheimer e outras demências. Cerca de 844 mil de pessoas morrem de suicídio todos os anos (WHO, 2010).

A maior parte destas perturbações mentais permanece não tratada e não detectadas, criando uma carga pessoal substancial aos indivíduos afetados e a seus familiares, levando a dificuldades econômicas e sociais, afetando a sociedade como um todo. Além disso, em um contexto de exclusão social, a relação entre pobreza e transtorno mental é complexa. A Organização Mundial de Saúde indica que, em países desenvolvidos, "a ocorrência de transtorno mental entre as camadas mais pobres da população é duas vezes maior do que entre as classes mais altas" (MUSSE, 2008, p. 48). Isso dá margem a pensar que o sofrimento psíquico está diretamente ligado à geração ou não de renda, uma vez que esse fato determina o nível de assistência e cuidado à saúde.

Portanto, seu impacto vai além do que é representado pelas estimativas da carga da doença. Muitas pessoas que sofrem de problemas psíquicos são estigmatizadas, empobrecem, ficam sem abrigo, sem trabalho, sem renda ou proteção social e previdenciária e não recebem os cuidados adequados e o tratamento que precisam (OMS, 2009).

Esta discriminação também está presente quando da procura por um emprego ou educação, muitas pessoas são despedidas de seus empregos, impedindo que participem da vida social, econômica e política da sociedade (ARANHA E SILVA, 1997). Deste modo, acabam por se constituir um grupo de pessoas vulneráveis, uma vez que a pessoa com transtorno mental também é excluída do mercado formal de trabalho, ficando sem essa possibilidade de gerar renda.

Pesquisas mostram que a grande maioria das pessoas com sofrimento mental gostaria de estar empregada, mas, o estigma, discriminação e a falta de experiência profissional impedem que consigam um emprego. As taxas de discriminação entre pessoas com esquizofrenia procurando emprego são altas e ocorrem em vários países independente de seu desenvolvimento. Um estudo com 732 pessoas diagnosticadas com esquizofrenia entre 27 países mostrou que 70% estão desempregados e quase a metade já se sentiu discriminada na hora de procurar por um emprego. Os estudos também indicaram que os empregadores são relutantes a contratarem pessoas com algum sofrimento psíquico (WHO, 2010).

Por exemplo, dados de um serviço de empregos nos Estados Unidos da América indicaram que, em 2006, 73% das pessoas com deficiência associada a sofrimento psíquico estavam desempregadas (WHO, 2010). A iniciativa da Organização Mundial da Saúde de enquadrar os transtornos mentais no campo da saúde pública, explicitou a extensão do problema, que se apresenta de forma globalizada e mundial, colaborando para a construção dos direitos civis dos sujeitos portadores de transtornos mentais.

Os gestores públicos e os grupos privados de saúde foram convocados para corresponsabilizarem-se pelo custo pessoal, social e econômico representado pelas doenças mentais para a faixa populacional mundial na idade produtiva, conforme pode ser observado nos dados da Tabela 1, a seguir:

Tabela 1 - Principais causas de anos de vida ajustados para incapacidade (AVAI) na faixa de 15-44 anos, por sexo, estimativa para 2000.

	Ambos os sexos,		Masculino, todas		Feminino, todas			
	15 A 44 anos	do total		15-44 anos	do total	15	i-44 anos	do tota
1.	HIV/AIDS	13,0	1.	HIV/AIDS	12,1	1.	HIV/AIDS	13,9
2. unipolare:	Transtornos depressivos s	8,6	2. tran	Acidentes de sporte	7,7	2. depressiv	Transtornos os unipolares	10,6
3.	Acidentes de transporte	4,9	3. uniț	Transtornos depressivos polares	6,7	3.	Tuberculose	3,2
4.	Tuberculose	3,9	4. Transtornos devido ao uso de álcool		5,1	4. Anemia por deficiência de ferro		3,2
5. de álcool	Transtornos devido ao uso	3,0	5	Tuberculose	4,5	5.	Esquizofrenia	2,8
6.	Lesões autoprovocadas	2,7	6.	Violência	3,7	6. trabalho d	Obstrução do le parto	2,7
7. ferro	Anemia por deficiência de	2,6	7.	Lesões autoprovocadas	3,0	7. afetivos b	Transtornos ipolares	2,5
8.	Esquizofrenia	2,6	8.	Esquizofrenia	2,5	8.	Aborto	2,5
9. unipolare:	Transtornos afetivos s	2,5	9. bipo	Transtornos afetivos plares	2,4	9. autoprovo	Lesões ocadas	2,4
10.	Violência	2,3	10. Anemia por deficiência de ferro		2,1	10.	Sepse materna	2,1
11. adulta	Perda da audição na idade	2,0	11. Perda da audição na idade adulta		2,0	11. Acidentes de transporte		2,0
12. obstrutiva	Doença pulmonar a crônica	1,5	12.	Isquemia cardíaca	1,9	12. audição n	Perda da a idade adulta	2,0
13.	Isquemia cardíaca	1,5	13.	Guerra	1,7	13.	Clamídia	1,9
14. cerebrova	Doenças sculares	1,4	14.	Quedas	1,7	14. pânico	Transtornos de	1,6
15.	Quedas	1,3	15.	Cirrose do fígado	1,6	15. pulmonar crônica	Doença obstrutiva	1,5
16. parto	Obstrução do trabalho de	1,3	16. de <i>â</i>	Transtornos devido ao uso ilcool	1,6	16. materna	Hemorragia	1,5
17.	Aborto	1,2	17.	Doenças cerebrovasculares	1,5	17.	Osteoartrite	1,4
18.	Osteoartrite	1,2	18. obs	Doença pulmonar trutiva crônica	1,5	18. cerebrova	Doenças sculares	1,3
19.	Guerra	1,2	19.	Asma	1,4	19.	Hemicrânia	1,2
20.	Transtornos de pânico	1,2	20.	Afogamentos	1,1	20. cardíaca	Isquemia	1,1

Fonte: Organização Mundial da Saúde / Organização Pan-Americana da Saúde. Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001. Saúde Mental: nova esperança, nova concepção. p. 55. whr@who.int

Desse modo, seis diagnósticos psiquiátricos figuram dentre as 20 doenças mais frequentes no mundo, causando um grande custo social e econômico. Este custo representa gastos vultosos, abrindo um mercado fabuloso para o setor da indústria farmacêutica. A partir da iniciativa da OMS ao disponibilizar este parecer, percebe-se que a saúde mental pode vir a ser prioridade na agenda de gestores (pelo custo) e do setor de produção de medicamentos (pelo ganho).

Além disso, a pobreza e o sofrimento psíquico constroem um círculo vicioso, isto é, interagem em ciclo negativo. Pessoas que vivem em situação de pobreza apenas não se veem em falta de recursos financeiros para satisfazer suas necessidades básicas, mas também possuem menos oportunidades de estudo e emprego. Estão mais expostas a viverem em ambientes sem rede de esgoto e pouco acesso à rede de saúde. Além dessas condições estressantes colocarem as pessoas em maior risco de desenvolver algum tipo de sofrimento psíquico, indivíduos que já possuem transtorno mental estão impossibilitados de conseguir um emprego em razão de seus sintomas. A discriminação faz com que oportunidades de emprego sejam negadas a essas pessoas ou até a perda do emprego, levando a um profundo empobrecimento (WHO, 2010).

A discriminação leva a um aumento da vulnerabilidade, excluindo-os de participarem inteiramente da sociedade, reduzindo o acesso aos serviços sociais e de saúde, além de novas oportunidades de trabalho e, assim, de gerarem renda para o autossustento.

Diretrizes da OMS indicam que o Estado é o ente que deve procurar ativamente uma forma de suportar essas pessoas com sofrimento psíquico, a participarem nova e integralmente da sociedade pelo desenvolvimento de programas específicos, como por exemplo: a) integrar o serviço de saúde mental durante e depois de emergências; b) prover cuidado físico e mental na assistência primária à saúde; c) integrar a questão da saúde mental no quadro político de programas e parcerias; d) incluir a questão da saúde mental nos programas sociais e na concessão de moradia para a criação de um ambiente seguro; e) desenvolver programas educacionais; f) fortificar a proteção de direitos humanos e g) desenvolver programas de geração de renda (WHO, 2010).

Pessoas com sofrimento psíquico são capazes de trabalhar e serem produtivas, especialmente, quando é feita uma intervenção apropriada e é provido um treinamento e suporte vocacional. Pesquisas vêm mostrando que programas de emprego para pessoas nessas condições de sofrimento, quando contam com um treinamento vocacional e um suporte constante resultam em uma maior taxa de empregabilidade, melhores salários e, assim, como melhor saúde mental (WHO, 2010).

Portanto, a literatura internacional mostra que as pessoas em sofrimento psíquico devem ser incluídas em programas de geração de renda, para não entrarem nesse ciclo negativo da pobreza, desenvolver sua autonomia e contribuir significativamente na economia de seu país. Em razão das coordenadas da OMS, entende-se que, apenas a partir dessas articulações e uma mudança total do paradigma da doença e de seu estigma, o aumento da carga global da doença mental será aliviada e dificultará a formação de grupos vulneráveis e marginalizados.

Esta primeira parte constitui-se da seguinte problematização: a discriminação e o estigma fazem com que essas pessoas fiquem fora do mercado de trabalho o que acaba gerando um ciclo negativo de vulnerabilidades.

b. A forma de organização e o sentido do trabalho no modo de produção capitalista

A atividade de geração de renda está diretamente ligada à convivência social, uma vez que ao trabalho é conferido um caráter social. A convivência social envolve o direito ao trabalho, pois se define um sujeito capaz de interferir na ordem social onde vive. O indivíduo teria a função de buscar efetivamente pelo seu direito ao trabalho e, consequentemente, acabaria por interagir com os demais cidadãos, isto é, coletivamente. Portanto, a possibilidade de cidadania depende da geração de um poder cívico, que está diretamente ligado à construção da capacidade de vivência na sociedade, especialmente, aos portadores de transtornos mentais (VENTURA, 2011).

Além disso, o que confere o caráter social ao trabalho é o fato de que ao transformar uma necessidade em finalidade, o ser humano não responde a uma necessidade individual, mas coletiva, pois, ao final de um processo de trabalho, o resultado é ao mesmo tempo o produto gerado e a reprodução das relações sociais

referidas aos objetos e instrumentos. Além disso, o trabalho no modo de produção capitalista é caracterizado por criar valor aos meios necessários à subsistência, como a alimentação, vestuário, educação, lazer e etc. O trabalho é revestido em duas dimensões: o valor de troca (relação entre os homens) e o valor de uso (relação entre mercadorias) (ARANHA E SILVA, 2012).

Conforme a compreensão marxista no processo de produção capitalista, o comando está nas mãos dos donos dos meios de produção, e isso é refletido na forma com que a sociedade contemporânea estrutura-se política, jurídica e ideologicamente. O objetivo do proprietário dos meios de produção é a expansão ao máximo do capital, mas, para que isso ocorra, é preciso o uso máximo da forma de trabalho, isto é, às custas do consumo da energia vital do trabalhador. Desta forma, os donos dos meios de produção estão no comando, isto determina toda a estrutura política, jurídica e ideológica na forma de convivência entre os homens. Ao determinar valores e modelos comportamentais, a ideologia do bloco dominante estabelece padrões estéticos e éticos das relações humanas (MARX, 1988b *apud* ARANHA E SILVA, 2012).

Para Marx, o tempo utilizado na jornada de trabalho que não é necessário para a produção da subsistência do trabalho é chamado de "tempo de trabalho excedente", e o trabalho despendido nesse processo chama-se "trabalho excedente ou mais trabalho". Um trabalhador livre dispõe de sua força de trabalho, entretanto a mercadoria é particular e não utiliza os meios de produção, resta-lhe disponibilizar esta força de trabalho como mercadoria e vendê-la por um tempo determinado aos proprietários dos meios de produção. É, por isso, que as relações sociais no modo de produção capitalista são constituídas de relações de exploração de uma parte da população sobre a outra. Entretanto, isto só é possível, pois, por meio da produção excedente é possível sua apropriação por outros (MARX, 1988b, *apud* ARANHA E SILVA, 2012).

O confinamento do trabalhador a uma atividade parcial no processo de trabalho priva-o de exercitar e desenvolver suas capacidades e o aliena (separa-o do produto de seu trabalho), aprofundando a inversão da relação ser humano / natureza, concretizada pela inclusão real do trabalho ao capital (ARANHA E SILVA, 2012).

Não é novidade que o sistema de produção capitalista é característico por produzir, crescentemente, desigualdades sociais e manter, cada vez mais exclusos os

perfis de trabalhadores não aceitos no mercado de trabalho. Essa dinâmica do trabalho capitalista e a busca incessante por mais lucro produziram crises nos países periféricos nas décadas de 1980/90 e 2000 e mais recentemente, em 2008, nos países centrais. Tal dinâmica produz desemprego estrutural, necessidade de melhor qualificação dos trabalhadores, com o aumento da lógica feroz, competitiva e excludente da organização de trabalho no mundo capitalista (ARANHA E SILVA, 2012).

c. A forma de organização e o sentido do trabalho no campo psiquiátrico

No final do sec. XVIII, em 1793, Philippe Pinel¹³ revoluciona o status social da loucura que ganha o significado de sinônimo de doença mental e, portanto, o caráter passível de tratamento. Havia uma preocupação em distinguir a confusão existente entre os furiosos e os tristes, transformar a atitude brutal e repressiva dentro dos Hospitais Gerais em uma atitude compreensiva que se denominava de tratamento moral. Ao tratamento foram introduzidos princípios que reduziam a importância da lesão anatômica e focavam-se nas questões de disciplina. Pinel manda desacorrentar os alienados e inscreve suas "alienações" na nosografia médica. Desse modo, a loucura, como doença, deveria ser tratada medicamente. O asilo passou a ser visto como a melhor forma de terapia, onde o objetivo do tratamento moral é alcançado, aplicando os conceitos de reclusão e disciplina (AMARANTE, 1992).

A psiquiatria como medicina científica nasce apoiada no Tratamento Moral, desenvolvido por Pinel, com base na disciplina e trabalho destinados aos alienados mentais. Acreditava-se que a doença mental que causava desordem moral a atitudes antissociais, deveria ser enfrentada pelo trabalho, por ser o instrumento que representava a aprendizagem da ordem, regularidade e disciplina (ARANHA E SILVA, 2012).

Portanto, a partir da tradição pineliana desde sua fundação no campo psiquiátrico até os dias atuais, o trabalho serve para enfrentar inatividade dentro da organização manicomial. Diante disso, a instituição organizou-se por meio do trabalho dos doentes, isto é, na psiquiatria, o trabalho é o instrumento de organização institucional,

67

¹³ Philippe Pinel foi um médico francês, considerado por muitos como o pai da psiquiatria. Responsável pelo serviço de alienados do hospício de Bicêtre.

no qual os asilados, a partir dele (trabalho), alcançam seu papel produtivo no mundo econômico, por meio da educação e do treinamento (ARANHA E SILVA, 2012).

Não é novidade que o sistema de produção capitalista é característico por produzir, crescentemente, desigualdades sociais e manter, cada vez mais esclusos os perfis de trabalhadores não aceitos no mercado de trabalho.

A divisão artesanal do trabalho (anterior, mas coexistente no capitalismo), pressupunha uma cooperação em sua forma mais simples, na qual os trabalhadores definiam conjuntamente e de forma planejada as vias do trabalho no mesmo processo de produção (ARANHA E SILVA, 2012).

d. Trabalho cooperado, associativismo e reabilitação como cidadania

Para Singer (2002), o cooperativismo revolucionário nasceu na Inglaterra (séculos XIX e XX), como resposta ao espantoso empobrecimento dos artesãos gerado pelo capitalismo industrial e em resistência à Revolução Industrial ao desemprego em massa causado pela total substituição da força de trabalho humano pelas máquinas. Destaca-se Robert Owen (1771-1859), socialista britânico, proprietário de uma grande indústria que foi palco das primeiras propostas para melhorar as condições de trabalho dos operários.

Além das experiências industriais, houve a iniciativa de Aldeias Cooperativas, onde as pessoas que ali viviam, trabalhavam e produziam a própria subsistência e trocavam mercadorias com outras Aldeias. Nesse momento, o cooperativismo social estava em ascensão na Inglaterra. Já em 1832, foram criadas as Bolsas de Trabalho, mecanismo de troca da produção das cooperativas, conferindo-lhes viabilidade econômica "com preços calculados, conforme o número de horas de trabalho gastas em sua produção" e com a circulação de moeda própria com o valor de hora de trabalho (SINGER, 2002).

O cooperativismo inglês, portanto, configurou-se como modo de produção alternativo ao capitalismo na historia da Grã-Bretanha. As cooperativas de consumo e produção (1844) aplicavam seus excedentes em poupanças, e esse capital proporcionava a criação de novas cooperativas de produção. Tais princípios foram utilizados por inúmeras cooperativas pela Europa, esta forma de cooperativa possibilitou

o surgimento de cooperativas de créditos, respondendo às necessidades financeiras dos artesãos e dos camponeses europeus, chamadas de Banco do Povo (SINGER, 2002).

O cooperativismo revolucionário do século XIX foi se esvaindo e a autogestão deixou de ser operacionalizada aos poucos nas cooperativas de crédito e de consumo, e seu funcionamento passou a se assemelhar cada vez mais ao dos intermediários convencionais. Entretanto, esta forma de geração de renda reviveu no século XX, a partir da metade dos anos 1980, em razão dos sucessivos apertos fiscais e monetários do mercado financeiro, o que reduziu à metade o ritmo de crescimento das economias centrais. Tal fenômeno acabou gerando um desemprego estrutural e uma grande queda do valor da força de trabalho (SINGER, 2002).

Para Saraceno (1996), a reabilitação psicossocial não é uma técnica, e sim uma abordagem ética do problema da saúde mental, implicando muito mais do que passar um usuário, um paciente de um estado de "desabilidade" para um estado de "habilidade". O autor afirma que o modelo de reabilitação psicossocial é formulado no quanto se tem de poder contratual, ou seja, é a capacidade de troca social dentro de três cenários: cenário habitat, cenário mercado e o cenário de trabalho.

Muitos pacientes têm um nível de contratualidade em seu espaço habitacional que tende a zero, ou porque não têm casa, e isso é um marco, ou porque têm casa e a sua casa é um marco, ou porque têm rede social, ou porque não sabem, não podem, ou porque têm uma capacidade de produção social muito baixa, muito limitada e, então, perdem no nível de contratualidade. Essa é a grande troca afetiva e material do ser humano; a habilidade do indivíduo efetuar suas trocas (SARACENO, 1996, p. 16).

Para o autor, o caminho para a reabilitação psicossocial seria esse grande processo de reconstrução da cidadania plena e também da plena contratualidade nos três cenários citados.

Desse modo, definem-se dois eixos norteadores:

- as atividades das artes devem ser entendidas como etapas no processo de reabilitação e não a finalidade, "passe por, não termine em", para reconstruir um pedaço da plena cidadania;
- 2. as variáveis que realmente interferem no efeito da melhora ou piora dos pacientes são resultados de dois grandes extremos: macro e micro. O micro está ligado e à

afetividade, comunidade, na real relação paciente-profissional, já o macro, é a forma como o serviço está organizado, se atende satisfatoriamente aos usuários e seus familiares. Portanto, estas variáveis são os paradigmas da Saúde Pública, nos quais a reabilitação psicossocial não pode ser aplicada independente do marco organizacional, estrutural e político de uma determinada área (SARACENO, 1996).

Reabilitação Psicossocial é uma atitude estratégica, uma vontade política, uma modalidade compreensiva complexa e delicada de cuidados para pessoas vulneráveis aos modos de sociabilidade habituais que necessitam de cuidados igualmente complexos e delicados (PITTA, 2001, p. 21).

Na sociedade brasileira, as pessoas vulneráveis são as mais pobres e carentes que recebem menos cuidados e são rejeitadas pelo sistema de atenção. A rejeição total acontece quando essas pessoas revelam uma absoluta inaptidão para o trabalho, já que a inserção no mercado de trabalho formal e informal, é vista como um indicador positivo nos projetos de cuidados (PITTA, 2001).

A reabilitação não pode ser interpretada como um mero entretenimento para o usuário. Saraceno (1996) explica que a raiz da palavra "entretenimento" significa manter dentro e é aí que se encontra o grande desafio da reabilitação. Não se pode continuar a perpetuar a lógica manicomial, entreter para manter dentro dos muros da instituição, dentro da cultura psiquiátrica, reproduzindo enfermidade. É preciso entender a reabilitação como uma conspiração clara contra o entretenimento para manter dentro, sendo seu ponto fundamental, a construção da plena cidadania.

Falar em Reabilitação Psicossocial no Brasil hoje, é estar a um só tempo falando de amor, ira e dinheiro. Amor pela possibilidade de seguirmos sendo sujeitos amorosos, capazes de exercitar a criatividade, amizade, fraternidade no nosso "que fazer" cotidiano; ira traduzida nesta indignação saudável contra o cinismo das nossas políticas técnicas e sociais para a inclusão dos diferentes; e dinheiro para transformar as políticas de desejo em políticas do agir, estando aqui incluída a preocupação com um destino eticamente irrepreensível para os recursos pequeninos que devem ter a incumbência de reduzir as formas de violência que exclui e segrega um número sempre significativo de brasileiro (PITTA, 2001, p. 26).

Com base neste referencial teórico, foram definidos os critérios de análise e os indicadores para facilitar a visualização e identificação da concepção teórica de cada

documento analisado. Os mesmos encontram-se melhor explicados, no ítem 3.2 Procedimentos de coleta e análise dos dados (página 38).

4 RESULTADOS

4.1 A evolução da legislação na Inglaterra

Na Inglaterra, o sistema que justifica a construção das leis é a jurisprudência (*Common Law*). A lei existe, porém, cada sentença é decidida, sobretudo, de acordo com a análise de outro caso semelhante.

Ao final de leituras sucessivas e sistemáticas e da análise crítica e interpretativa de 16 documentos selecionados, do período entre 1948 (construção do sistema de saúde pública inglês) e 2015, apresentados em tabelas descritivas a seguir, que compõem o quadro teórico/conceitual sobre o caminho e as ações britânicas em relação à recuperação e inclusão social das pessoas em sofrimento psíquico, sob a ótica da concepção teórica da reabilitação psicossocial.

Quadro 4 - Sistema Nacional de Saúde de 1948

	Objetivos / Descrição	Serviço/ Órgão público constituído	Como aborda a questão do trabalho	Sujeito e des- tinatário	Concepção teórica
1. 1948 - National Health Service (NHS)	Proporcionar um serviço público adequado de cuidado e promoção à saúde para toda a população; Atualmente, há mais de 64,1 milhões de pessoas no Reino Unido e 53,9 milhões de pessoas só na Inglaterra que utilizam o NHS.	Grupos de Atenção Primária - 99% da população passou a ser responsabilidade da Atenção Primária; <i>Mental Health Trusts</i> : serviços especializados em Saúde Mental, nível subsequente de atendimento ambulatorial especializado e procedimentos de alta complexidade, realizados em hospitais.	Não aborda a questão do trabalho.	Todos os ci- dadãos do Reino Unido	Foco na saúde: - Boa saúde deve ser acessível a todos Foco no social: - Promoção à saúde, independente- mente do nível de riqueza

Fonte: Elaborado pela pesquisadora com base no documento National Health Service¹⁴

Quadro 5 - 1^a Lei de Saúde Mental de 1959

	Objetivos / Descrição	Serviço/ Órgão público constituído	Como aborda a questão do trabalho	Sujeito e des- tinatário	Concepção teórica
2. 1959 - Mental Health Act	Revogação do Lunacy Act e Tratamento de saúde mental de 1890-1930; Quebrar a distinção nítida entre os pacientes pelo uso de um termo "transtorno mental"; Remover o controle legal da grande maioria das pessoas com transtorno; Promover um sistema equilibrado para a proteção e controle da minoria pequena remanescente, legalizando a admissão voluntária à parte hospitalar.	Royal Commission - comissão para salvaguardar os pacientes contra a detenção injustificada no hospital ou sob tutela. Os casos devem ser revisados tanto do ponto médico e não médico (algum corpo forte, local, independente) com o poder de quitação, por meio de uma "investigação independente sobre a justificativa para o uso de compulsão"; Mental Health Review Tribunals (MHRTs) - cujos procedimentos devem ser seguidos pelos tribunais sendo revistos pelo Lord Chancellor no Mental Health Review Tribunal Rules.	Não aborda a ques- tão do trabalho	Pessoas com transtornos mentais	Foco no Social: - Tratamento na comunidade; - Internação compulsória apenas quando necessária e de interesse do paciente ou da sociedade; - Acesso os serviços de saúde geral e instalações sociais; - Acabar com a ideia de que os doentes mentais são diferentes de quaisquer outros tipos de pessoas doentes.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora com base no documento Mental Health Act (1959) 15

Disponível em http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/overview.aspx. Acessado em Jul/2015
 Disponível em http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/overview.aspx. Acessado em Jul/2015
 Disponível em http://www.legislation.gov.uk/ukpga/1959/72/pdfs/ukpga_19590072_en.pdf. Acessado em Jul/2015.

Quadro 6 - 2ª Lei de Saúde Mental de 1983

	Objetivos / Descrição	Serviço/ Órgão pú- blico constituído	Como aborda a questão do trabalho	Sujeito e destinatário	Concepção teórica
3. 1983 - Mental Health Ac	Os tribunais possuem o poder de reenviar uma pessoa acusada ao hospital, fazer uma ordem de tutela, definir os processos que devem ser seguidos e as salvaguardas para os pacientes, para garantir que eles não são inadequadamente detidos ou tratados sem seu consentimento.	Health Act Commissioners - Comissão de qua- lidade, para visitar hospitais e conver- sar com os pacien- tes sobre seus cui- dados e trata- mento.	Em razão do trata- mento comunitário (Community Treatment Order - CTO) e o Tra- tamento Supervisio- nado em Comunidade (Supervised Commu- nity Treatment - SCT), abre-se a oportuni- dade de voltar ao mer- cado de trabalho.	Portador de desordem mental (<i>mental di-</i> sorder)-	Foca na construção do marco legal: - Internação Compulsória; - Criação do Approved Mental Health Professional (AMHP): profissional de saúde ou parente mais próximo pode internar o indivíduo em um Hospital Psiquiátrico, para avaliação ou tratamento de transtorno mental; - A eletroconvulsoterapia (ECT) é dada apenas com o consentimento do indivíduo; - Manutenção de uma continua avaliação das medidas compulsórias.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora com base no documento Mental Health Act (1983)¹⁶

Quadro 7 - Lei de Cuidados na Comunidade

	Objetivos / Descrição	Serviço/ Órgão público constituído	Como aborda a questão do trabalho	Sujeito e desti- natário	Concepção teórica
4. 1990 - National Health Ser- vice and Community Care Act	Estabelecer novas disposições sobre as autoridades locais de saúde e outras entidades constituídas; Estabelecer novas disposições sobre o financiamento das práticas dos médicos; Direito de uma avaliação completa de suas necessidades e de ser plenamente envolvido nessa apreciação; Toda avaliação pode ser iniciada pelo próprio indivíduo ou seu cuidador;	Local Authority - orga- niza as avaliações e fornece serviços de cui- dados comunitários; Home care services, Serviços para pessoas em suas casas: refei- ções, recreação, ativi- dades culturais e edu- cacionais e serviços aos cuidadores	Não aborda a questão do trabalho	Idosos, pes- soas com transtornos mentais, dificul- dade de apren- dizagem e defi- ciência fisica.	Foco no Social: - Cooperação entre os serviços de atenção primária e os serviços de assistência social; - Apoio para viver com dignidade e independência na comunidade, evitando o isolamento social; - Prover serviços de cuidados na comunidade e capacitar as pessoas para permanecer vivendo em suas próprias casas; - Manter o máximo de independência possível, evitando o isolamento social.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora com base no documento Community Care Act¹⁷

Quadro 8 – Ato de Discriminação das Incapacidades

	Objetivos / Descrição	Serviço/ Órgão público constituído	Como aborda a questão do trabalho	Sujeito e destinatário	Concepção teórica
5. 1995 - Disability Discrimination	Torna ilegal a discrimina- ção de pessoas com defi- ciência, em relação ao emprego, à prestação de bens e serviços (como educação, transporte e la- zer).	Equality and Human Rights Commission/ Con- selho Nacional de Defici- ência: combate à discrimi- nação	Proíbe a discriminação contra deficientes candidatos a emprego. Exigência dos empregadores e serviços a tomarem medidas para eliminar as barreiras de participação das pessoas com deficiência. Exemplos: equipamentos de TI acessíveis;	Pessoas com defici- ência/ desabilidade (disabled person) (doença física ou mental)	Foco na construção do marco legal: - Proibição da discriminação de um indivíduo com transtorno psíquico; - Superar as barreiras para ganhar e permanecer no emprego e no acesso de bens e serviços.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora com base no documento Disability Discrimination Act¹⁸

Quadro 9 - Estruturação do Sistema Saúde Mental

	Objetivos / Descrição	Serviço/ Órgão público constituído	Como aborda a questão do trabalho	Sujeito e destinatário	Concepção teórica
6. 1999 - National Service Framework for Mental Health (From Department of Health)	Este relatório promove orientações para a implantação de ações com bases nos princípios e valores em comuns para sustentar os cuidados em saúde mental.	Constitui um pacote de cuidados, que devem abranger a área de saúde, social e comportamental, das pessoas com problemas de saúde mental. Para tal, os serviços devem trabalhar de forma cooperada entre as agências de serviços incluindo cuidados de saúde, cuidado social, habitação e emprego.	O sistema de saúde tem uma responsabilidade mais ampla de promoção à saúde mental, bem como para o tratamento de doenças mentais. Isto inclui influenciar a formulação e a execução das políticas sociais e econômicas, incluindo as relativas à educação, formação e emprego.	Pessoas com proble- mas mentais.	Foco no social: - Cuidado Terapêutico; - Promover a "recuperação"; - Promover a inclusão social; - Combater o estigma e a discriminação (inclusive, no local de trabalho).

Fonte: Elaborado pela pesquisadora com base no documento National Service Framework for Mental Health¹⁹

Disponível em http://www.legislation.gov.uk/ukpga/1995/50/pdfs/ukpga_19950050_en.pdf. Acessado em Nov/2015;
 Disponível em https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/198051/National_Service_Framework_for_Mental_Health.pdf. Acessado em Nov/2015;

Quadro 10 - Lei de Capacitação

	Objetivos / Descrição	Serviço/ Órgão pú- blico constituído	Como aborda a ques- tão do trabalho	Sujeito e destinatário	Concepção teórica
7. 2005 - Mental Capacity Act	Fornece um quadro jurídico para agir e tomar decisões em nome dos adultos que não têm capacidade para tomar decisões particulares para si mesmos; Um ato feito, ou decisão tomada, nos termos desta Lei para, ou em nome de uma pessoa, que carece de capacidade deve ser feito, baseado em seus melhores interesses; A Lei prevê que a pessoa com transtorno mental planeje com antecedência quando vai ser tratada.	Court of Protection/ Tribunal Superior de Registro	Não aborda a ques- tão do trabalho	Pessoa com capacidade reduzida, incapaz de tomar uma decisão por si próprio por causa de uma deficiência, ou uma perturbação no funcionamento da mente ou cérebro.	Foca na construção do marco legal: Restringir o menos possível a liberdade de ação da pessoa; Garantir que os direitos dessa pessoa sejam respeitados a partir de um "protetor".

Fonte Elaborado pela pesquisadora com base no documento Mental Capacity Act²⁰

Quadro 11 - Diretriz: Saúde, Trabalho e Bem-estar

	Objetivos / Descrição	Serviço/ Órgão pú- blico constituído	Como aborda a questão do trabalho	Sujeito e destinatário	Concepção teórica
8. 2005 - Health, work and wellbeing: caring for our future (From:De- partment for Work and Pensions & Department of Health & Safety Executive)	idade ativa. Este documento re-	Não constitui serviço	A maioria que recebe o <i>Incapacity Benifit</i> : não possui condições severas e, quanto mais tempo um indivíduo é afastado do trabalho, menos provável será seu retorno; quanto mais tempo eles estão longe do trabalho, maiores chances de declínios da saúde física e mental; Garantir que os serviços de saúde são projetados e entregues de forma que ajudarão as pessoas em idade produtiva, permanecem aptos ao trabalho ou voltar ao trabalho. Essa diretriz é focada em: profissionais de saúde, tratamento focada no trabalho, problemas de saúde mentais comuns, retorno ao trabalho e reabilitação profissional	Pessoas que pos- suem pro- blemas mentais	Foco econômico: - Combater o desemprego; - Contribuir para reduzir as taxas de recaída e períodos prolongados de tratamento (absenteísmo do trabalho ou contínuo desemprego para pessoas com transtornos mentais); - Fomento do retorno rápido ao trabalho; - Melhorar a experiência do usuário no serviço e sua satisfação.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora com base no documento Health, work and wellbeing: caring for our future²¹

Disponível em http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2005/9/pdfs/ukpga_20050009_en.pdf. Acessado em Nov/2015;
 Disponível em https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/209570/health-and-wellbeing.pdf. Acessado em Nov/2015;

Quadro 12 - Programa de Acesso a Terapias Psicológicas

	Objetivos / Descrição	Serviço/ Órgão público constituído	Como aborda a questão do trabalho	Sujeito e destinatário	Concepção teórica
9. 2006 - Improving Access to Psycholo- gical The- rapies Pro- gramme (IAPT) / Melhorar o Acesso a Terapias Psicológi- cas	o acesso a terapias psicológicas às pessoas economicamente ativas. Em 2011, consolidou-se uma estratégia com o Governo de que não existirá saúde, sem saúde mental. Objetivo atual: ajudar o <i>Primary Care Trust</i> (PCT) a implementar as diretrizes do <i>National</i>	National Institute for Health and Clinical Ex- cellence (NICE)	Direcionar uma melhora na saúde mental da popula- ção economicamente ativa para que, assim, não deixe de trabalhar.	economica- mente ativa,	Foca na saúde: - Oferecer ao paciente um tratamento de primeira linha realístico e rotineiro, combinado com uma medicação apropriada (que, tradicionalmente, era o único tratamento disponível). Foco econômico: - Diminuir o nível de absenteísmo no trabalho; - O programa IAPT destina-se a aumentar a quantidade de terapias disponíveis e diminuir as despesas com os cuidados de saúde mental.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora com base no documento Improving Access to Psychological Therapies Programme²²

Quadro 13 - Lei de Saúde Mental de 2007

	Objetivos / Descrição	Serviço/ Órgão público constituído	Como aborda a questão do trabalho	Sujeito e destinatário	Concepção teórica
10. 2007 - Mental Health Ac	foca em proteção pública e	adesão dos pacientes ao tratamento uma exigência legal.	Aborda a questão do tra- balho da mesma forma que a Lei de 1983, ficando restrita à questão legal do assunto.	Pacientes de saúde mental	Foca na construção do marco legal: - Internação compulsória; - Teste de "tratamento médico adequado", que será aplicável a todos as internações de longo prazo de detenção; - Após um período de internação, o paciente é encaminhado a um tratamento supervisionado na comunidade supervised community treatment (SCT).

Fonte: Elaborado pela pesquisadora com base no documento Mental Health Act²³

Disponível em http://www.iapt.nhs.uk/about-iapt/. Acessado em Acessado em Nov/2015;
 Disponível em http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2007/12/pdfs/ukpgaen_20070012_en.pdf. Acessado em Nov/2015;

Quadro 14 - Relatório de saúde e cuidado social

	Objetivos / Descrição	Serviço/ Órgão público constituído	Como aborda a questão do trabalho	Sujeito e destinatário	Concepção teórica
11. 2008 - Health and Social Care	Disposições de cooperação entre o Care Quality Commission, e os serviços de saúde e serviço social. Revisão do Mental Health Act 1983, criando provisões para os profissionais de saúde e trabalhadores de Serviço Social. Ementas no Public Health (Control of Disease) Act 1984, prover benefícios para mulheres grávidas e ementas para as funções do Health Protection Agency.	Care Quality Commission, proteger e promover a saúde, a segurança e o bem-estar das pessoas que usam a saúde e serviços sociais de cuidados.	Esforço máximo de as- segurar a pessoa em seu emprego.	Saúde: inclui pes- soas com doenças físicas e mentais. "Social care" inclui pessoas que preci- sam de cuidados sociais	Foco na saúde e no social: - Promover educação e treinamento para os profissionais de saúde; - Proteger e promover os direitos das pessoas que usam os serviços de saúde e social (incluindo, as pessoas que estão privadas de liberdade).

Fonte: Elaborado pela pesquisadora com base no documento Health and Social Care²⁴

Quadro 15 - Relatório de saúde e emprego

	Objetivos / Descrição	Serviço/ Órgão público constituído	Como aborda a questão do trabalho	Sujeito e destinatário	Concepção teórica
12. 2008 - Improving health and work: changing lives (From: De- partment for Work and Pensions)	para mudar atitudes em relação á saúde e ao trabalho; promover o bem-estar no local de trabalho; ajudar mais pessoas a conseguirem um trabalho.	National Strategy for Mental Health and Employment, para in- centivar o emprego de mais pessoas com transtornos mentais e/ou dificuldades de aprendizagem no NHS	Promoção de uma melhor integração de competências dos serviços de saúde e do emprego; Com revisão dos incentivos para os indivíduos, empregadores e Estado para combater o absenteísmo por doença mental; Continuar o desenvolvimento de estratégias para lidar com as necessidades específicas das pessoas com transtorno mental	Indivíduos, profissio- nais, empregados e pessoas com trans- tornos de saúde mental	Foco econômico: - Aproximar os serviços de saúde e os empregadores; - Diminuir estigma e discriminação; - Mudar a percepção dos empregadores; - Aumentar a empregabilidade.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora com base no documento Improving health and work: changing lives²⁵

Disponível em http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2008/14/pdfs/ukpga_20080014_en.pdf. Acessado em Nov/2015;
 Disponível em https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/210858/hwwb-improving-health-and-work-changing-lives.pdf. Nov/2015;

Quadro 16 - Lei de saúde e cuidado social

	Objetivos / Descrição	Serviço/ Órgão público constituído	Como aborda a ques- tão do trabalho	Sujeito e des- tinatário	Concepção teórica
13. 2012 - Health and Social Care Act 2012	Oferecer maior integração entre sa- úde, assistência social e outros ser- viços relacionados. Alterações em alguns parágrafos das leis anteriores de saúde mental (1983 e 2007), em relação à alta dos pacientes, pós-cuidados, trans- ferências de hospitais, promoção entre saúde e assistência social, profissionais aprovados para traba- lhar no serviço.	Health and Well-being Boards (HWBs): Conselhos de saúde e bem-estar, são comissões dentro de cada município com a responsabilidade de serviços sociais, incluindo a Clinical Commissioning Groups (CCGs), liderados por Clínicos gerais.	Previsões para o corpo profissional dos serviços	Todos os ci- dadãos	Foco no Social: - Trabalhar de acordo com o Mental Capacity Act (2005); - Restringir o menos possível a liberdade de ação da pessoa; - Promoção de cuidados na comunidade.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora com base no documento Health and Social Care Act²⁶

Quadro 17 - Relatório de saúde mental e emprego

	Objetivos / Descrição	Serviço/ Órgão público constituído	Como aborda a questão do trabalho	Sujeito e destinatário	Concepção teórica
14. 2013 - Mental health and work (From: De- partment for Work and Pensions)	Revisão para medir o quanto os problemas de saúde mental impactam sobre a capacidade das pessoas para trabalhar, criar recomendações de políticas que corroboram para as ações relativas à saúde e ao trabalho; Abrange: custos causados pelos problemas mentais, a questão do estigma e preconceito, tanto para conseguir emprego quanto no local de trabalho, o impacto da doença mental na performance profissional e formas de intervenção para diminuir a taxa de absente-ísmo no trabalho.	Não constitui nenhum serviço	Não há evidência de que trabalho é prejudicial à sa- úde mental das pessoas com doença mental grave, e sim, o desemprego é prejudicial à saúde e bemestar. Premissa que o transtorno mental afeta a produtividade das pessoas no trabalho. Ao alterar sua potência de funcionar em plena capacidade, faz com que cerca de 40% da produtividade sejam perdidas em decorrência do absenteísmo.	Pessoas com trans- tornos mentais população em idade ativa com transtornos mentais.	Foco Econômico: - Os desempregados consultam os Clínicos-Gerais mais frequentemente do que a população em geral; Foco na saúde: - Aqueles que são desempregados há mais de 12 semanas, mostram que possuem maior prevalência de depressão e ansiedade; - O desemprego também está associado com aumento das taxas de suicídio; Foco no social: - Para as pessoas sem trabalho, a reinclusão leva à melhoria da saúde e bem-estar Para as pessoas que estão doentes ou deficientes, a colocação no mercado de trabalho melhora o estado psicossocial.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora com base no documento Mental health and work²⁷

Disponível em http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2012/7/pdfs/ukpga_20120007_en.pdf. Acessado em Nov/2015;
 Disponível em https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/212266/hwwb-mental-health-and-work.pdf. Acessado em Nov/2015;

Quadro 18 - Relatório de Trabalho e Bem-estar Psicológico

15. 2014 - Psycholog-	Objetivos / Descrição	Serviço/ Órgão público constituído	Como aborda a questão do trabalho	Sujeito e des- tinatário	Concepção teórica
ical Wellbeing and Work Report / Relatório de Trabalho e Bem-estar psicológico (From:Department for Work and Pensions & Department of Health)	Explorar propostas para melhorar os resultados de emprego e de saúde às pessoas com transtornos mentais comuns. Foi encomendado pelo Department for Work and Pensions and the Department	Individual Placement and Support (IPS) Suporte Profissional, baseado no modelo JOBS II programme: Grupo de Trabalho nas agências de emprego, criando uma autoeficácia aos que enfrentam dificuldades na procura por emprego; Cognitive Behavioural Therapy: Proporcionar acesso à avaliação on-line do serviço de saúde mental e emprego; Jobcentre Plus commissions: proporcionar um suporte por telefone.	Utilizam-se de modelos com base em provas de prestação de serviços que combinam emprego e apoio à saúde mental; objetiva aumentar a integração entre os serviços de tratamento e de emprego existentes, para melhorar os resultados em ambas as áreas, proporcionar o acesso ao tratamento coordenado e de apoio ao emprego para um maior número de pessoas com problemas de saúde mental comum;	Pessoas com transtornos mentais	Foco no Social: - Desenvolver ligações entre terapias psicológicas e apoio ao emprego; Foco Econômico: - Aumentar o apoio para aqueles fora do mercado de trabalho; - Construir resiliência, promovendo bem-estar, por meio de avaliações on-line, por telefone e face a face; - Ajudar as pessoas com problemas de saúde mental que encontrem o trabalho mais adequado.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora com base no documento Psychological Wellbeing and Work Report²⁸

Quadro 19 - Relatório de Avaliação do Programa "IPS in IAPT"

16. 2015 - An evalua- tion of the	Objetivos / Descrição	Serviço/ Órgão público constituído	Como aborda a questão do trabalho	Sujeito e destinatário	Concepção teórica
'IPS in IAPT' psychological wellbeing and work feasibility pilot (From:Department of Health & Department for Work and Pensions)	Este relatório foi encomendado pelo Departamento de Saúde em parceria com o Departamento de Empregos e Pensões para avaliar um serviço-piloto que prestou apoio profissional embutido, baseado no modelo IPS e o programa IAPT, para ajudar as pessoas que sofrem de transtornos mentais e estão à procura de um emprego remunerado. O "IPS in IAPT" ocorreu a partir de junho de 2014 a Dezembro de 2014, em quatro locais na Inglaterra. Essa parceria foi projetada para testar o design de serviços, métodos de rastreamento de resultados e efeitos iniciais. A avaliação mostra feedback positivo de prestadores de serviços e os participantes.	Não constituem novos serviços, mas contri- buem significativamente para a confirmação da efetividade positiva da parceria entre o modelo IPS e o IAPT.	Investimento na ideia de um traba-lho que seja remunerado e aumento da sensação de bem-estar da pessoa com transtorno mental.	Pessoas com transtor- nos mentais que estão em idade de trabalhar e estão à procura de emprego	Foco Econômico: - Fazer com que os usuários do serviço encontrem um emprego remunerado; Foco na saúde: - Aumento na saúde e bem-estar na procura de emprego.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora com base no documento "An evaluation of the 'IPS in IAPT' psychological wellbeing and work feasibility pilot" 29

²⁸ Disponível em https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/273433/psychological-wellbeing-and-work.pdf. Acessado em Nov/2015;

²⁹ Disponível em https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/system/uploads/attachment_data/file/415177/IPS_in_IAPT_Report.pdf. Acessado em Nov/2015;

O sistema público de saúde inglês, *National Health Service (NHS)*, é caracterizado por ser equitativo e, em sua maioria, por abranger toda a população, criando ações que promovam à saúde e ao bem-estar. O NHS nasceu de um ideal de longa data, no qual a promoção de boa qualidade da saúde deve ser acessível a todos, independentemente da classe social que o indivíduo encontra-se, é um princípio que permanece intrínseco à sua concepção. Além disso, a atenção à saúde primária da população é o grande diferencial desse serviço público de saúde. A partir dos Grupos de Atenção Primária (*Primary Care Trusts*) criados em 2005, 99% da população passaram a ser responsabilidade da Atenção Primária. Em razão disso, os serviços especializados em saúde mental (*Mental Health Trusts*), realizados em hospitais passaram a ser um nível subsequente ao atendimento ambulatorial especializado e aos procedimentos de alta complexidade.

A Lei de Saúde Mental de 1959 foi crucial para a questão dos direitos humanos das pessoas com transtornos psíquicos, uma vez que esta lei revoga a lei anterior que durou cerca de 40 anos (entre 1890 e 1930), na qual as pessoas ainda eram chamadas de lunáticas. Esta lei acaba com a distinção entre os pacientes dos hospitais psiquiátricos, introduzindo o termo "transtorno mental" e remove o controle legal dessa grande maioria, promovendo um sistema que proteja seus direitos, como por exemplo, a admissão voluntária em hospitais.

Além de contribuir para a desestigmatização da doença, admite-se que o tratamento comunitário começou a ser visto não apenas como uma alternativa, mas, sim, como a primeira opção de cuidado. A criação da Lei de 1990 sobre os Serviços de Cuidados Comunitários (*National Health Service and Community Care Act*) solidificou a parceria entre os serviços de atenção primária e serviços de assistência social, criando o *home care services* (serviço voltado às pessoas com níveis de dependência mais baixos que visam a prevenir sua institucionalização), para que os indivíduos possam permanecer vivendo em suas próprias casas e manter o máximo de independência possível, evitando o isolamento social.

O governo inglês tem grande preocupação com a garantia dos direitos humanos dos pacientes dos serviços de saúde mental. Para tal, diversas comissões foram criadas a fim de protegê-los de detenções injustificadas nos hospitais, e tais casos

são levados aos tribunais para serem revisados por um profissional específico de saúde mental. As conseguintes leis de saúde mental (1983 e 2007), reforçam os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e atualizam suas respectivas leis anteriores em relação à questão da internação compulsória e ordem de tutela, permitindo que outros profissionais (além do médico) façam encaminhamentos e avaliações. Tais leis não abordam a questão do trabalho diretamente, mas regulamentam o tratamento comunitário, como o *Community Treatment Order* (CTO), no qual o paciente pode deixar os hospitais e continuar o tratamento na comunidade. Apenas com a Lei de Saúde Mental de 2007, a adesão ao tratamento comunitário passa a ser uma exigência legal. Assim, esta ação tornou-se crucial para reafirmar a necessidade de criar diretrizes para a inclusão social dessas pessoas na comunidade.

A partir da Lei de Combate a Discriminação de 1995 (Disability Discrimination Act) e com a criação do Conselho Nacional de Deficiência, mais atenção foi dada à questão do trabalho. Exigiu-se que os empregadores proporcionem medidas para eliminar as barreiras de participação das pessoas com deficiência (incluem-se pessoas portadoras de transtornos mentais) e permanência em seus empregos ou à procura de um. Globalmente, o começo dos anos 2000 foi marcado pela ideia do cuidado terapêutico que visa a promover a "recuperação" e a inclusão social para construir efetivamente um combate ao estigma e preconceito, que as pessoas com transtorno mental enfrentam na sociedade, inclusive, em seu local de trabalho.

A partir disso, a lei *Mental Capacity Act* de 2005 tem grande importância, à medida que esses indivíduos podem planejar com antecedência, como serão tratados e em qual momento de sua vida, terão esse tratamento escolhido. O procedimento é intermediado, por meio de uma pessoa nomeada como seu protetor para garantir que tal direito seja respeitado. O feito caracteriza-se como um dos melhores exemplos de criação de uma política pública que respeita a individualidade e os desejos das pessoas com transtornos mentais.

Ainda neste cenário, o governo inglês começou a construir estratégias para melhorar a saúde e o bem-estar das pessoas em idade ativa, pois, quanto mais tempo um indivíduo for afastado do trabalho menos provável será seu retorno e quanto mais tempo ele estiver longe do trabalho maiores serão as chances de declínio da saúde física

e mental. Para tal, foi construída uma parceria entre a área de saúde e a área da previdência, para que ações conjuntas sejam tomadas em prol da promoção de saúde mental no trabalho e oportunidades de emprego a pessoas com transtorno mental.

Com o objetivo de combater o desemprego e contribuir para reduzir as taxas de recaídas e períodos prolongados de tratamento, duas áreas distintas são envolvidas na criação de ações públicas às pessoas que dependem de auxílio governamental: a de saúde e serviços sociais (*Department of Health*) e a de previdência (*Department of Work and Pensions*). Dentro do *Department of Work and Pensions*, o setor específico *Pension, Disability and Carers Service,* fica responsável pelos benefícios monetários disponíveis às pessoas dependentes e a seus cuidadores. Entre suas principais funções, estão as de administrar e repassar os benefícios monetários e apoiar a inclusão social das pessoas dependentes e dos cuidadores informais (BRASIL, 2008).

O Department for Work and Pensions também fica responsável pelos assuntos de trabalho, criando diretrizes e boas práticas para lidar com os percalços da empregabilidade na Inglaterra e País de Gales. Algumas políticas são voltadas exclusivamente a pessoas com transtornos mentais, outras medidas são voltadas a todas as pessoas economicamente ativas e que não estão trabalhando, entre elas, as pessoas com transtornos mentais. Existem estratégicas bem específicas para este grupo, tanto focadas na reinclusão no mercado formal de trabalho como para diminuir o estigma e o preconceito. Um tratamento de saúde mental não adequado torna-se a principal causa de absenteísmo no trabalho. Entretanto, ao proporcionar um suporte apropriado, a maioria dessas pessoas consegue superar suas limitações e tornar-se funcionários produtivos, entendendo que seu "status de saúde mental" não pode determinar ou minar suas chances de emprego.

O programa IAPT (*Improving Access to Psychological Therapies Programme*), cujos objetivos são: melhorar o acesso a terapias psicológicas para a população economicamente ativa, formalizar diretrizes em parceria com o *National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)*, desenvolver uma estratégia nacional de saúde mental e emprego (*National Strategy for Mental Health and Employment*) e a criação de campanhas que consigam desconstruir o estigma e preconceito do imaginário popular. Este programa possui dois caminhos estratégicos governamentais: o primeiro caminho é

não permitir o aumento da taxa de desemprego da população economicamente ativa em razão de problemas psicológicos, já o segundo caminho, é promover a saúde mental ao mesmo tempo promover a recuperação e a inclusão social.

Estas estratégias são afirmadas com base na criação, em 2013, do relatório *Mental health and work* (do *Department for Work and Pensions*), cujo objetivo foi enfatizar o quanto os problemas de saúde mental (incluindo estigma e preconceito) impactam negativamente na economia do país, promovendo altos custos em razão do absenteísmo. Além do impacto econômico, afirma-se que o desemprego acaba por agravar a saúde mental, reafirmando que não há evidência de que o trabalho seja prejudicial à saúde psicológica das pessoas com doença mental grave. Os desempregados não exploram seu tempo extradisponível para o lazer e atividades sociais, muito pelo contrário, acabam ficando deprimidos. Suas redes sociais diminuem, assim como a motivação e interesse, levando à apatia. Pessoas com problemas de saúde mental são, especialmente, sensíveis aos efeitos negativos do desemprego. A exclusão social que elas experimentam como resultado de doença mental é reduzida pelo trabalho e agravada pelo desemprego. Às pessoas sem trabalho, a recolocação no mercado de trabalho leva à melhoria da saúde e bem-estar mental (BOARDMAN; RINALDI, 2013).

Os esquemas tradicionais de inclusão social pelo trabalho vêm oferecendo emprego protegido e suas equivalentes mais modernas são as empresas sociais. Outros esquemas vêm tentando colocar as pessoas no mercado de trabalho aberto. Os tipos mais tradicionais são caracterizados como "treinar e alocar", foco na redução de deficits relacionados à doença e à formação em habilidades genéricas de trabalho para preparar os pacientes para o mercado. Em contrapartida, o tipo menos tradicional é o de serviços de emprego apoiado desenvolvidos nos EUA, caracterizados como "alocar e treinar" por fornecimento de colocações de trabalho direto e treinamento específico, muitas vezes, com uma função simples, como nível de entrada e, em seguida, oferecendo suporte ao empregado e empregador (BOND et al., 2001).

Pelo Relatório de Trabalho e Bem-estar Psicológico (Psychological Wellbeing and Work) criado em 2014, percebe-se que, na Inglaterra, existem quatro principais esquemas de trabalho voltados às pessoas com sofrimento psíquico:

- 1. Sheltered employment (Emprego protegido). Tradicionalmente, oferece baixa qualidade salarial, trabalho repetitivo, muitas vezes, pagando salários bem abaixo do mercado formal de trabalho e não fornece emprego no mercado aberto;
- 2. The Clubhouse model (modelo Clubhouse). Com base nos princípios da atividade significativa e reabilitação psicossocial, Clubhouses visam a apoiar as pessoas na liderança de suas vidas produtivas e significativas dentro da comunidade, oferecendo transição a programas de emprego;
- 3. Social firms (Empresas sociais). Ênfase na criação de um negócio bem sucedido que pode suportar emprego remunerado. Opera inteiramente como um negócio, mas seus métodos enfatizam a participação dos trabalhadores em todos os aspectos da empresa. Cooperativas também podem ser consideradas como empresas sociais; e
- 4. Supported employment schemes (Esquemas de emprego apoiado). Coloca as pessoas com transtornos mentais em postos de trabalho no mercado formal e competitivo, sem prorrogada preparação e fornece apoio de especialistas profissionais. Existem vários tipos, incluindo o modelo de tratamento comunitário assertivo, o emprego de transição, o job coach model e o Individual Placement and Support (IPS).

Como parte do modelo IPS, o empregador está integrado com as equipes de saúde mental. O programa IPS auxilia as pessoas com transtornos mentais, incluindo muitas psicoses e vem demonstrando algumas vantagens em relação aos outros programas vizinhos. Em 12 meses, os programas com treinamento pré-vocacional recolocam 11% de trabalhadores no mercado formal e 6% conseguem concluir uma formação acadêmica. Já o esquema IPS, no mesmo período, o número é de 32% para a recolocação no mercado formal de trabalho e 16% conseguem concluir uma formação oficial. Além disso, o modelo IPS vem demonstrando de seis a sete vezes menores custos de colocar alguém em um emprego formal do que os serviços pré-profissionais (RINALDI; PERKINS, 2007).

Apoiados nesses documentos analisados, é possível entender que o conceito de saúde no Reino Unido é demarcado pela apropriação e exigência desse direito, fazendo com que a promoção de bem-estar e saúde mental seja acessível a toda a população, não havendo distinção de classes. A construção dessas leis é caracterizada pela preocupação de garantir um tratamento digno e que respeite os direitos humanos

das pessoas com transtornos mentais. O fato de existir uma lei específica que determina que a primeira opção de tratamento seja na comunidade e respeite o desejo do indivíduo combinado previamente, é um avanço na construção de políticas públicas que colocam este sujeito como ator principal de sua vida e responsável pelo seu caminho, reconstruindo sua dignidade e humanidade.

Outro ponto que chama a atenção, é que essas pessoas não são vistas como incapazes e inúteis. Muito pelo contrário, o governo assume o deficit que a doença mental causa na economia do país e cria soluções efetivas e eficazes para diminuir a carga de doença mental. Esta construção é caracterizada pelo entrosamento e comunicação de duas áreas estratégicas do país: Departamento de Saúde e o Departamento de Fundos e Pensões. A partir disso, constrói uma política de inclusão social pelo trabalho extremamente importante, pois a atividade laboral que esses indivíduos fazem é valorizada e muito necessária.

Portanto, estas diretrizes conseguem diminuir o impacto negativo na economia causado pela doença mental e, ao mesmo tempo, promovem a saúde mental do indivíduo. Dentro dos princípios da reabilitação psicossocial, o trabalho confere ao sujeito uma nova identidade social, outro status, contatos sociais e de apoio, meio de estruturação e tempo de ocupação, atividade e participação e um novo sentimento de realização pessoal. Portanto, o trabalho é fundamental para dois dos valores que sustentam a saúde mental das pessoas: a inclusão social e a recuperação total.

4.2 Evolução da legislação no Brasil

Ao final de leituras sucessivas e sistemáticas e da análise crítica e interpretativa de 15 documentos selecionados, entre 1987 e 2013, que serão apresentados nos quadros descritivos a seguir, que compõem o quadro teórico/conceitual sobre o caminho e as ações brasileiras em relação à recuperação e inclusão social das pessoas em sofrimento psíquico, a partir da concepção teórica da reabilitação psicossocial.

Quadro 20 - I Conferência Nacional de Saúde Mental

	Objetivos / Descrição	Serviço/ Órgão público constituído	Como aborda a questão do trabalho	Sujeito e destinatário	Concepção teórica
1. Relatório final da I Conferência de Saúde Mental (1987)	Marco histórico na psiquiatria brasileira: A Política Nacional de Saúde Mental necessita estar integrada à política nacional de desenvolvimento social do Governo Federal; Proposta de Reforma Sanitária, como estabelecida pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, traduz um significativo avanço na luta pelo direito à saúde em nosso País; Reformulação do modelo assistencial em saúde mental e reorganização dos serviços; Novo modelo assistencial (prioridade ao sistema extra-hospitalar e multiprofissional); Reformulação da legislação ordinária: com relação à legislação civil, penal, sanitária e psiquiátrica.	As ações e serviços de saúde para reiterar a ideia de formação de um Sistema Único de Saúde Pública, gratuito, descentralizado, regionalizado e hierarquizado, com efetivos mecanismos de referência e contra-referência, tendo comando político e administrativo único em cada um dos níveis federal, estadual e municipal.	Em razão das consequências da economia capitalista (desemprego, desvalorização da mão de obra e multiplicação do ritmo de produção). Propostas: Criação de estruturas que proporcionem a reinserção no trabalho, pelos Centros de Reabilitação, sendo o trabalho protegido de tal forma que se torne dispensável a aposentadoria compulsória; Que se crie dispositivo legal a fim de garantir a manutenção do emprego aos indivíduos acometidos de sofrimento psíquico e submetidos a tratamento; Que seja assegurado a todo cidadão brasileiro, incluindo o deficiente físico e ou mental, um salário-desemprego provisório até sua reinserção social. É dever, do Estado garantir a reabilitação e reinserção social do doente mental e sua colocação no mercado de trabalho.	A doença mental de exclusão social. A medicalização e "psiquiatrização", freqüentemente, mascaram os problemas sociais e, assim, contribuem para a alienação psíquica e social dos indivíduos submetidos a estes processos, despojando-os de seus direitos civis, sociais e políticos.	Foco no social: - Solidificar o conceito de cidadania; - Participação ampla dos indivíduos em todos os aspectos da vida social; - Acesso aos bens materiais e culturais; - Deve ser constitucionalmente assegurada a condição de cidadania plena ao indivíduo considerado doente mental.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora apoiado no Relatório Final da 1ª Conferência de Saúde Mental³⁰

³⁰ Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206cnsm_relat_final.pdf. Acessado em Jul/2015.

Quadro 21 - Criação do SUS

	Objetivos / Descrição	Serviço/ Órgão público constituído	Como aborda a questão do trabalho	Sujeito e destinatário	Concepção teórica
2. Lei 8.080/1990	Identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; Formulação de política de saúde destinada a promover nos campos econômico e social; Assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.	Sistema Único de Saúde (SUS): con- junto de ações e ser- viços de saúde, pres- tados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Admi- nistração direta e indi- reta e das fundações mantidas pelo Poder Público.	Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do país, tendo a saúde como determinante e condicionante, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. Saúde do trabalhador, para fins desta lei, é um conjunto de atividades que se destina, por meio das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho	lodos os cidadãos brasileiros: garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e	Foco na saúde: - É dever do Estado garantir a saúde; - Formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças; - Estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora apoiado na Lei nº 8.080/1990³¹

Quadro 22 - Formalização dos NAPS/CAPS32

	Objetivos / Descrição	Serviço/ Órgão público constituído	Como aborda a questão do traba- lho	Sujeito e destina- tário	Concepção teórica
3. Portaria 224/1992	Formalizou as funções dos NAPS/CAPS como unidades de sa- úde locais e regionalizadas, com po- pulação adscrita, como possibilidade de funcionamento 24 horas durante os 7 dias da semana; Prover cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar. Atuar como porta de entrada da rede de serviços de saúde mental e atende pacientes referenciados dos serviços de urgência ou egressos de internação psiquiátrica.	Formalizou as funções dos Centros/Núcleos de Atenção Psicosso- cial; Regulamentou o funcio- namento de todos os serviços de saúde men- tal.	A carteira de serviços e o apoio ao paciente foram também definidos com especificidade: atendimento ambulatorial (medicamento, psicoterapia e de orientação); atendimento de grupo; visitas domiciliares, atendimento à família, atividades comunitárias, enfocando a inserção social do paciente e refeições gratuitas.	Paciente no NAPS/CAPS e seus familiares	Foco no social: - Tendo em vista a necessidade de humanização da assistência; Foco na construção do marco legal: - Preservação dos direitos de cidadania dos pacientes internados.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora apoiado na Portaria do Ministério da Saúde nº 224/1992

Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acessado em Jul/2015.
 Disponível em < a hrtp://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas_e_projetos/saude_mental/portaria_n224.htm
 Acessado em Jul/2015.

Quadro 23 - Lei das Cooperativas

	Objetivos / Descrição	Serviço/ Órgão público constituído	Como aborda a questão do trabalho	Sujeito e destinatário	Concepção teórica
4. Lei 9.867/1999	Dispõe sobre a cria- ção e o funciona- mento de Cooperati- vas Sociais, visando à integração social dos cidadãos	Na denominação e razão social das entidades (I - a organização e gestão de serviços sócio sanitários e educativos; e II - o desenvolvimento de atividades agrícolas, industriais, comerciais e de serviços), é obrigatório o uso da expressão "Cooperativa Social"	As Cooperativas Sociais, constituídas com a finalidade de inserir as pessoas em desvantagem no mercado econômico, por meio do trabalho, fundamentam-se no interesse geral da comunidade em promover a pessoa humana e a integração social dos cidadãos; Organização do trabalho, de maneira a minimizar as dificuldades gerais e individuais das pessoas em desvantagem que nelas trabalharem, desenvolverão e executarão programas especiais de treinamento com o objetivo de aumentar-lhes a produtividade e a independência econômica e social.	Pessoas em desvantagem: I – deficientes físicos e sensoriais; II – deficientes psíquicos e mentais, as pessoas dependentes de acompanhamento psiquiátrico permanente, e os egressos de hospitais psiquiátricos; III – dependentes químicos; IV – egressos de prisões; VI – condenados a penas alternativas à detenção; VII – adolescentes em idade adequada ao trabalho e situação familiar difícil do ponto de vista econômico, social ou afetivo.	Foco no social: - Promover a pessoa humana e a integração social dos cidadãos; Foco econômico: - Aumentar a produtividade; - Aumentar a independência econômica.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora apoiado na Lei nº 9.867/199933

Quadro 24 - Lei Antimanicomial

	Objetivos / Descrição	Serviço/ Órgão público constituído	Como aborda a questão do trabalho	Sujeito e destinatário	Concepção teórica
5. Lei 10.216/2001	Proteção dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. Redireciona o modelo da assistência psiquiátrica, regulamenta cuidados especial com os usuários internados por longos anos e prevê possibilidade de punição para internação involuntária, arbitrária e/ou desnecessária.	Tratamento preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.	Não aborda a questão do trabalho direta- mente, mas, afirma que um dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico é alcançar sua recuperação pela inser- ção na família, no tra- balho e na comunidade	Pessoas acometidas de trans- torno mental	Foco na construção do marco legal: - Acesso ao melhor tratamento de saúde; - Tratamento humano e digno; - Proteção contra qualquer forma de abuso e exploração; - Receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; Foco no Social: - Tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio; - O paciente há longo tempo hospitalizado, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora apoiado na Lei nº 10.216/2001³⁴

Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9867.htm>. Acessado em Jul/2015.
 Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acessado em Jul/2015.

Quadro 25 - Lei de auxílio

	Objetivos / Descrição	Serviço/ Órgão público constituído	Como aborda a questão do trabalho	Sujeito e destinatário	Concepção teórica
6. Lei 10.708/2003	Instituir o auxílio reabili- tação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.	"De Volta Para Casa", sob coorde- nação do Ministério da Saúde, é auxílio parte integrante de um pro- grama de ressocialização de paci- entes internados em hospitais ou unidades psiquiátricas. É garantida ao beneficiado a atenção continu- ada em saúde mental, na rede de saúde local ou regional.	Seguridade: o pagamento do auxí- lio-reabilitação psicossocial será suspenso quando alcançados os objetivos de reintegração social e autonomia do paciente. Ou seja, quando o indivíduo conseguir um trabalho que supra suas necessi- dades, este benefício será cor- tado, isso pode significar um im- passe na busca por autonomia e cidadania plena.	Pacientes acometi- dos de transtornos mentais, internados em hospitais ou uni-	Foco na construção do marco legal: - Auxílio financeiros aos pacientes egressos de hospitais psiquiátricos a voltarem para suas casas ou conseguirem novos locais para morar.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora apoiado na Lei nº 10.708/2003³⁵

Quadro 26 - III Plenária Brasileira de Economia Solidária

	Objetivos / Descrição	Serviço/ Órgão pú- blico constituído	Como aborda a questão do trabalho	Sujeito e destinatário	Concepção teórica
7. III Plená- ria Brasi- leira de Economia Solidária (2003)	Implantação do Conselho Nacional de Economia Solidária; Fomento à geração de trabalho e renda em atividades de economia solidária; Constituir e consolidar políticas públicas de economia solidária; Promover o consumo ético e comércio justo; Criar lei para regular a economia solidária; Definir conceitualmente os elementos da economia solidária; Desenvolvimento de um marco legal que atenda a todas as práticas de economia solidária;	As relações com o poder público devem se dar por espaços representativos da economia popular e solidária, como seria o caso de redes, fóruns e etc.	Princípios da Economia Solidária: Centralidade no trabalho autogestionário, posse coletiva dos meios de produção; Valorização social do trabalho humano; Valorização do saber local, da cultura e da tecnologia popular; Fomento da economia solidária a partir dos empreendimentos solidários; Consumo solidário e divulgação dos produtos da economia solidária; Economia solidária como alternativa ao capitalismo; Responsabilidade social; Desenvolvimento de cadeias produtivas locais e regionais fomentando a cooperação; Favorecer o protagonismo e a autonomia dos empreendimentos	Pessoas socialmente mais vulneráveis: mulheres, jovens e idosos	Foco econômico e social: - Economia solidária como instrumento de inclusão; - Instrumento de transformação social; - Valorização do trabalho humano; - Satisfação plena das necessidades econômicas; - Relação de intercâmbio e respeito com a natureza; - Afirmação de valores como cooperação, solidariedade; - Ruptura com a lógica capitalista

Fonte: Elaborado pela pesquisadora com base na 3ª Plenária Brasileira de Economia Solidária 36

³⁵ Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.708.htm
³⁶ Disponível em http://www.fbes.org.br/biblioteca22/III_plenaria_nacional_ES_ata.pdf.

Quadro 27 - Instituição das SENAES

	Objetivos / Descrição	Serviço/ Órgão público constituído	Como aborda a questão do tra- balho	Sujeito e destinatário	Concepção teórica
8. Decreto 4.764 /2003	Laggining.	Secretaria Nacional de Economia Solidária (SENAES), no âmbito do Ministério do Trabalho e Emprego com a seguinte estrutura organizacional: Departamento de Segurança e Saúde no Trabalho> SENAES> Departamento de Fomento à Economia Solidária> órgãos colegiados> Conselho Nacional de Economia Solidária	Estimular a criação, manutenção e ampliação de oportunidades de trabalho e acesso à renda, por meio de empreendimentos autogestionados, organizados de forma coletiva e participativa, inclusive da economia popular; Estimular as relações sociais de produção e consumo baseadas na cooperação, na solidariedade, na satisfação e valorização dos seres humanos e do meio ambiente	Trabalhado- res dos em- preendimen- tos solidá- rios	Foco econômico: - Combater o desemprego; - Medidas de incentivo ao desenvolvimento da economia solidária; Foco no social: - Contribuir para a construção da cidadania plena dos indivíduos socialmente excluídos ou que vivem em situação vulnerável

Fonte: Elaborado pela autora com base no Decreto nº 4.764/2003³⁷

Quadro 28 - Grupo de Trabalho de Saúde Mental e Economia Solidária

	Objetivos / Descrição	Serviço/ Órgão público constituído	Como aborda a questão do trabalho	Sujeito e destinatário	Concepção teórica
9. Portaria 353 (2005)	Institui o Grupo de Trabalho de Saúde Mental e Economia Solidária	Nova composição da Portaria Interministerial: I - Ministério da Saúde; II - Ministério do Trabalho e Emprego; III - Colegiado Nacional de Coordenadores de Saúde Mental; IV - Rede de Gestores de Políticas Públicas de Fomento à Economia Solidária; V - Fórum Brasileiro de Economia Solidária; VI - Rede de Experiências de Geração de Renda e Trabalho em Saúde Mental; VII - Usuários de Saúde Mental inseridos em Experiências de Geração de Renda e Trabalho vinculados a Serviços de Saúde Mental.	Realizar mapeamento das experiências de geração de renda e trabalho, cooperativas, bolsa trabalho e inclusão social pelo trabalho, realizadas no âmbito do processo de Reforma Psiquiátrica; Propor mecanismos de apoio financeiro para as experiências de geração de renda e trabalho; Propor atividades de formação, capacitação e produção de conhecimento na interface saúde mental e economia solidária, bem como do marco jurídico adequado.	Portador de transtorno mental	Foco no social: - Construir um efetivo lugar social para os portadores de transtornos mentais; - Promover ações que ampliem sua autonomia e melhora das condições concretas de vida; Foco na construção do marco legal: - Propor um marco jurídico adequado para Economia solidária.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora apoiado na Portaria do M.S. nº 353/200538

Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2004/Decreto/D5063.htm#art6>. Acessado em Jul/2015.
 Disponível em http://www.fenix.org.br/PORTARIAINTERMINISTERIAL353-marco-2005.pdf>. Acessado em Jul/2015.

Quadro 29 - Portaria de incentivo financeiro para projetos de inclusão social pelo trabalho

	Objetivos / Descrição	Serviço/ Órgão pú- blico constituído	Como aborda a questão do trabalho	Sujeito e destina- tário	Concepção teórica
10. Portaria 1.169 /2005	Destinar incentivo fi- nanceiro para municí- pios que desenvolvem Projetos de Inclusão Social pelo Trabalho, voltados às pessoas com transtornos men- tais e ou decorrentes do uso de álcool e ou- tras drogas.	Fortalecimento da Rede Municipal de Atenção à saúde mental.	Construir um efetivo lugar social aos portadores de transtornos mentais, por intermédio de ações que ampliem sua autonomia e melhora das condições concretas de vida, Entende-se que as ações de inclusão social pelo trabalho são atividades laborais de geração de renda, inserção econômica na sociedade e emancipação do usuário.	Pessoas porta- doras de trans- tornos mentais e/ou de transtor- nos decorrentes do uso de álcool e outras drogas.	, , ,

Fonte: Elaborado pela pesquisadora apoiado na Portaria do M.S. nº 353/2005³⁹

Quadro 30 - IV Conferência Nacional de Saúde Mental

	Objetivos / Descrição	Serviço/ Órgão pú- blico constituído	Como aborda a questão do trabalho	Sujeito e des- tinatário	Concepção teórica
11. IV Con- ferência Na- cional de Saúde Men- tal (2010)	Garantir o acesso a tratamento adequado sem qualquer forma de violação dos direitos humanos; Proposição de um marco legal para a abolição das práticas de tratamento cruel ou degradante; Enfatizar a necessidade de cursos permanentes de formação em direitos humanos para usuários, familiares e profissionais, incentivando a capacidade de autoconfiança; Promover campanhas educativas em todos os níveis; Inserir a temática "Direitos Humanos e Saúde Mental" na Política Nacional de Educação; combater ao estigma e o respeito à diversidade	Fortalecimento do Sistema Nacional de Vigilância sobre os casos de violên- cia, Conselhos de Saúde, suas Co- missões de Saúde Mental e Conse- lhos de Direitos Humanos	Ressalta de forma especial a importância da inclusão dos usuários da rede de saúde mental pelo trabalho, estimulando sua autonomia e autoestima, bem como de isenção tarifária de transporte coletivo; Garantir o acesso das pessoas em sofrimento psíquico a cursos técnicos, profissionalizantes e universidades, visando à inserção no mercado de trabalho; Criar e implementar uma política de inclusão produtiva no mercado formal de trabalho e de criação de projetos de trabalho e renda para as pessoas com transtornos mentais	Pessoas em sofrimento psíquico, pessoas com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, ou ainda, para presidiários ou egressos do sistema prisional com transtornos mentais	Foco na construção do marco legal: - Acessibilidade aos direitos humanos; - Políticas Públicas de reabilitação e ressocialização - Direitos sociais; - Conscientização da cidadania da pessoa em sofrimento psíquico; - Oferta de tratamento igualitário e inclusivo; Foco no social: - Convivência; - Respeito a diversidade; - Promoção da qualidade de vida; - Integridade física e mental dos usuários dos serviços de saúde; - Resgate da dignidade de ser sujeito; - Exercício da cidadania; - Sentimento de inclusão nos diversos meios sociais.

Fonte: Elaborado pela autora com base na 4ª Conferência Nacional de Saúde Mental⁴⁰

Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1169_07_07_2005.html. Acessado em Jul/2015
 Disponível em http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_final_l/vcnsmi_cns.pdf. Acessado em Jul/2015.

Quadro 31 - Il Conferência Nacional de Economia Solidária

	Objetivos / Descrição	Serviço/ Órgão público constituído	Como aborda a questão do trabalho	Sujeito e destinatário	Concepção teórica
12. Relatório Final da Il Conferencia Nacional de Economia Solidária (2010)	Mobilizar para a garantia como política de Estado o Direito ao Trabalho Associado e Autogerido; Apoio e fomento ao cooperativismo social e a regulamentação da Lei de Cooperativismo Social; Reconhecer os avanços que ocorreram nas políticas públicas de Economia Solidária nos últimos anos, frutos de um processo de mobilização social e de várias iniciativas governamentais nas esferas federal, estadual e municipal.	Criação e implantação do Sistema Nacional de Economia Solidária, articulando as iniciativas dos entes governamentais e da sociedade civil, promovendo a intersetorialidade e a integração entre as várias políticas que dialogam com a Economia Solidária, como estratégia de desenvolvimento sustentável; Para dar suporte a essas iniciativas, proposta de criação do Fundo Nacional de Economia Solidária, como instrumento de financiamento das Políticas Públicas de Economia Solidária e de fortalecimento dos empreendimentos econômicos solidários.	Reconhecimento dos empreendimentos econômicos solidários, como sujeitos de direito; Ampliação do acesso ao conhecimento por meio da educação, da formação, do assessoramento técnico e das tecnologias sociais; Ampliação do acesso ao crédito para os empreendimentos, bem como fortalecimento das iniciativas de finanças solidárias; Ampliação do acesso aos mecanismos e instrumentos de comercialização justa e solidária, incluindo a implantação do Sistema de Comércio Justo e Solidário e participação dos empreendimentos econômicos solidários nas compras governamentais.	Trabalha- dores asso- ciados	Foco Econômico: - Reconhecimento de um modelo de desenvolvimento sustentável; Solidário; Foco no social: - Organização econômica cuja finalidade principal é a redução das desigualdades de renda; - Distribuição de riqueza.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora apoiado no Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Economia Solidária⁴¹

Quadro 32 - Constituição da RAPS

	Objetivos / Descrição	Serviço/ Órgão público constituído	Como aborda a questão do trabalho	Sujeito e destinatário	Concepção teórica
13. Portaria nº 3.088/2011	Garantir a autonomia e a liberdade das pessoas; Combater estigmas e preconceitos; Garantir acesso aos serviços humanizados, centrado nas necessidades do usuário; Incluir a família no tratamento; Garantir articulação e integração dos pontos da Rede, por meio do acolhimento, acompanhamento contínuo e atenção às urgências; Desenvolver ações de redução de danos	Rede de Atenção Psicossocial (RAPS): I - Atenção Básica: Unidade Básica de Saúde (UBS), equipes consultórios na Rua e de apoio à Atenção Residencial de Caráter Transitório, Centros de Convivência, Núcleo de Atenção a Saúde da Famólia (NASF); II - Atenção Psicossocial Especializada: Centro de Atenção psicossocial (CAPS) I, II, III, AD, Infantil e Adualto; III - Atenção de Urgência e Emergência: Samu, Sala de Estabilização, Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24hs, Pronto Socorro (PS), UBS e CAPS; IV - Atenção de Urgência de Caráter Transitório: Unidade de Acolhimento, Serviço de Atenção em Regime Residencial; V - Atenção hospitalar: Enfermaria Especializada em Hospital Geral, Serviço Hospitalar de Referência; VI - Estratégias de Desinstitucionalização: Serviço de Residência Terapêutica e Programa de Volta para Casa; VII - Estratégias de Reabilitação Psicossocial: Geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais.	O Programa de Inclu- são Social pelo Traba- lho faz parte do com- ponente de reabilita- ção psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, com vistas à melhoria das condi- ções de vida de seus usuários e familiares.	Pessoas em sofrimento psíquico e adictos de alcool e ou- tras drogas	Foco na construção do marco legal: - Garantia do direito ao cuidado integral e a reabilitação psicossocial; Foco econômico: - Iniciativas de geração de trabalho e renda; Foco no social: - Reabilitação psicossocial; Foco na saúde: - Acompanhamento contínuo e atenção às urgências.

Fonte: Elaborado pela autora com base na Portaria do M.S. nº 3.088/2011⁴²

Disponível em <www.fbes.org.br index2.phpoption=com_docman&task=doc_view&gid=1324&Itemid=1>. Acessado em Jul/2015.
 Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acessado em Jul/2015.

Quadro 33 - Saúde em Dados 10

	Objetivos / Descrição	Serviço/ Órgão público constituído	Como aborda a questão do trabalho	Sujeito e destinatário	Concepção teórica
14. Saúde Mental em Dados 10 (2012)	Apresenta um quadro geral da rede de atenção; Identifica os principais desafios e propõe a construção de estratégias para garantir a acessibilidade e qualidade dos serviços da rede.	Especifica a estratégia das Redes de Atenção à Saúde, mais especificamente em relação à Política de Saúde Mental a Rede de Atenção Psicossocial foi escolhida como uma das redes prioritárias	Enfatiza a parceria entre o Ministério da Saúde e a Secretaria Nacional de Economia Solidária/SENAES, do Ministério do Trabalho e Emprego, surge a política de incentivo técnico e financeiro para as iniciativas de inclusão social pelo trabalho, estabelecendo as diretrizes para o Programa de Inclusão Social pelo Trabalho.	Crianças e adolescentes, usuários de álcool e outras drogas, população indígena e população em situação de violência e vulnerabilidade social, pessoas com transtornos mentais.	marco legal:

Fonte: Elaborado pela pesquisadora com base na Saúde Mental Dados 10⁴³

Quadro 34 - Instituição do Pronacoop

	Objetivos / Descrição	Serviço/ Órgão público consti- tuído	Como aborda a questão do trabalho	Sujeito e desti- natário	Concepção teórica
15. Decreto Nº 8.163 (2013)	Planejar, coordenar, executar e monitorar as ações voltadas ao desenvolvimento das cooperativas sociais e dos empreendimentos econômicos solidários sociais.	Fica instituído o Programa Nacional de Apoio ao Associativismo e ao Cooperativismo Social - Pronacoop Social. O Comitê Gestor é composto por: sociedade civil + I - Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Ministério da Justiça, Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República e Secretaria-Geral da Presidência da República.	Incentiva a formalização dos empre- endimentos econômicos solidários sociais em cooperativas sociais; Promove o fortalecimento institucio- nal das cooperativas sociais e dos empreendimentos econômicos soli- dários sociais, e a qualificação e for- mação dos cooperados e associa- dos; Promove o acesso ao crédito; Promove o acesso a mercados e à comercialização da produção; Incentiva a formação de redes e ca- deias produtivas; Monitora e avalia os resultados e al- cances sociais e econômicos das po- líticas de apoio ao cooperativismo e ao associativismo social.	Pessoas em situação de desvantagem	Foca no social - Respeito à dignidade; - Respeito pela diferença, como parte da diversidade humana; - Independência; - Autonomia individual e coletiva; Foca na construção do marco legal: - Não discriminação; - Articulação e integração de políticas públicas para a promoção do desenvolvimento local e regional - Promoção de igualdade de oportunidades; Foco econômico: - Geração de trabalho e renda.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora com base no Decreto nº 8.163/2013⁴⁴

Disponível em https://saudeecosol.files.wordpress.com/2012/03/saude-mental-em-dados-10-ms.pdf>. Acessado em Jul/2015.
 Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Decreto/D8163.htm>. Acessado em Jul/2015.

No Brasil, o sistema que justifica a construção da lei é o sistema democrático de direito que advém da Constituição Federal. A Constituição Federal é a lei máxima, na qual se baseiam todas as outras leis⁴⁵.

Por meio dos quadros teóricos, observou-se a evolução da legislação de saúde mental e inclusão social pelo trabalho, que evidencia um salto qualitativo entre o fim do século XX até os dias atuais. Isso é facilmente comprovado, se observar a mudança de nomenclatura do "foco, sujeito e destinatário" de cada documento. Percebese que, nos primeiros documentos, as pessoas com transtornos psíquicos eram denominadas de pacientes, deficientes mentais, pessoas dependentes de acompanhamento psiquiátrico, pessoas acometidas de transtornos mentais, portador de transtornos mental, trazendo a ideia de pessoas socialmente mais vulneráveis e reafirmando o estigma e preconceito.

Apenas a partir de 2010, na IV Conferência Nacional de Saúde Mental, que o termo "pessoas em sofrimento psíquico" foi introduzido a esse contexto. Entretanto, documentos mais técnicos, com fins estatísticos, como o Saúde Mental em Dados (2012) ainda se referem a pessoas com transtornos mentais. Tal observação se faz importante, não apenas pela mudança na forma de denominar, mas, justamente pela evolução do olhar a essas pessoas em situação de desvantagem. No fim do século XX, a ideia de cidadania plena era a que se entende como reabilitação psicossocial de Saraceno, porém, as leis desse período foram abrangendo gradualmente a complexidade desse conceito.

A Lei nº 8.080 de 1990 foi, sem dúvida, uma das maiores conquistas a todos os cidadãos brasileiros, pois, além de garantir assistência e promoção à saúde, determina que o Estado é o ente responsável para prover tais condições. A partir deste marco, foi possível a criação de Portarias como a 224, que regulariza e formaliza as funções dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPs), tendo em vista a humanização da assistência e preservação do direito das pessoas com transtornos mentais.

Mas, foi na Lei nº 10.2016 de 2001, que a Luta Antimanicomial colhe seu mais significativo fruto, ficando extinta a criação de novos leitos psiquiátricos e o fechamento

Disponível em: http://www2.camara.leg.br/participe/fale-conosco/perguntas-frequentes/processo-legislativo#%230. Acessado em Jul/2015.

gradual dos hospitais psiquiátricos. Este marco regulatório foi uma vitória para a militância da Reforma Psiquiátrica, alavancando a criação de dispositivos substitutivos ao manicômio, ao incentivar o tratamento em serviços comunitários, com a finalidade permanente de reinserir as pessoas com transtornos mentais em seu meio social. A lei não aborda diretamente a questão do trabalho ou a atividade de geração de renda para ampliar a autonomia e contribuir para construção plena do indivíduo, porém, afirma que também é seu direito um tratamento inserido na família, no trabalho e na comunidade.

Já em relação às leis de incentivo à geração de renda e inclusão social pelo trabalho, alguns embates são percebidos. A III Plenária Brasileira de Economia Solidária de 2003 e a II Conferência Nacional de Economia Solidária reconhecem e afirmam o trabalho associado, autogerido e solidário, como uma forma de organização econômica, cuja finalidade principal é a redução das desigualdades sociais. Entretanto, os empreendimentos econômicos solidários ainda encontram muitas barreiras para participarem plenamente da sociedade, e isso ocorre, sobretudo, pelos entraves gerados pela Lei de Cooperativismo Social de 1999.

Por mais que a Lei nº 9.867/1999 regulamente a criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais e destine-se também às pessoas em sofrimento psíquico e egressos de hospitais psiquiátricos, a lei não responde às demandas das sociedades cooperativas autênticas alinhadas aos princípios e finalidades originais do cooperativismo, garantindo o direito à livre representação das cooperativas, com regime tributário e fiscal especial. Por sua vez, o Decreto nº 8.163/2013 (Pronacoop) vem para suprir essas fragilidades, destinando a todas as pessoas em situação de desvantagem além de promover o fortalecimento institucional das cooperativas sociais e dos empreendimentos econômicos solidários sociais, a qualificação e formação dos cooperados e associados. Também é importante destacar que a concepção teórica deste decreto é o respeito à dignidade humana, promoção de igualdades, oportunidades e inclusão dessas pessoas na sociedade.

No Brasil, a economia solidária começou a se constituir de forma mais representativa na década de 1980, com o surgimento de várias cooperativas de empresas de autogestão e outros empreendimentos. Com o Decreto nº 4.764/2003, houve a criação da Secretaria Nacional de Economia Solidária (SENAES), no âmbito do

Ministério do Trabalho e Emprego, para responder positivamente às mobilizações feitas no campo da economia solidária por meio de seminários, plenárias e fóruns. Sem dúvida, este decreto foi um marco legal importantíssimo para legitimar e incentivar a criação de mais cooperativas de trabalho e empreendimentos solidários.

Destaca-se também a Portaria nº 1.169/2005 que implantou uma via direta de financiamento para municípios que desenvolvem projetos de inclusão social pelo trabalho, voltados às pessoas com transtornos mentais e/ou usuários de álcool e outras drogas. Isso fez com que mais investimento fosse destinado às atividades de geração de renda, fazendo com que o indivíduo portador de transtornos psíquicos aumente sua autonomia, construa seu efetivo lugar social e melhore concretamente sua condição de vida.

As diretrizes legais que construíram a interface entre a Economia Solidária e a Saúde Mental solidificam-se a partir dos anos 2000. A Portaria nº 353/2005 institui o Grupo de Trabalho de Saúde Mental e Economia Solidária, cujo foco era contribuir para a construção de um lugar social às pessoas com transtornos mentais, promovendo ações que ampliassem sua autonomia e resgatasse a dignidade perdida, pela regularização adequada das atividades de geração de renda.

Assim, em 2011, foi necessária a criação de uma portaria que regulamentasse esses serviços alternativos à lógica manicomial, constituídos na comunidade. A Portaria nº 3.088/2011 firmou a constituição da Rede de Atenção Psicossocial, que classificou e regulamentou todos os serviços públicos substitutivos ao manicômio, isto é, Núcleo de apoio à família (NASF), os CAPs (ad e infantil), Consultórios e rua, Programa de Volta Para Minha Casa (cujo o objetivo é fazer com que o usuário reencontre sua família e que a mesma possa cuidar dele). A RAPS formaliza todos os serviços da Rede e visa a garantir a articulação entre si. Além disso, a reabilitação psicossocial constitui um dos eixos da RAPS, por meio de empreendimentos econômicos solidários e outras iniciativas de geração de trabalho e renda. Este detalhe é muito importante, uma vez que os serviços da rede psicossocial do SUS precisam caminhar na mesma direção de reconstrução da cidadania plena do cidadão.

No empreendimento Econômico Solidário, o sujeito é entendido como ser social, enfocando seu processo de formação no sentido da emancipação. Na economia

solidária, objetiva-se o desenvolvimento de uma forma de economia mais justa que tem como características a igualdade e a solidariedade. O trabalho constitui a ferramenta mais importante para a emancipação social das pessoas, um recurso que promove autoconhecimento, autorrealização e ajuda para diminuir a ociosidade. Assim, entendese que o desenvolvimento de atividades de trabalho e renda estão diretamente relacionadas ao processo de reabilitação psicossocial.

Na perspectiva da Reabilitação Psicossocial, uma regulamentação da política de Economia Solidária seria a evolução na luta começada pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica, que visava a emancipação e a retomada da autonomia do usuário. A interface entre Saúde Mental e Economia Solidária, ao incluir socialmente as pessoas com sofrimento psíquico de uma forma humana e protegida, desenha-se como uma tecnologia social necessária para que, de fato, ocorra a reconstrução dos três cenários fundamentais do indivíduo: habitat, mercado e trabalho.

Por meio da criação e análise dos quadros teóricos/conceituais dos documentos brasileiros de saúde mental e inclusão social pelo trabalho, concluí-se que a legislação por sí só não soluciona todos os problemas enfrentados no cotidiano, mas, representa uma forte ferramenta que possibilita alcançar esses objetivos, visto que a legislação brasileira a partir de 1990 está demarcada no conceito da promoção à saúde. Vale destacar que o cumprimento da lei só será alcançado com a cobrança e exigência permanente de todos os atores sociais envolvidos, isto é, da plena participação da sociedade.

As diretrizes descritas e suas bases conceituais contribuem para a criação de uma lei da Economia Solidária e constituem importantes caminhos para a legitimação dessa política pública brasileira de inclusão social pelo trabalho das pessoas em sofrimento psíquico. Uma vez que a legislação contribui com grande importância para impulsionar a construção de políticas, diretrizes, planos e programas que promovam o respeito pela dignidade da pessoa humana, diminuiem o estigma e preconceito e promovem a integração social daqueles que necessitam de cuidados específicos para entrarem em situação de igualdade com o restante dos cidadãos.

5 DISCUSSÃO

Um dos princípios básicos da OMS é afirmar que a saúde é o estado de completo bem-estar fisico, mental e social e não só a ausência de doenças. Entretanto, a falta de acesso a um cuidado de saúde integral é agravado, quando o indivíduo está fora do jogo econômico-produtivo.

A perspectiva global da construção dos direitos mostra que o Estado é o responsável em prover aos cidadãos, os direitos sociais, como a saúde e o trabalho.

Os diversos documentos celebrados para afirmar e assegurar os direitos políticos, civis, econômicos, sociais e culturais do ser humano, mostram que as organizações internacionais trabalham para construir objetivos e diretrizes que assegurem os direitos básicos de sobrevivência do cidadão em qualquer lugar do mundo. Posteriormente, essas diretrizes foram incorporadas, baseadas nas culturas de cada país.

Já os documentos internacionais, selados para garantir os direitos à saúde mental, convergem para a garantia dos direitos humanos básicos às pessoas com transtornos psíquicos, uma vez que seus direitos foram duramente esquecidos e desrespeitados ao longo da história. Tais diretrizes são focadas na proteção de abusos nas práticas de atenção psiquiátrica ou punições cruéis, estabelecimento de critérios para a admissão involuntária, políticas que integrem totalmente o indivíduo na sociedade, por meio de serviços de tratamento comunitário, visando à eliminação do estigma e preconceito e promoção de sua dignidade.

A atividade de geração de renda é amplamente difundida nesses documentos, devendo estar contida no direcionamento dos serviços de saúde e de reabilitação, para a reconstrução da identidade desse indivíduo. No bojo dos movimentos globais da Reforma Sanitária e nas diretrizes da OMS, diversos países começaram a ser questionados sobre suas práticas psiquiátricas e iniciaram a criação de novas alternativas que modificassem os asilos psiquiátricos e os tornassem hospitais mais humanizados, até o momento em que ficou evidente a necessidade de uma reforma manicomial completa.

A partir da Reforma Psiquiátrica, as diretrizes de desinstitucionalização caminharam paralelamente com os serviços de atenção. Para tal, a Organização Mundial de Saúde proporcionou relatórios que direcionassem o caminho que as políticas de saúde mental deveriam tomar, focando na integração com a comunidade e na criação de serviços substitutivos, para que a reabilitação psicossocial fosse concretizada. Um exemplo disso é o está contido no relatório de *Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários. Uma perspectiva global* (OMS, 2009), no qual o tratamento deve ser proporcionado perto da casa do indivíduo e dentro da comunidade, e os medicamentos devem ser oferecidos pelos serviços de cuidados primários.

Além disso, outra diretriz da OMS (2005) afirma que a promoção da saúde mental e o acesso aos serviços de tratamento devem ser proporcionados em toda a sociedade, isto é, a saúde não é apenas ausência de doença, e sim um conjunto de práticas que, quando relacionadas entre si de forma harmoniosa, promovem saúde e saúde mental à população. Como por exemplo, a garantia de acesso ao serviço de saúde básico e a indicação para um serviço específico de saúde mental geram um sentimento de segurança e bem-estar nesse indivíduo, fazendo com que sua condição atual de saúde mental não seja agravada.

Tais princípios e diretrizes só podem ser realmente concretizados quando existe uma legislação que os assegure e os torne obrigatórios para o país. Ao longo desta pesquisa, tornou-se bastante evidente a importância da legislação para avançar na conquista e proteção dos direitos das pessoas com sofrimento psíquico. Políticas que proíbem a discriminação contra essa população vulnerável são fundamentais para que áreas, como empregabilidade, abrigo e educação não se tornem cada vez mais de difícil acesso. A legislação também se faz fundamental na luta contra a violação de seus direitos de liberdade e na garantia do cuidado adequado, para que ninguém receba nenhum tipo de tratamento contra sua vontade.

A Reforma Psiquiátrica foi de extrema importância para a conquista e segurança dos direitos das pessoas com sofrimento psíquico. Sem dúvida nenhuma, seu principal resultado foi a constituição dos serviços terapêuticos comunitários. O tratamento em comunidade casa perfeitamente com o caminho traçado para se obter a reabilitação psicossocial, ou seja, ações afirmativas que perpetuem e protejam os direitos civis,

políticos, econômicos e sociais das pessoas com transtorno mental à reconstrução plena da dignidade.

O fato é importante, quando a doença mental não recebe o cuidado adequado, além de causar grande sofrimento, constitui uma enorme carga global, pois a invalidez taxada à pessoa causa impáctos negativos à economia do país. Para solucionar estes entraves, a Organização Mundial de Saúde, em 2000⁴⁶, sugeriu que os gestores públicos e grupos privados de saúde corresponsabilizassem-se por este custo social e econômico da carga global da doença mental. Tal diretriz visa interromper com o ciclo negativo de vulnerabilidade, causado pelo estigma e o preconceito ao gerar mais empobrecimento e mais doença mental. Para tal, o Estado deve criar ações afirmativas que amenizem as desigualdades sociais e a discriminação.

Entretanto, a dinâmica do trabalho capitalista cria uma barreira intransponível para que pessoas que se encontrem à margem da sociedade em razão de transtornos psíquicos, entrem nessa lógica de geração de renda. Procurando encontrar meios para solucionar os problemas neste cenário, o presente estudo propôs-se a explanar as formas contra-hegemônicas que tiveram como objetivo a inclusão social de pessoas marginalizadas e vulneráveis, por intermédio de um projeto de geração de renda.

Entende-se que o trabalho deriva de um processo social, político e econômico que ameniza as carências e desigualdades que as pessoas excluídas acabam por viver. A garantia desse conjunto de direitos humanos e liberdades fundamentais compõe um conjunto efetivo real para a liberdade de escolha e ação. Sendo assim, as abordagens dos direitos humanos para garantir direito à atenção da saúde e ao trabalho fundamentase em uma análise complexa da pobreza e mudanças sociais, apoiando setores marginalizados e visando a engajá-los em ações inovadoras e protagonistas de suas vidas (TURIANO; SMITH, 2008 apud VENTURA, 2011).

O processo de construção da autonomia ocorre paralelamente no movimento de construção dos sujeitos empoderados de seus direitos individuais e coletivos. Desse modo, ao aumentar o acesso à informação sobre seus direitos, é possível que o indivíduo amplie sua rede de dependência (pessoas, lugares, instituições), desenvolvendo uma

102

_

⁴⁶ Fonte: Organização Mundial da Saúde / Organização Pan-Americana da Saúde. Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001. Saúde Mental: nova esperança, nova concepção. p. 55. whr@who.int

rede de apoio na qual se torna possível um maior grau de autonomia (EMERICH *et al.*, 2014).

Como foi visto no decorrer da pesquisa, diversos documentos e declarações foram celebrados com o propósito de proteger os direitos humanos e garantir a dignidade e a autonomia dos portadores de doenças mentais, visando a promoção e a melhoria da vida e o bem-estar social. A partir de esforços coletivos, nos últimos 60 anos, dois grandes movimentos sociais internacionais emergiram: o movimento de proteção internacional dos direitos humanos e o movimento pelos direitos dos deficientes (VENTURA, 2011).

Os direitos sociais (chamados de direitos de segunda dimensão) necessitam de uma postura extremamente ativa do Estado para sua garantia. Todavia, quando se trata de pessoas em sofrimento psíquico que, muitas vezes, não possuem pleno conhecimento e consciência de seus direitos para viver com dignidade, liberdade, igualdade e equidade, espera-se uma atuação muito mais decisiva do ente estatal, que assegure o exercício de seus direitos individuais (primeira dimensão, civis e políticos) e de seus direitos econômicos, sociais e culturais (segunda dimensão) (VENTURA, 2011).

Outro aspecto importante foi o esclarecimento do conceito do trabalho no mundo moderno. Se, por um lado, entende-se que garantia dos direitos sociais, incluindo o trabalho, é dever do Estado, o sistema capitalista assume outra lógica. Nesse sentido, pode-se afirmar que existem tensões entre as regras do mercado e a proteção dos direitos humanos sociais, uma vez que a lógica do liberalismo econômico, a qual prevê a minimização do papel do Estado, contrapõe-se à necessidade de atuação do Estado, por meio de ações afirmativas, para efetivação dos direitos sociais (CHAPMAN, 2002; BERTHELOT, 2007 apud VENTURA, 2011).

Esses conflitos ficam mais acirrados à medida que a exclusão social caracteriza-se não apenas pela privação material, mas também porque desqualifica seu portador, uma vez que lhe retira a qualidade de cidadão e de ser humano, portador de desejos, vontades e interesses legítimos que o identificam e o diferenciam (ESCOREL, 2004 apud VENTURA, 2011).

Portanto, é mais que visível que se busquem novas formas para lidar com a pobreza, a crescente insegurança econômica e a falta de acesso integral à saúde que as pessoas em sofrimento psíquico encontram no cenário global.

A fim de obter uma melhor compreensão a respeito das políticas e diretrizes que o Brasil utilizou para trilhar um caminho de inclusão social das pessoas com transtornos mentais por meio do trabalho, este estudo buscou embasamento na origem do cooperativismo social. Tal relação tornou-se a principal motivação para construção desse comparativo entre as políticas de inclusão social pelo trabalho no Brasil e Inglaterra, uma vez que o cooperativismo revolucionário tem suas origens na Inglaterra.

O movimento inglês nasceu como resposta ao empobrecimento das pessoas excluídas do capitalismo industrial e, ainda hoje, serve de grande inspiração para a construção de uma forma diferente de se fazer economia e gerar renda. Entretanto, ao analisar os resultados obtidos nesta pesquisa, percebe-se que os dois países acabaram por trilhar caminhos diferentes em relação à construção dessas políticas.

O cooperativismo social é uma forma de se gerar trabalho e renda, porém, o que lhe confere caráter social implícita é a atividade laboral, que é o produto gerado para responder a uma necessidade coletiva embutida de todas as relações sociais referidas a este objeto e instrumento. Além disso, conforme a visão marxista, o trabalho capitalista aliena o trabalhador, pois separa-o do produto final e explora sua força de trabalho.

Entretanto, este estudo acabou por sinalizar dois resultados distintos em relação à política de inclusão social pelo trabalho na Inglaterra e no Brasil. O primeiro resultado é a política da Economia Solidária no cenário brasileiro, que vai completamente na contramão do trabalho hegemônico, isto é, não impõe nenhuma atividade contra a vontade do trabalhadore não o explora ou o aliena, fazendo com que tenha consciência de sua produção final. O trabalho na Economia Solidária respeita o desejo individual, gerando renda sem produzir mais sofrimento psíquico.

O segundo resultado obtido no cenário inglês intriga um pouco mais, afinal o modelo IPS direciona as pessoas com transtornos mentais para o mercado formal de trabalho. Entretanto, os princípios desse modelo de inclusão, como por exemplo, alocação em uma atividade de total interesse pessoal, respeito do desejo individual, fazem com que esta abordagem não seja alienante em relação à função naquele local de

trabalho específico e na sociedade, fazendo com que o trabalhador sinta-se incluso, resgatando seu sentimento de pertencimento e cidadania.

Ambas as abordagens não aumentam a lógica feroz, competitiva e excludente do mercado formal de trabalho (capitalista), muito pelo contrário, elas produzem soluções eficazes para uma estrutura que gera desemprego e exclusão a pessoas que não respondem, eficientemente, à sua dinâmica. Sujeitos mais concientes de seus direitos individuais e coletivos aumentam sua rede de contato, fazendo com que se sintam mais apoiados e, assim, aumentem sua autonomia e a reconstrução integral de sua dignidade e sentimento de cidadão.

Em relação aos direitos das pessoas com transtornos mentais, a Inglaterra é um país com um compromisso histórico bem estruturado, no que diz respeito à segurança desses direitos. Os registros do século XIX mostram a existência de comissões que julgavam laudos médicos, para determinar a permanência ou não em asilos psiquiátricos e tal decisão era mantida por um limite de tempo, precisando ser revista constantemente. Além disso, existiam outras comissões que fiscalizavam o funcionamento dos hospitais psiquiátricos e sua estrutura. Chama atenção o fato de que a primeira lei de saúde mental tenha sido feita em 1913 (*Mental Deficiency Act*), sendo criados conselhos locais e um quadro jurídico, para direcionar o tipo de tratamento que o indivíduo obteria, se seria na comunidade ou isolado em um hospital.

Portanto, a partir do momento em que foram definidas as novas diretrizes de saúde pública (após a criação do *NHS*), a construção do direito à promoção da saúde mental na Inglaterra tem como principal característica o cuidado integral do indivíduo na atenção primária de saúde. Este modelo de cuidado é composto, desde a triagem com o médico clínico geral, o encaminhamento ao serviço específico de saúde mental e o acompanhamento de uma equipe multidisciplinar, visando à sua permanência na comunidade.

A Rede de atenção integral em Saúde Mental em todos os níveis de complexidade concentra esforços na atenção primária diretamente ligada às unidades básicas e comunidades. Tais estratégias (em consonância com o Community Care Act 1990) foram criadas em conjunto com a atenção primária de saúde, as Normas de Qualidade e Resultados e as Normas de Serviço Nacional de Saúde Mental, conduzem

práticas que permitem a promoção da saúde mental, podendo antecipar uma crise, avaliando a qualidade dos serviços prestados pelos médicos clínicos gerais, além de promoverem o acesso à saúde mental e sua integração nos cuidados de saúde primários.

No cenário inglês, a promoção à saúde mental é caracterizada por ter um grande laço com o governo, isto é, o Estado tem grande preocupação com essa temática. Portanto, o caminho das diretrizes de inclusão social dessa população mantém a mesma lógica. A política de geração de renda na Inglaterra e no País de Gales que possui grande apoio e investimento do *National Health Service (NHS)* é o modelo IPS (*Individual Placement and Support*), que vem demonstrando os melhores índices de "recovery" (recuperação total do indivíduo com sofrimento psíquico).

O modelo IPS é um serviço individual e direto para encontrar um emprego competitivo. O segredo está exatamente nas três primeiras letras do título, é um jeito individual de trabalhar com as pessoas, isto é, ajudá-las a encontrar e colocá-las em um emprego, para depois prover o suporte requerido para que essas pessoas obtenham sucesso nessa atividade. Ao longo dos anos, o *NHS* percebeu que não importa quem eles vão acessar, retornar ao trabalho é a chave-mestra para alcançar a recuperação total e integral (*recovery*). Portanto, o *NHS* como uma organização de saúde do Estado, entende que tem o dever de aprofundar este tema e reunir esforços para concretizar tais ações.

Neste tipo de abordagem, não há uma preparação pré-vocacional ou uma espécie de treinamento prévio. O *modus operandi* do IPS é *place and training*, isto é, em primeira instância o emprego é encontrado, o indivíduo começa a trabalhar e, logo em seguida, ele recebe o treinamento específico para a posição em questão. Não há treinamento genérico para conseguir habilidades genéricas e, assim, voltar ao mercado formal de trabalho. Comparado com outros serviços de controle (*train and place*), o IPS é duas a três vezes mais efetivo (CRAIG *et al.*, 2014).

A cooperação entre os Serviços de Saúde Mental e as Agências de Empregos é essencial para que essas pessoas possam encontrar empregos competitivos. Estes dois entes trabalham juntos em prol do mesmo objetivo. Uma das vantagens que essa abordagem contém é fazer com que o serviço de saúde mental trabalhe e caminhe

adiante, para além do tratamento de saúde, focando também nas necessidades individuais.

Em razão da abordagem do modelo IPS ser recente, os estudos estão começando a ser publicados. Entretanto, já existem ensaios provando a eficácia do modelo. Estudos mostram que o diagnóstico e sintomas não são suficientes para dizer se a pessoa vai ser bem sucedida em um emprego competitivo ou não. Alguns estudos já vêm mostrando que os itens principais para fazer com que essa abordagem do modelo IPS dê certo é certificar-se de que a pessoa esteja motivada a retornar para um emprego e acreditar em sua capacidade (CRAIG et al., 2014).

Há tendência em acreditar que o trabalho competitivo é uma atividade estressante e que talvez possa agravar a saúde mental do indivíduo. Entretanto, a visão do *NHS* é de que o estresse é muito relativo, pois, quando se trata de desemprego, a literatura mostra que é muito mais estressante e danosa para a saúde mental estar desempregado do que empregado (atividade laboral que gere renda e atenda às expectativas).

Para o *NHS*, é entendido que o **trabalho competitivo** seja o objetivo lógico da maioria das pessoas, é o que as pessoas desejam fazer e, portanto, esse vem sendo o foco do programa. A elegibilidade do trabalho é inteiramente baseada na vontade e na decisão do indivíduo. É de extrema importância atender às preferências da pessoa, pois ela precisa gostar do que faz para que continue querendo trabalhar. Neste quesito, o programa é bastante pragmático, pois a procura por emprego é feita em 4 semanas, para não criar muita ansiedade e falsas expectativas (CRAIG *et al.*, 2014).

Outro princípio bastante desafiador é como integrar o serviço de saúde com o serviço de emprego, levando um tempo de, aproximadamente, 6 a 9 meses. Entretanto, quando o elo de confiança e respeito é contruído entre os indivíduos e os profissionais de saúde, os benefícios começam a surgir. O suporte é provido em todo o processo, antes, durante e depois que se consegue um emprego, por meio de um "employment specialist". O "employment specialist" torna-se o melhor amigo e conselheiro da pessoa, questiona o que ele deseja fazer, no que ele gostaria de trabalhar, aconselha a focar no que, realmente, quer fazer e no que fará bem à saúde etambém ajuda o indivíduo a preparar-se para as entrevistas e a contactar os empregadores.

Um dos desafios do modelo IPS é lidar com os três serviços: sistema de saúde, sistema cuidado social e o sistema financeiro, fazer com que esses três serviços trabalhem juntos e integrados. Este modelo também tem como objetivo extinguir o estigma e o preconceito, pois é focado na intervenção antecipada (early intervention), adota as evidências baseadas nas práticas, foca em trabalho resolutivo e na integração dos serviços. O objetivo final dessa abordagem é fazer com o que o indivíduo sinta-se feliz, positivo sobre o futuro, saudável e motivado a traçar novos caminhos para sua vida, isto é, melhorar a qualidade de vida da pessoa, sair da inabilidade para a habilidade.

Este modelo está de acordo com as diretrizes da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2010), pois constitui um programa de emprego integrado ao serviço de saúde mental que promova treinamento vocacional e suporte constante à pessoa com transtorno mental.

Já a construção do direito à promoção da saúde mental no Brasil difere da Inglaterra, além de ter sido um processo mais recente, a ideia de direito à saúde na vida dos brasileiros não é suficientemente fortalecida. Entende-se a saúde pública mais como uma regalia do Estado do que propriamente um direito. Somado a isso, a garantia dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais foi bruscamente ignorada e desrespeitada, pois esses indivíduos possuem muito mais dificuldade de questionarem a respeito do modo como são tratados. Para isso, as diretrizes e leis começam a traçar um outro caminho de reconstrução da cidadania e dignidade perdidas.

A partir da década de 1970, com o movimento da Reforma Psiquiátrica, o Brasil começa a construir um caminho de direitos humanos, de acordo com os parâmetros internacionais. A Reforma Psiquiátrica ocorreu, paralelamente, com o movimento da Reforma Sanitária e, com isso, a elaboração do Sistema Único de Saúde (1990). Em sua constituição, a saúde revela ser um direito fundamental do ser humano e um dever do Estado prover as condições indispensáveis para seu exercício, indicando que a saúde não é apenas a ausência de doença, e sim a promoção de bem-estar social.

A partir de meados da década de 1990, a Estratégia Saúde da Família, foi constituída e trabalha nos moldes da Atenção Primária. Esta forma de operacionalização (integração da saúde mental aos cuidados primários) é semelhante à estratégia de saúde da Inglaterra, uma vez que os dois países procuram seguir as normas e diretrizes da

OMS. Portanto, no mesmo período, equipes de supervisão, controle e avaliação foram constituídas para interagirem com os os estabelecimentos públicos de saúde que prestam serviços de saúde mental.

O marco da luta da Reforma Psiquiátrica foi a aprovação da Lei Federal nº 10.216/2001, chamada Lei Paulo Delgado, que redireciona o dinheiro público da saúde para não mais construir leitos psiquiátricos em manicômios, e sim a criação de dispositivos substitutivos ao manicômio. Para tanto, foram constituídos os Núcleos e Centros de Atenção Psicossocial, Residência Terapêutica, Unidade Básica de Saúde, Hospital-dia para pessoas com transtornos mentais, serviço de urgência psiquiátrica e leitos em hospital-geral.

Este novo modelo não hospitalocêntrico fomentou a construção de um sujeito mais autônomo, que recupera seu papel social participação política, deseja ser inserido novamente em seu meio social e, para isso, retornar ao mundo do trabalho. Para alcançar esses objetivos, a criação da RAPS foi de extrema importância, uma vez que essa portaria é a diretriz mais atual da conduta dos serviços disponíveis, e os dispositivos substitutivos foram se aprimorando. Dentro da estratégia da RAPS, o principal caminho para a reabilitação psicossocial é por meio do trabalho e geração de renda.

A luta da Reforma Psiquiátrica nos respalda de dispositivos legais em prol dos direitos humanos e cidadania (dimensão jurídico-política), visando garantir cuidados territoriais (dimensão técnico-assistencial) e fomentar a inscrição social e a convivência (dimensão sociocultural). Em outras palavras, esse movimento conseguiu avançar na legitimação do usuário dos serviços de saúde mental, como protagonista de sua própria história e cogestor de sua vida.

A partir dessa ideia, a Economia Solidária corrobora a defesa dos direitos e da cidadania, uma vez que constitui mecanismos de inscrição social e convivência, pela da atividade de geração de renda. Este modelo de inclusão social pelo trabalho percorre um caminho antagônico ao sistema econômico capitalista. Enquanto o capitalismo exclui de seu *modus operandi* as pessoas que não possuem mão de obra especializada, que não conseguem trabalhar sob alto estresse e competitividade e estão dentro de grupos vulneráveis ou minorias, a Economia Solidária surge como uma tecnologia social que promove atividades de geração de renda para essas pessoas.

Portanto, a Economia Solidária é uma estratégia de enfrentamento da exclusão social e precarização do trabalho, nas quais os Empreendimentos Econômicos Solidários, Cooperativas e Associações sustentam-se de forma coletiva, justa e autogestionárias. Em construção por força da organização dos atores da Reforma Psiquiátrica e por ser uma prática inovadora, a Política Nacional de Saúde Mental e Economia Solidária não é uma temática muito abundante. A produção científica deste tema encontra-se em publicações do Ministério da Saúde sobre Saúde Mental e do Ministério de Trabalho e Emprego.

Em razão do propósito de formação da Economia Solidária, criou-se a interface entre ela e a saúde mental, uma vez que os sujeitos com sofrimento psíquico constituem um grupo de pessoas vulneráveis, necessitando de cuidados especiais para alcance da igualdade de oportunidades e direitos. Para isso, a Economia Solidária prontifica-se em inserí-los em uma atividade de geração de renda. É justamente por intermédio dessa interface que a reabilitação psicossocial acontece de fato, ao solidificar os projetos de reconstrução da cidadania e autonomia do indivíduo, reinserindo-o na sociedade por meio de uma forma que gere renda para seu autossustento e, assim, a recuperação total de sua dignidade e sentimento de cidadão.

A investigação desses dois modelos divergentes de inclusão social pelo trabalho das pessoas com sofrimento psíquicos permitiu a construção de um quadro comparativo.

Quadro 35 - Resumo comparativo entre os modelos de inclusão social pelo trabalho das pessoas com transtornos mentais: Brasil e Inglaterra

	INGLATERRA	BRASIL
MODELO	Individual Placement and Support (IPS)	Economia Solidária
Princípios	Inclusão social pelo trabalho competitivo, direto no mercado formal de trabalho.	Na contramão do sistema capitalista, inclusão social pelo trabalho de forma cooperada/associativista.
Forma de gestão	Department of Health & Department for Work and Pensions	Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e Emprego
Objetivos	 Intervenção antecipada (early intervention); Trabalho resolutivo; Rápida inserção no mercado de trabalho; Rápido retorno financeiro; Integrar os serviços públicos de saúde e da previdência; Diminuir a carga econômica da doença mental; Diminuir o estigma e o preconceito com a doença mental; e Fazer com que o indivíduo sinta -se feliz e motivado para traçar novos caminhos 	 Movimento econômico mais justo e solidário; Ruptura com a lógica capitalista (trabalho não alienador e que não adoece); Afirmação de valores, como cooperação, solidariedade; Emancipação social: resgate da dignidade, sentimento de pertencimento, cidadania e autonomia; Reconstrução dos três cenários fundamentais do indivíduo: habitat, mercado e trabalho; e Diminuição do estigma e preconceito; Criação de novos vínculos com a comunidade;
Concepção Teórica	 Foco no Social: Desenvolver ligações entre terapias psicológicas e apoio ao emprego; Foco Econômico: Aumentar o apoio para aqueles fora do mercado de trabalho; Construir resiliência, promovendo o bem-estar, por meio de avaliações online, por telefone e face a face; e Ajudar as pessoas com problemas de saúde mental que encontrem o trabalho mais adequado. 	 Foco Econômico: Reconhecimento de um modelo de desenvolvimento sustentável; Instrumento de inclusão; Satisfação plena das necessidades econômicas; Foco no social: Organização econômica cuja finalidade principal é a redução das desigualdades de renda; Distribuição de riqueza.Instrumento de transformação social; Valorização do trabalho humano; e Relação de intercâmbio e respeito com a natureza;

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

Na Inglaterra, o modelo de inclusão social IPS é extremamente resolutivo. Parte do princípio de que os maiores problemas das pessoas com transtonos mentais, são a ociosidade, o absenteísmo no traballho e o quanto essa população economicamente ativa não está produzindo, e, por sua vez, causando custos irreversíveis ao país. A fim de solucionar este impasse, o governo criou uma estratégia de conversa entre o Departamento de Saúde (*Department of Health*) e o Departamento de Fundos e Pensões (*Department for Work and Pensions*), para que juntos formulassem uma diretriz e um caminho a ser percorrido. O modelo IPS é essa diretriz que consegue, ao mesmo tempo, solucionar parcialmente a carga econômica negativa da doença mental e devolver ao indivíduo seu senso de pertencimento, como cidadão regido de direitos e deveres.

Por outro lado, a estratégia brasileira de inclusão social por meio do trabalho das pessoas com transtornos psíquicos é acarretada de toda a luta da militância da Reforma Psiquiátrica e da construção de dispositivos substitutivos ao manicômio. Na Economia Solidária, foi encontrada uma concepção teórica de se gerar renda que casasse integralmente com os princípios da Reforma Psiquiátrica. Uma atividade de geração de renda sustentável que inclua totalmente o indivíduo excluído do mercado formal de trabalho, que respeite suas particularidades e o faça ter consciência de valor de seu trabalho e de seu produto final, que não provoque ou agrave doenças mentais e que o proteja das demais consequências negativas do mercado de trabalho competitivo.

Entretanto, diferentemente do modelo IPS, a Economia Solidária não possui um forte investimento e apoio do governo brasileiro. Por mais que essa diretriz esteja abaixo do Ministério do Trabalho e Emprego que, algumas vezes, conversa com o Ministério da Saúde, é ainda insuficiente para alavancar a construção de uma lei, que faça com que a Economia Solidária conquiste novas fontes de financiamento e, com isso, consiga abranger a todos que buscam outra forma de fazer economia.

Ambas políticas caminham para a reabilitação psicossocial que Saraceno (2001) cita, no cenário brasileiro isso é bem caracterizado. Mas, a porta de entrada para o programa IPS na Inglaterra é a atenção primária de saúde, uma vez que na primeira consulta do indivíduo com o clínico geral, é possível que este já o encaminhe para a agência de emprego e ao contato de um especialista, o *employment specialist*. Enquanto no Brasil, tal processo se dá de forma segragada, sendo função exercida pelo serviço

social. Esta articulação entre os serviços de saúde e as agencias de emprego, é o segredo para o sucesso do modelo IPS. Entretanto, nesta abordagem, o indivíduo esta sujeito as consequências negativas que o mercado formal de trabalho gera e que na Economia Solidária ele está protegido.

Não existe o melhor ou pior modelo de inclusão social pelo trabalho das pessoas com transtornos mentais, entre Brasil e Inglaterra. O que existe, são dois modelos distintos, pautados na cultura e valores de cada país de origem e no que é considerado importante e precisa ser solucionado eficientemente.

Na perspectiva da política de incorporação dos cuidados primários da saúde mental, é evidente o compromisso do governo para desenvolver e assumir uma legislação de cuidado da saúde mental integrada. Esta integração poderá ser facilitada por uma política de saúde mental ou por uma política geral de saúde que dê ênfase aos serviços de saúde mental em nível de cuidados primários. No Brasil e na Inglaterra, o presidente da câmara, os ministros e secretários de saúde foram vitais no estabelecimento e manutenção dos serviços de saúde mental (OMS, 2009).

Além disso, uma vez que ambos países passaram por movimentos de reforma de seus serviços de saúde mental, com o mesmo objetivo de reinserir o paciente no meio social e excluindo o modelo hospitalocêntrico de suas práticas de saúde mental. Ambos caracterizaram-se por buscar a concretização do direito à saúde de suas populações, por meio do princípio da universalização do acesso, integralidade e qualidade dos serviços de saúde (ABP, 2006).

Por fim, compreende-se que tanto no Brasil como na Inglaterra a colaboração de outros profissionais é de extrema necessidade. Setores governamentais não relacionados à saúde, organização governamental, profissionais comunitários e voluntários exercem papel significativo nos cuidados primários para ajudar pessoas com perturbações mentais. Além disso, a OMS (2009) afirma que ter acesso a iniciativas educacionais, sociais e de emprego são necessários para a recuperação do paciente em sua vida comunitária. Na Inglaterra, por exemplo, a colaboração dos serviços sociais de habitação e de emprego foi crucial para ajudar à população vulnerável que usufrua dos cuidados primários a ter acesso aos serviços psicossociais oferecidos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como propósito discutir os modelos de inclusão social apoiados na evolução dos direitos humanos dos portadores de transtonos mentais, especialmente, seu direito ao trabalho nos cenários inglês e brasileiro. Assim, buscou-se revisitar o processo histórico de construção global do direito à atenção em saúde mental em liberdade, isto é, analisando os documentos pautados na ótica da reabilitação psicossocial.

Em um sistema econômico global neoliberal, é cada vez mais difícil garantir o direito ao trabalho das pessoas que não correspondem à lógica capitalista do emprego influenciado pelas regras do mercado, que contradizem a lógica do bem comum em função dos interesses do capital. Entretanto, o modelo IPS (Política de Inclusão Social, pelo trabalho dos portadores de transtornos psíquicos) utiliza-se dessa lógica para virar as regras do jogo e usar a demanda de mercado competitivo para encontrar colocação profissional a essas pessoas.

O estudo teve a intenção de construir um respaldo legítimo, apoiado em leis e documentos oficiais, para demonstrar que o direito ao trabalho é um direito social que necessita da ação positiva do Estado garantida a todos os cidadãos, com base no direito à dignidade, à liberdade e à segurança. Este arcabouço jurídico vai de encontro com a ideia de reabilitação psicossocial, uma vez que o *trabalho* faz parte dos três eixos de reconstrução total da identidade da pessoa com transtornos mentais.

O trabalho garantido e acessível ao portador de transtornos psíquicos será, certamente, a construção de um novo olhar para lidar com o sofrimento mental, acolhendo e cuidando efetivamente do sujeito, para que, possa reconstruir sua identidade. Nesta pesquisa, o *trabalho* pode ser entendido como parte da reconstrução plena do ser.

Por mais que o direito ao trabalho faça parte da proteção internacional dos direitos humanos, muitas vezes, o Estado negligencia essa responsabilidade, associando o trabalho à ideia de "favor" e não como um direito legítimo de todo cidadão. Neste sentido, a Economia Solidária vem buscando formas de obter mais apoio dos entes governamentais e mais visibilidade da população. Por outro lado, o modelo IPS já conta

com mais atenção do poder público e mais investimento, uma vez que responde à lógica de mercado.

No caso dos portadores de transtornos mentais, em razão de um histórico de intolerância com suas diferenças, a interdição (perda de autonomia da pessoa humana, com a justificativa de proteger o próprio indivíduo da sociedade), e a retirada de seus direitos civis resultaram em uma vida "à margem" da sociedade. Além disso, o estigma e o preconceito dessa institucionalização, muitas vezes, compõem a atual realidade dos serviços de saúde mental. A partir disso, a cidadania dessas pessoas precisa ser reconstruída por sua reinserção em todos os cenários sociais, garantindo seus direitos civis, políticos, econômicos e culturais.

Na prática social, compreende-se que esses direitos humanos não são realmente universais nem estão disponíveis e acessíveis a todos, existindo, ainda, profundas lacunas no exercício do direito à saúde no Brasil. Portanto, é importante que se busquem novas soluções e invistam-se em políticas que estimulem mudanças culturais voltadas ao portador de transtornos mentais e que fortaleçam a luta pela garantia dos direitos à dignidade de todas as pessoas.

Neste sentido, a Economia Solidária no Brasil e o modelo IPS na Inglaterra exemplificam uma das políticas que visam à reconstrução da cidadania desses indivíduos, baseadas no trabalho e geração de renda. No cenário brasileiro, é preciso visibilidade e investimentos cada vez maiores do Estado, como por exemplo, a criação de novas parcerias na construção de casas populares com cooperativas de construção civil, ou também, parcerias com hortas orgânicas para implementação da merenda escolar, entre outras práticas que façam com que a Economia Solidária desenvolva-se e conquiste espaço em nossa economia.

Entretanto, em razão da crise econômica e política que o País se encontra, o atual cenário econômico solidário encontra-se hostil devido à ameaça sob a integridade da Secretaria Nacional de Economia Solidária (SENAES)⁴⁷.

115

⁴⁷ Matéria do site Rede Brasil Atual sobre o Fórum Social Temático de Porto Alegre, em janeiro de 2016. Disponível em: http://www.redebrasilatual.com.br/economia/2016/01/paul-singer-defende-a-economia-solidaria-contra-o-desgaste-do-emprego-4049.html. Acessado em: 24/03/2016.

Ademais, este estudo não teve com objetivo tecer uma comparação entre as diferentes abordagens de inclusão social pelo trabalho das pessoas com transtornos mentais no Brasil e na Inglaterra para optar entre a melhor abordagem e defendê-la. Mas, sim, investigar como o país berço do cooperativismo social está lidando com a problemática e aprender com esse modelo diferente, se seus pontos positivos são cabíveis dentro da cultura brasileira que se orienta pela Economia Solidária.

O caminho para construir um diálogo entre esses dois modelos é reconhecer os pontos positivos do trabalho apoiado (modelo IPS), como por exemplo, a integração entre os departamentos de saúde, social e emprego e criar novas políticas e diretrizes para compor a evolução da Economia Solidária no cenário brasileiro.

Com base na concepção de reabilitação psicossocial, o sentido do trabalho ganha um significado muito mais aprimorado. A atividade de geração de renda em saúde mental entende que o trabalhador precisa eleger seu objeto a ser trabalhado, de forma intencional (o que deseja fazer e como fazer), uma vez que nesse objeto de trabalho estão contidos todo o complexo contexto de vida dessa pessoa, sua forma de se relacionar com esse próprio contexto e consigo mesmo. No qual, os instrumentos de produção transformam-se em projetos que façam sentido á vida do sujeito, possibilitando que o assistam nos três eixos fundamentais das necessidades humanas (cenário habitat, mercado e geração de renda).

Ao levar em consideração todos esses princípios apoiados na concepção sobre a reabilitação psicossocial, pode-se dizer que a inserção social pelo trabalho das pessoas com transtornos psíquicos, divide-se em: mercado de trabalho informal e protegido e mercado de trabalho formal e competitivo.

O trabalho informal vai muito mais além da proteção, seu objetivo é gerar renda e reabilitar "psicossocialmente" as pessoas com transtornos mentais. Transtornos estes, que muitas vezes, são adquiridos apoiados em experiências traumáticas no mercado competitivo. Além disso, visa à geração de renda por meio de um trabalho humanizado, baseado nas relações solidárias, respeitando a individualidade e o tempo de produção de cada sujeito.

Soa que o modelo de emprego competitivo possui como uma preferência não se aprofundar no assunto das limitações dos usuários, o discurso é pautado em desejos,

escolhas e os pontos fortes das pessoas, mas não há uma preocupação real com suas inabilidades e limitações.

Esta abordagem (trabalho competitivo) é igualmente interessante, pois retrata outra forma, na qual o foco é a reposição rápida no mercado de trabalho, respondendo a uma demanda do mercado e à necessidade de renda do portador de transtorno mental.

Neste sentido, os dois modelos de inclusão social pelo trabalho na Inglaterra (modelo IPS) e no Brasil (Economia Solidária) respondem a essa visão aprimorada da ideia de trabalho, uma vez que ambos possuem mecanismos de preocupação com a singularidade do sujeito, procurando a inserção em projetos de geração de renda que sejam de interesse do indivíduo, que reconstruam sua identidade em seu meio social e respondam à necessidade de sustento.

Assim, os Direitos Sociais, entre os quais o trabalho, são necessidades individuais e, ao mesmo tempo, coletivas, e o Estado é um dos atores sociais, além dos atores privados, mais capacitado para prover ações para que a satisfação desse direito ocorra.

Neste segmento específico, ao se problematizar as pessoas que vivem a experiência de sofrimento psíquico intenso, entende-se que, na perspectiva dos Direitos Humanos, uma organização de trabalho coerente seria aquela que respeitasse a individualidade do sujeito e o colocasse em primeiro plano, para que não mais ocorresse violação de sua cidadania. Para tal, as escolhas legislativas apropriadas são as que assegurem o direito ao trabalho e não o alienem das práticas e meios e, muito menos, de seu produto final.

O trabalho e a atividade de geração de renda são os meios que existem para transformar uma capacidade humana em prol da superação das necessidades. Entretanto, em razão dos ofícios cada vez mais especializados e elitizados, o trabalho moderno não abrange toda a parcela de indivíduos que precisam trabalhar. Ainda mais o portador de transtorno mental, estigmatizado e discriminado, fica fora desse jogo econômico.

Portanto, o Estado deve garantir estratégias para que essa parcela da população tenha acesso a uma atividade de geração de renda. Mas, será que essas

ações governamentais nos dois cenários abordados no estudo, realmente, incluem socialmente essa população? Como será que essas pessoas se sentem?

Em minha perspectiva de gestora pública, a análise desses resultados poderá contribuir para o aperfeiçoamento de leis, políticas, práticas sociais e de saúde, permitindo que os direitos que viraram leis, tornem-se práticas sociais, para que estas insiram-se nas mentes e coração de cada brasileiro, a fim de que as ideias de mais tolerância e reconstrução da dignidade humana sejam uma luta de todos nós.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P.D.C. Algumas Notas sobre a Complexidade da Loucura e as Transformações na assistência Psiquiátrica. Revista de Terapia Ocupacional. V.3, n ½, p. 8-16, dez/jan. 1992.

AMARANTE, P.D.C. Algumas reflexões sobre ética, cidadania e desinstitucionalização na reforma psiquiátrica. Saúde Debate, 1994.

AMARANTE, P.D.C. "Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate em Torno da Reforma Psiquiátrica". Cad. Saúde Públ, Rio de Janeiro, 11 (3): 491-494, julho/setembro, 1995.

AMARANTE, P.D.C. (coord.). Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Fiocruz, Rio de Janeiro, 1995. Venancio ATA 1990. Sobre a "nova psiquiatria" no Brasil: um estudo de caso do hospital-dia do Instituto de Psiquiatria. Dissertação de mestrado. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

AMARANTE, P.D.C. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil/Crazy about life – Trajectory of Brazils Psychiatric Reform. Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, 1998.

ANDRADE, M. C. et al. Loucura e trabalho no encontro entre saúde mental e economia solidária. Psicol. cienc. prof., Brasília, v. 33, n. 1, 2013. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000100014&lng=en&nrm=iso. Accessado em 17 Jan. 2015.

ARANHA E SILVA, A.L. A construção de um projeto de extensão universitária no contexto das políticas públicas: saúde mental e economia solidária. 2012. Tese (Livre Docência em Saude mental e economia solidária) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/livredocencia/7/tde-23112012-092937/. Acesso em: 2016-08-09.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP). Diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil. 2006. Disponível em: http://www.abpbrasil.org.br/diretrizes_final.pdf.

BASAGLIA, F. Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Garamond, 2005. Org. Paulo Amarante. Capítulo 1: A destruição do hospital psiquiátrico como lugar de institucionalização.

BIGGS, D; Hovey, N; Tyson, P.J.; MacDonald, S. Employer and employment agency attitudes towards employing individuals with mental health needs. Journal of Mental Health, 2010, vol. 19, issue 6, p 505, ISSN 09638237. ISBN 09638237.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SNAS/MS/INAMPS nº 224, de 29 de janeiro de 1992: estabelece diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental. Diário Oficial da União 1994.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego, Secretaria Nacional deEconomia Solidária. Atlas da Economia Solidária no Brasil. Brasília-DF; 2006. p. 59

BRASIL. Economia Solidária, outra economia acontece: Cartilha da Campanha Nascional de Mobilização Social – Brasília. Ministério do Trabalho e Emprego. Secretaria Nacionai de Economia Solidária. Fundação Brasileira de Economia Solidária, 2007.

BRASIL, Envelhecimento e dependência : desafios para a organização da proteção social./ Analía Soria Batista, Luciana de Barros Jaccoud, Luseni Aquino, Patrícia Dario El-Moor – Brasília : MPS, SPPS, 2008. Disponível em: <

http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/BRASIL013_Envejecimientdepend encia.pdf>. Acessado em 08 dez. 2015.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Secretaria Nacional de Economia Solidária (Internet). Brasilia; 2010. Disponível em:

http://portal.mte.gov.br/ecosolidaria/secretaria-nacional-de-economia-solidaria/. Acessado em 08 jan. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde (Internet). Brasília; 2013. Disponível em: www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/RAPS.pdf>. Acessado em 08 jan. 2015.

BRITO, E.S. de, VENTURA, C.A.A. Evolução dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais: uma análise da legislação brasileira. Revista de Direito Sanitário, 2012. 13(2), 41-63.

BOARDMAN, J.; RINALDI, M. Difficulties in implementing supported employment for people with severe mental health problems. British Journal of Psychiatry. 203(4):247-249, October 2013.

BONADIO, A. N. O processo de reabilitação psicossocial de dependentes químicos: estudo qualitativo em uma residência terapêutica. 2010. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, 2010.

BOND, G. R., DRAKE, R. E., & MUESER, R. T., & LATIMER, E. (2001). Assertiv Community treatment for people with severe mental illness: Critical ingredients nd impact on patients. Deases Management and Health Outcomes, 9, 141 – 159.

CRAIG, T.; SHEPHERD, G.; RINALDI, M.; SMITH, J.; CARR, S.; PRESTON, F.; SINGH, S. Vocational rehabilitation in early psychosis: Cluster randomised trial. The British journal of psychiatry: the journal of mental science, 2014. Disponível em: http://bjp.rcpsych.org/content/205/2/145>. Acessado em: 24/01/2016

CROWTHER, R., MARSHALL, M., BOND, G. R., & HUXLEY, P. (2001). Vocational rehabilitation for people with severe mental illness. The Cochrane Database of Systematic Reviews, (2), CD003080. doi:10.1002/14651858.CD003080

DEVERA, D. A Reforma Psiquiátrica no Estado de São Paulo: psiquiatria reformada ou mudança paradigmática? Dissertação de Mestrado não Publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, FCL-Assis. Assis, SP, 2005.

EMERICH, B. F., CAMPOS R.O., e PASSOS E. Direitos na loucura: o que dizem usuários e gestores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Interface (Botucatu). 2014, vol.18, n.51, pp. 685-696. Epub 30-Set-2014. ISSN 1807-5762.

FILIZOLA, C. L. A et al. Saúde mental e economia solidária: a família na inclusão pelo trabalho. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 45, n. 2, Apr. 2011. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000200017&lng=en&nrm=iso. Accessado em 26 jun. 2014.

KNAPP, M., CHISHOLM, D., LEESE, M. et al. Comprai paterna and costs of schizophrenia care in five European countries: the EPSILON study. Acta Psychiatr Scand 2002

KNAPP, M., MANGALORE, R., Simon, J. The global costs of schizophrenia. Schizophr Bull 2004.

KNAPP, M., PATEL, A., CURRAN, C., et al. Supported employment: cost-effectiveness across six European sites. World Psychiatry 2013;12(1):60-68. DOI:10.1002/wps.20017.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. D. C. Saúde Mental e saúde coletiva. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. (Org.). Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006, p.615-634.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12a ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2010. 407 p.182-188

MOREIRA, S. V. Analise documental como técnica. In: Duarte, Jorge; Barros, Antonio (org.). Métodos e técnicas de pesquisa e comunicação. São Paulo: Atlas, 2005. p. 269-279.

MUSSE, Luciana Barbosa. Novos sujeitos de direito: as pessoas com transtorno mental na visão da bioética e do biodireito. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

NHS CHOICES, 2008. Home page (http://www.nhs.uk/Pages/HomePage.aspx, acessado 27 de junho de 2014).

OLIVEIRA, A.A.P.de. Analise Documental do processo de capacitação dos multiplicadores do projeto "Nossas crianças: Janelas para oportunidades" no município de São Paulo à luz da Promoção da Saúde. 2007. 210p. Dissertação (mestrado em enfermagem em saúde coletiva) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

CAMPOS, O. R. Metodologia de Pesquisa em políticas de planejamento e gestão em Saude Coletiva. In: Barros NF, Cecatti JG, Turato ER, organizadores. Pesquisa qualitativa em saúde: múltiplos olhares. Campinas: Unicamp; 2005. p. 261 - 71. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Carta das Nações Unidas. Nova lorque, 1945. _____. Constituição da Organização Mundial da Saúde. Genebra,1946. _____. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Nova lorque, 1948. _____. Declaração de Viena sobre os Direitos Humanos. Viena, 1993. _____. Pacto da ONU sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Adotado pela Resolução 2200(A) da Assembleia Geral da ONU de 16 de dezembro de 1966. Nova lorque, 1966. Capítulo 1. A Evolução dos Direitos Humanos e do Direito à Saúde: instrumentos internacionais e a legislação brasileira 88. _____. Declaração de Desenvolvimento do Milênio. Nova lorgue, 2000. _____. Relatório da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde. Preenchendo as lacunas em uma geração. Genebra, 2008. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Livro de Recursos Humanos da OMS sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação. Cuidar sim, Excluir não [Internet]. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 2005. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/policy/Livroderecursosrevisao_FINAL.pdf. Acessado em: 23 jul 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários. Uma perspectiva global [Internet]. Portugal: Organização Mundial de Saúde; 2009. Disponível em:

http://www.who.int/eportuguese/publications/Integracao_saude_mental_cuidados_primarios.pdf>. Acessado em: 23 jul 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Derechos Humanos y Derecho a la Salud: construyendo ciudadanía en salud. Marco Conceptual, aspectos metodológicos y alcances operativos. Lima, 2005. (Cuaderno de Promoción de la Salud n. 16.)

PITTA, A.M.F (Org). Reabilitação Psicossocial no Brasil. 2ª ed. São Paulo: Hucitec. 2001.

RINALDI & PERKINS, 2007 - Comparing employment outcomes for two vocational services: Individual placement and support and non-integrated pre-vocational services in the UK. Source: Journal of Vocational Rehabilitation 27(1):21-27.

SARACENO, B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Te Corá/Instituto Franco Basaglia; 2001.

SARACENO, B. Reabilitação Psicossocial: Uma estratégia para a passagem do milênio. In Pitta A.M.F (Org). Reabilitação Psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec. p 13-18. 1996.

SINGER, P. "Introdução à Economia Solidária", Editora Fundação Perseu Abramo, 2002.

VENTURA, C. A. A Saúde mental e direitos humanos: o processo de construção da cidadania das pessoas portadoras de transtornos mentais. Ribeirão Preto, 2011. Tese de Livre Docência, apresentada à Escola de EnfermageM de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

VENTURA, C.A.A.A.; BRITO, E.S. Pessoas portadoras de transtornos mentais e o exercício de seus direitos. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, vol 13, num. 4, 2012.

WEISS, C. Direitos Humanos Contemporâneos. São Paulo: Malheiros, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). United Kingdom. Health Care Systems in Transition. European Observatory on Health Care System, 1999. Disponível em http://www.euro.who.int/document/e68283.pdf>. Acessado 27 de jun. de 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). United Kingdom. Highlights on health in the United Kingdom, 2004. Copenhagen, 2006. Disponível em http://www.euro.who.int/document/e88530.pdf, acessado 27 de junho de 2014>. Acessado em 12 jul. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Mental Health and Development: Targeting people with mental health conditions as a vulnerable group, 2010.