

Universidade Federal de São Carlos
Centro de Educação e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade

**Economia solidária e a produção de cidadania na
saúde mental: um estudo dos dispositivos de inclusão
social pelo trabalho no estado de São Paulo**

Kátia Liane Rodrigues Pinho

São Carlos/SP
2015

KÁTIA LIANE RODRIGUES PINHO

**Economia solidária e a produção de cidadania na
saúde mental: um estudo dos dispositivos de inclusão
social pelo trabalho no estado de São Paulo**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade, do Centro de Educação e Ciências Humanas, da Universidade Federal de São Carlos, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Ciência, Tecnologia e Sociedade.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Lúcia Teixeira Machado

São Carlos/SP
2015

Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da Biblioteca Comunitária UFSCar
Processamento Técnico
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

P654es Pinho, Kátia Liane Rodrigues
Economia solidária e a produção de cidadania na
saúde mental : um estudo dos dispositivos de
inclusão social pelo trabalho no estado de São Paulo
/ Kátia Liane Rodrigues Pinho. -- São Carlos :
UFSCar, 2015.
132 p.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de
São Carlos, 2015.

1. Reforma psiquiátrica. 2. Oficinas de trabalho.
3. Ciência, tecnologia e sociedade. 4. Economia
solidária. 5. Tecnologia social. I. Título.

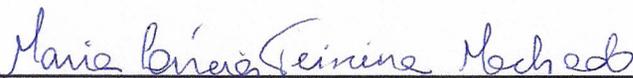


UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

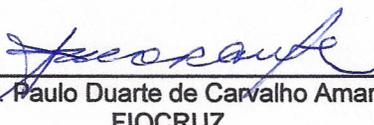
Centro de Educação e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade

Folha de Aprovação

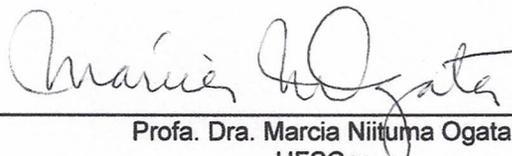
Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Kátia Liane Rodrigues, realizada em 27/02/2015:



Profa. Dra. Maria Lucia Teixeira Machado
UFSCar



Prof. Dr. Paulo Duarte de Carvalho Amarante
FIOCRUZ



Profa. Dra. Marcia Niituma Ogata
UFSCar

Dedico este trabalho ao meu maior
incentivador para chegar até aqui. Leo Pinho,
sem você nada disso seria possível.

AGRADECIMENTOS

Deixo aqui os meus mais sinceros agradecimentos àqueles que fizeram parte dessa caminhada.

Inicio agradecendo à Deus pela sabedoria, saúde, força e perseverança com que me guiou todos os dias.

Ao meu esposo, amigo, parceiro e incansável militante Leo Pinho agradeço por todas as dicas, puxões de orelha, orientações e paciência com meus momentos de angústia, durante a pesquisa.

À minha orientadora, Maria Lúcia Teixeira Machado, por ter aceitado o desafio de se embrenhar junto a mim pelos caminhos da saúde mental e da economia solidária.

Aos queridos Paulo Amarante e Márcia Ogata, mestres e amigos, que durante o processo de elaboração deste trabalho trouxeram contribuições fundamentais.

Ao Paulo Lazaretti que, com sua sempre simpatia e tranquilidade, me socorreu inúmeras vezes nos procedimentos administrativos e burocráticos do departamento.

À Cleusa Cayres, minha coordenadora, amiga e apoiadora desta pesquisa por ter concedido à minha solicitação de dispensa de carga horária parcial do trabalho para poder cursar o mestrado.

Aos meus familiares, principalmente à minha mãe Odaize Oliva, que compreenderam minha distância nesses últimos tempos.

Às secretarias municipais de saúde, que autorizaram seus dispositivos a participarem da pesquisa.

Aos entrevistados, que gentilmente cederam seu tempo a meu ouvir e ofertar seus conhecimentos.

As amigas de turma Mirian, Joyce, Daniela e Ligia por todos os momentos que dividimos. Que nossos laços afetivos nos mantenham sempre próximas.

E por fim, à grande amiga que fiz nesse percurso Jaqueline Ferreira, que com sua alegria radiante, me salvou inúmeras vezes com as tecnologias!

RESUMO

Uma Política de Estado Universal com garantia de direitos de cidadania à população se constitui um elemento fundamental para análise dos *dispositivos de inclusão social pelo trabalho na área saúde mental* encontrados na Rede de Atenção Psicossocial. A construção do SUS e, mais recentemente, do SUAS tem exigido permanentes processos de avaliação, pesquisas e estudos, na construção de tecnologias de gestão, inovação e de tecnologias sociais voltadas ao cuidado em saúde e a inclusão social e produtiva. A pesquisa desenvolvida no Programa de Pós-graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade, do Centro de Educação e Ciências Humanas, da Universidade Federal de São Carlos, em nível de mestrado, teve por objetivo analisar as experiências de sete dispositivos de inclusão social pelo trabalho na área da saúde mental, do estado de São Paulo. De caráter qualitativo proporcionou compreender a relação entre o campo Ciência, Tecnologia e Sociedade, as tecnologias sociais, a economia solidária e a inclusão social pelo trabalho na saúde mental, por meio da análise das metodologias de funcionamento e gestão dos dispositivos. A pesquisa contou com revisão bibliográfica sobre: reforma sanitária brasileira, políticas públicas em saúde mental, economia solidária e tecnologias sociais. A inclusão na pesquisa se deu após a anuência do gestor em participar da entrevista com a assinatura do TCLE e da autorização das Secretarias Municipais de Saúde. A coleta de dados iniciou-se após autorização do CEP-UFSCar por meio de entrevistas semi-estruturadas. A primeira parte do roteiro de entrevista favoreceu a caracterização do dispositivo e a segunda proporcionou informações referentes a metodologia de funcionamento, ações cotidianas e objetivos do serviço. Como resultados pudemos observar que a reforma psiquiátrica brasileira, por meio do modelo de atenção psicossocial, viabilizou o acesso à cidade, a casa e ao trabalho. Diante deste cenário, a busca pela cidadania e pelo direito ao trabalho tem se mostrado um grande desafio. Promover a geração de trabalho e renda e superar a negação desses direitos é a tarefa que os dispositivos têm se colocado. A aposta nas atividades coletivas e autogeridas e nos constantes processos de formação e articulação em rede vêm os tornando ferramentas de transformação política e social. Apoiados no modelo italiano, fundado em cooperativas sociais, demonstraram que apesar de existirem há mais de duas décadas, o país ainda não consolidou um marco legal consistente para apoiá-los de modo a permitir a estabilidade e expansão de suas ações. Co-existindo numa linha tênue entre as políticas da saúde e as políticas de trabalho, uma série de desafios, são apontados como limitadores do potencial e do crescimento dos mesmos, entre eles: a ausência de formalização e de financiamento permanente; o despreparo técnico sobre conteúdos de administração e empreendedorismo pelos gestores e equipe técnica; a necessária ampliação e/ou fortalecimento das parcerias intersetoriais; a dependência de políticas locais para continuidade dos projetos; a impossibilidade de contratar profissionais especializados em negócios e a necessidade de ampliação das estratégias de comercialização das produções. Nessa perspectiva, as reflexões empreendidas pelo encontro da produção científica e tecnológica com as necessidades sociais, apontaram caminhos para um pensar estratégico sobre os dispositivos. Diante do exposto, concluímos que esta pesquisa foi um importante disparador para outras que possam dar seguimento a ela, pois a emergência de uma proposição que auxilie o desenvolvimento e continuidade da atuação desses dispositivos é de suma importância aos contextos, acadêmicos, sociais e das políticas públicas.

Palavras chave: reforma psiquiátrica; oficinas de trabalho; ciência, tecnologia e sociedade; economia solidária; tecnologia social.

ABSTRACT

A Universal State Policy with population citizenship rights guaranteed constitutes a key element for analysis of social inclusion devices for work on mental health found in Psychosocial Care Network. The construction of the SUS and, most recently, the SUAS has demanded permanent evaluation processes, research and studies, construction management technologies, innovation and social technologies aimed at health care and social and productive inclusion. The research conducted at the Graduate Program in Science, Technology and Society, the Center for Education and Human Sciences, Federal University of São Carlos, at the master's level, aimed to analyze the experiences of seven social inclusion devices for work in the area of mental health, the state of São Paulo. Of qualitative provided understand the relationship between the field Science, Technology and Society, social technologies, the social economy and social inclusion for the work on mental health, by analyzing the operating methods and management of devices. The research was literature review: Brazilian health reform, public policies in mental health, social economy and social technologies. The inclusion in the survey took place after the approval of the manager to participate in the interview with the signing of informed consent and permission of the Municipal Health Department. Data collection started after approval of the CEP-UFSCar through semi-structured interviews. The first part of the interview favored the characterization of the device and the second provided information on the working methodology, everyday actions and objectives of the service. The results indicated that the Brazilian psychiatric reform, through the psychosocial care model, has made access to the town, the house and work. In this scenario, the search for citizenship and the right to work has been a challenge. Promote the generation of jobs and income and overcome the denial of these rights is the task that the devices have been placed. The stakes in group activities and self-managed and in constant formation and networking of making come the tools of political and social transformation. Flat on the Italian model, founded on social cooperatives have shown that although there are more than two decades, the country has not yet consolidated a consistent legal framework to support them in order to provide the stability and expansion of their actions. Co-existing in a fine line between health policies and labor policies, a number of challenges, are seen as potential limiting and the growth thereof, including: the absence of formal and permanent financing; the lack of technical preparation of management and entrepreneurship by content managers and technical staff; the necessary expansion and / or strengthening of cross-sector partnerships; dependence on local policies for continuity of projects; the inability to hire professionals specialized in business and the need to expand the marketing strategies of production. From this perspective, the reflections undertaken by the meeting of scientific and technological production with the social, pointing at new directions for strategic thinking about the devices. Given the above, we conclude that this research was an important trigger for others that might follow up on it, for the emergence of a proposition to assist the development and continued operation of these devices is of paramount importance to the contexts, academic, social and political públicas.

Key words: psychiatric reform; workshops; science, technology and society; solidarity economy; social technology.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Distribuição do campo de pesquisa no Estado de São Paulo.....	35
Figura 2 – O caminho metodológico.....	91

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Nomenclatura para atividades.....	93
Gráfico 2 – Nomenclatura para pessoas inseridas.....	93
Gráfico 3 – Nomenclatura para profissionais com nível superior.....	95
Gráfico 4 – Categorias profissionais indicadas.....	98
Gráfico 5 – Denominação para divisão da renda.....	101
Gráfico 6 – Cadastro x financiamento permanente.....	104

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Atividades durante a pesquisa.....	37
Quadro 2 – Componentes da Rede de Atenção Psicossocial.....	50
Quadro 3 – Direito ao trabalho no PNDH-3.....	56
Quadro 4 – Comitê Gestor do Pronacoop Social.....	77
Quadro 5 – Análise descritiva do campo de pesquisa.....	89
Quadro 6 – Ações realizadas pelos dispositivos.....	96
Quadro 7 – Oficinas desenvolvidas.....	106
Quadro 8 – Carga horária mensal de atividades das oficinas x valor da hora trabalho..	107
Quadro 9 – Relação: número de profissionais x oficineiros.....	108
Quadro 10 – Relação: número de profissionais x oficinas.....	108
Quadro 11 – Tensão entre tecnologias.....	115

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AAC	Associação Arte e Convívio
Abrasme	Associação Brasileira de Saúde Mental
BTS	Banco de Tecnologia Social
FBB	Fundação Banco do Brasil
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
Cebes	Centro Brasileiro de Estudos da Saúde
CECO	Centro de Convivência
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNSM	Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas
C&T	Ciência e Tecnologia
CTS	Ciência, Tecnologia e Sociedade
FBES	Fórum Brasileiro de Economia Solidária
ITS	Instituto de Tecnologia Social
MCT	Ministério da Ciência e Tecnologia
MCTI	Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social
MJ	Ministério da Justiça
MNDH	Movimento Nacional de Direitos Humanos
MPAS	Ministério da Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NOT	Núcleo de Oficinas e Trabalho
NUPE	Núcleo de Projetos Especiais

Nutrarte	Núcleo de Trabalho e Arte
PPEP	Programa de Pós Graduação em Engenharia de Produção
PPGCTS	Programa de Pós Graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade
Pronacoop Social	Programa Nacional de Apoio ao Associativismo e Cooperativismo Social
Rede	Rede Estadual de Saúde Mental e Economia Solidária
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
RTS	Rede de Tecnologia Social
Senaes	Secretaria Nacional de Economia Solidária
SGP	Secretaria Geral da Presidência
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TA	Tecnologia Apropriada
TC	Tecnologia Convencional
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
Tear	Projeto Tear
TS	Tecnologia Social
UFSCar	Universidade Federal de São Carlos
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	25
1. INTRODUÇÃO.....	29
2. OBJETIVOS.....	33
3. PERCURSO METODOLÓGICO.....	34
3.1. Pressupostos da pesquisa.....	34
3.2. Procedimentos metodológicos.....	35
4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	38
4.1. REFORMANDO O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL.....	38
4.1.1. A Reforma Sanitária Brasileira e o Sistema Único de Saúde.....	43
4.1.2. Atenção psicossocial e produção de cidadania.....	47
4.1.3. O trabalho como direito.....	51
4.1.4. Saúde mental e economia solidária.....	57
4.2. CIÊNCIA, TECNOLOGIA E SOCIEDADE (CTS).....	65
4.2.1. O campo de conhecimento CTS.....	65
4.2.2. Tecnologia Social – conceito e história.....	70
4.2.3. Tecnologia Social e inclusão.....	72
4.2.4. Tecnologia Social e economia solidária.....	74
5. RESULTADOS.....	79
5.1. Apresentação do campo de pesquisa.....	79
5.2. Análise dos dados.....	89
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	111
REFERÊNCIAS.....	118
APÊNDICE A.....	123
APÊNDICE B.....	125
ANEXO.....	130

APRESENTAÇÃO

No ano de 2012 participei da organização do seminário “O trabalho e a clínica como produção de vida - 20 ANOS de história”, organizado pelo Núcleo de Oficinas e Trabalho do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, que naquele ano estava completando 20 anos de experiência em gestão de oficinas de inclusão social pelo trabalho na saúde mental.

No referido seminário, eu que completava 10 anos como trabalhadora da saúde mental, contribui com uma fala intitulada “Entre o cuidar e o empreender – uma oficina de trabalho” na mesa “Reflexões sobre as experiências de Trabalho na saúde mental”. Provocada pela debatedora da mesa, resolvi seguir suas contribuições e iniciar o caminho da pesquisa científica, com vistas a aprofundar minha reflexão.

Naquele dia, esta era essa minha reflexão:

Nos últimos tempos venho elaborando algo como: “entre o cuidar e o empreender existe uma oficina de trabalho em saúde mental” para tentar compreender o lugar que os profissionais da saúde assumem diante do desafio de acompanhar, coordenar, facilitar uma oficina de trabalho. Um espaço recheado de ações, de produção, de desejos individuais, de um coletivo que se constrói a cada dia, diante dos desafios do trabalho cooperado.

Um espaço cavado pela Reforma Psiquiátrica para viabilizar e sustentar a reinserção social, de pessoas excluídas do mercado de trabalho, numa sociedade tida como do tipo capitalista, que como o próprio nome diz, nos impõe o capital como moeda de troca e de valoração.

Assim, num esforço somado entre diversos movimentos sociais, de luta de classes, o direito ao trabalho autogerido e solidário vem ganhando espaço cada vez mais em nosso cotidiano.

Como nos diz Paul Singer: “A Economia Solidária e o movimento antimanicomial nascem da mesma matriz – a luta contra a exclusão social e econômica. Uns são excluídos porque são loucos, outros porque são pobres”.

E é exatamente aqui que nos encontramos hoje, num dia em que nos propomos a fazer reflexões sobre o que estamos produzindo em cuidado, no que o encontro da saúde mental e da economia solidária vem propiciando à vida daqueles que até pouco tempo atrás eram

tidos como menos válido na relação familiar e que com o trabalho passam ocupar outros papéis sociais.

Nesse desafio retomo o eixo central dessa reflexão - entre o cuidar e o empreender existe uma oficina de trabalho e um profissional da saúde! Para isso pensemos um pouco nos temas que nos cercam.

Cuidar – ato de tratar da saúde, trabalhador de saúde, serviço de saúde mental, acolhimento, crise, família, redes de cuidado. Ok! Até aqui tudo nos é familiar.

Empreender – aqui já começa complicar. Como assim? No nosso imaginário empreender parece coisa de montar um “negocinho” no quintal de casa. No dicionário, significa tentar executar algo difícil, por em execução. Um trabalhador de saúde, num equipamento de cuidado em saúde mental, pode ser um empreendedor? Empreender o que? Por quê? Para que?

E por fim, oficina de trabalho. Por oficina encontramos: lugar onde estão os instrumentos de uma indústria, arte ou profissão. Local onde se desenvolve um trabalho, um ofício. E, por trabalho: exercício material ou intelectual para fazer alguma coisa, labuta, esforço.

Para mim, a melhor definição de oficina de trabalho se dá pelo local onde se desenvolve habilidades, desperta potencialidades, proporciona ressignificação de cotidiano, lugar de trocas sociais ao receber um pedido, negociar o valor, o prazo de entrega, enfim um lugar que favorece ganho de autonomia e de exercício da cidadania.

Assim num esforço de tentar juntar tudo isso, dando um lugar aos profissionais da saúde que geram trabalho e renda a uma população que vem lutando pelos espaços sociais, proponho-me a relatar nessa mesa intitulada de “Experiências de Trabalho na Saúde Mental” essa vivência. Coordenar/facilitar/acompanhar uma oficina de trabalho implica em assumir uma gama de afazeres que vão muito além da clínica, do cuidado em saúde mental. É preciso ter um olhar na gestão, nas rotinas administrativas de um empreendimento, na produção e na comercialização. Recorrendo a diferentes referenciais teóricos tenho buscado definir esse lugar profissional.

Dos teóricos da Reforma Psiquiátrica, o conceito da Reabilitação Psicossocial, indica que a reabilitação não é uma técnica, mas sim uma estratégia que produz cuidado, que viabiliza descobertas de novas potencialidades através de processos constantes de negociação e mediação com o mundo, as oficinas de trabalho tornam-se viabilizadoras de uma

miscelânea de atividades políticas, de promoção e de assistência à saúde e, ao coordenador, cabe ser facilitador e/ou sustentador do processo de inclusão social pelo trabalho.

Da filosofia, a luz do pensamento marxista, que compreende o homem enquanto ser social e histórico, homem que produz, cria e transforma a natureza e a si mesmo, através do seu trabalho, percebemos que cabe ao coordenador torna-se agenciador de uma trama de desejos, desenvolvedor de habilidades, ser aquele que impulsiona e dá suporte, aquele que sustenta e facilita o coletivo, que viabiliza que as ideias e os desejos possam emergir, ao mesmo tempo, que viabiliza a autogestão do grupo, um dos princípios do cooperativismo.

A partir das reflexões que venho fazendo da relação entre saúde mental e economia solidária, através desse lugar de coordenadora/facilitadora de uma oficina de trabalho, onde princípios como organização coletiva, autogestão, solidariedade, construção de redes e cuidado ao meio ambiente são itens que fazem parte do meu dia-a-dia, tenho me perguntando: qual é o papel de um coordenador em uma oficina/empreendimento solidário? Como fazer os desejos dos oficinairos serem o enunciado coletivo da oficina? Como coordenar, mas ao mesmo tempo, promover a autogestão?

Seguindo ainda pela filosofia encontrei o conceito de Empreendedor Biopolítico que, segundo Toni Negri, é aquele que consegue articular as capacidades produtivas de um contexto social. Decidir coletivamente leva mais tempo, pois é preciso ouvir a todos. É preciso conciliar o tempo subjetivo dos oficinairos com o tempo cronológico de um pedido. É exercitar uma clínica que possibilite espaço de fala e de escuta, que incentive a participação de todos.

Assim, ao coordenador cabe ser a um só tempo, de um ponto de vista biopolítico, empreendedor de subjetividade e de igualdade. (in Negri, Toni. Exílio: seguido de valor e afeto. Iluminuras, 2001). Cabe empreender um negócio, um projeto econômico do qual boa parte dos oficinairos vivem da renda. Cabe empreender as subjetividades dando espaço a criatividade, de olho no mercado e na comercialização. Cabe empreender o coletivo, fomentando os desejos, transformando-os na expressão de um grupo. Neste ponto, não mais importa a formação universitária. Da terapia ocupacional aproveito os conceitos aplicáveis ao cuidado clínico (triagem, acolhimento, psicopatologias, grupo, família e rede de apoio, supervisão, discussão clínica, etc.) o restante é aprendido no dia-a-dia, planejamento de rotinas administrativas e operacional de um negócio, pedidos, linha de produção, fluxo de caixa, bolsa oficina, planejamento de gastos e investimentos, cotação e compra de matéria prima e equipamentos de proteção individual (EPI), manutenção de maquinários,

orçamento e cálculo de preços, criação de novas peças, montagem de feiras, comercialização de produtos, contato com lojistas e clientes, gestão de recursos humanos, entre tantas outras coisas que perpassam o cotidiano.

E a oficina se torna o espaço onde se opera a criação, onde a trama dos saberes e práticas se entrelaçam. O trabalho encontra seu valor no afeto, afeto aqui entendido como potência de agir, de transformar, trabalho afetivo que produz subjetividade, redes sociais e vida. Um constante criar e recriar, propiciando aos oficineiros que ocupem novos locais sociais, gerando mais que trabalho e renda, gerando valor intangível que agrega novas perspectivas de existência. É a clínica do empreendedorismo biopolítico viabilizando a inclusão pelo trabalho e garantindo a ampliação da contratualidade social dos oficineiros. Operar uma clínica que tem como centralidade o afeto e a potência, necessita de uma capacidade dialógica de agenciar saberes, técnica e conhecimentos. Uma intersetorialidade permanente. Para Antonio Lancetti, uma clínica essencialmente artesanal.

De posse dessas reflexões e provocada por outras tantas que seguiram essa mesa e ao longo de todo o dia de trabalho, parti em busca de novos desafios. O encontro com as produções do Programa de Pós-graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade da Universidade Federal de São Carlos, principalmente no que se refere à Tecnologia Social vieram a me proporcionar novas reflexões e apontar algumas respostas às angústias vivenciadas conforme os registros, da pesquisa.

1. INTRODUÇÃO

A construção de uma Política de Estado Universal com garantia de direitos fundamentais de cidadania à população se constitui um elemento fundamental para a análise dos *dispositivos estratégicos para inclusão social pelo trabalho na área saúde mental*¹ encontrados na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) brasileira. A construção do Sistema Único de Saúde (SUS) e mais recentemente do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) tem exigido em seus processos, permanentes de consolidação, um conjunto de linhas de pesquisas, de estudos e de práticas, na construção de tecnologias de gestão, inovação e de tecnologias sociais voltadas ao Cuidado em Saúde e a Inclusão Social e Produtiva.

No ano de 2010 a Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República publicou um documento de análise intitulado “*Portas de saída, inclusão produtiva e erradicação da extrema pobreza no Brasil*” (BRASIL, 2011), com o objetivo de apontar os principais desafios para as políticas sociais brasileiras, em especial, a Inclusão Produtiva.

O documento problematiza o quanto boas oportunidades, garantia de acesso efetivo e protagonismo são fatores essenciais para garantia da inclusão social e produtiva. Nele, a inclusão produtiva, se estrutura como sendo o resultado de ações coordenadas e complementares dos setores público e privado, em que diferenças entre comunidades, tanto referentes às suas necessidades quanto às potencialidades, são reconhecidas e levadas em consideração por meio da oferta de um amplo leque de programas regionais e no desenvolvimento de tecnologias sociais que possam impulsionar arranjos produtivos locais e iniciativas inovadoras de geração de trabalho e renda, com vistas à emancipação dos sujeitos.

Faz-se necessário referenciar que os termos Inclusão Social e Inclusão Produtiva partem da mesma premissa e, por isso, possuem objetivos muito parecidos. A diferença terminológica se dá no campo dos órgãos reguladores e na familiaridade com os termos. As políticas da saúde dizem Inclusão Social, enquanto as da Assistência Social referem

¹ Devido a extensão da nomenclatura escolhida para determinar o objeto desta pesquisa - *dispositivos estratégicos para inclusão social pelo trabalho na área da saúde mental*- a mesma poderá aparecer ao longo deste trabalho reduzida a *dispositivos*. Esperamos ao final desta produção conseguir traduzir o seu significado.

Inclusão Produtiva. Ambas tratam da mesma problemática o desenvolvimento de estratégias denominadas “portas de saída” as políticas assistenciais, um grande desafio para o avanço das políticas públicas emancipatórias no país.

Neste encontro de diferentes formas de inclusão é que nos propomos embasar nossa reflexão. O desenvolvimento de uma pesquisa que possa analisar algumas experiências localizadas no estado de São Paulo, de dispositivos no campo da saúde mental que proporcionam inclusão social pelo trabalho por meios de atividades de geração de trabalho e renda e, que vem ao encontro dos objetivos da Linha de Pesquisa – Dimensões Sociais da Ciência e da Tecnologia do Programa de Pós-graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade do Centro de Educação e Ciências Humanas da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), conforme descrição na página eletrônica do programa:

Desenvolver estudos voltados para a investigação dos antecedentes sócio-históricos e as lacunas e obstáculos com que importantes segmentos sociais contemplam atualmente o fenômeno científico-tecnológico com o desenvolvimento de pesquisas sobre as seguintes temáticas: os estudos sociais da ciência e tecnologia, (...) comunicação, participação e compreensão pública da ciência, tecnologia e inovação; ciência e ética; (...) as mudanças tecnológicas, a sociedade de risco e o desenvolvimento sustentável; indicadores de ciência, tecnologia, inovação e sociedade; (...) a ciência, tecnologia e inovação em saúde (UFSCar, 2014, p.1).

Problematizar os desafios da inclusão social pelo trabalho na saúde mental implica em dialogar com a garantia do direito à cidadania proposto pelos ideais da Reforma Psiquiátrica brasileira. A Lei 10.216 – intitulada Lei da Reforma Psiquiátrica, conquistada após longos anos de tramitação e militância política de trabalhadores, usuários e familiares das diversas redes de saúde do país, vem *dispor sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental* (BRASIL, 2001, p.1).

A Lei torna-se assim expressão institucional da transformação de um modelo asilar, fundado nas internações de longa permanência e no isolamento social, por um novo paradigma de cuidado, ao dispor, a construção de uma rede substitutiva, de base territorial e comunitária, com o objetivo de “olhar” o sujeito em sua integralidade, voltado a inclusão social e a promoção de uma cidadania plena.

Essa mudança institucional fruto de ampla mobilização, constitui-se como parte de compromisso ético e político, em que o doente/paciente é deslocado para um novo lugar social, o de sujeito/cidadão, usuário do SUS. A introdução de um cuidado que considera imperativo a circulação social, o afeto e a conquista da cidadania, despertou aos olhos, dos então excluídos pelo sistema, acesso à cidade. Assim, o trabalho com significado de produção e de vida foi surgindo para centenas de sujeitos estigmatizados pela loucura e pela exclusão. Poder ir e vir imprimiu a necessidade de trocas não só de afetos, mas também recursos financeiros.

Conforme indica Rotelli,

Nosso trabalho está em reconectar os problemas entre as pessoas, em trabalhar sobre a relação, muito mais do que sobre o indivíduo, a relação entre a norma e a diversidade, a relação entre quem pode e quem não pode, a relação entre quem produz e quem não produz; essa relação é a riqueza. Sobre essa relação nós pensamos que a multiplicidade de trocas entre as pessoas deve ser favorecida pelos serviços, e o encontro entre as diferentes subjetividades é a centelha que faz sair do buraco da loucura. Em outras palavras, é a multiplicação de possibilidades, de oportunidades (ROTELLI, 2010, p.155).

Neste contexto de reestruturação do cuidado, despontaram diversas experiências de geração de trabalho e renda nos serviços de saúde mental. Nossa reflexão, buscará trazer contribuições acerca da organização e da operacionalização cotidiana de funcionamento de alguns desses dispositivos, sob o olhar do campo Ciência, Tecnologia e Sociedade. Espera-se que a temática da Tecnologia Social oriente a construção do caminho reflexivo.

A Tecnologia Social (TS), ou as tecnologias alternativas, tiveram emergência no Brasil, durante a década de 1980, período marcado por crise econômica e política no cenário nacional. Neste período, observa-se a constituição de um conjunto de “tecnologias”, estratégias e práticas coletivas organizadas e geridas por movimentos populares que foram se entrelaçando com iniciativas de extensão universitária (Singer e Souza, 2000).

O desenvolvimento e emergência da temática da TS são marcados pelo fortalecimento e articulação das redes de economia solidária pelo país, pelas experiências autogeridas das fábricas recuperadas por trabalhadores, pela organização de movimentos nos centros urbanos e rurais que se pautam pela organização coletivista

da produção e pelo nascimento de redes universitárias de apoio e fomento ao cooperativismo e a economia solidária.

Os dispositivos estratégicos para inclusão social pelo trabalho pesquisados demonstraram desenvolver suas ações sob os princípios da reforma psiquiátrica brasileira, da economia solidária e do cooperativismo social. Segundo prof. Paul Singer, (Coordenador Nacional de Economia Solidária) da Secretaria Nacional de Economia Solidária (Senaes) do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), as raízes ideológicas da economia solidária e da reforma psiquiátrica propiciam de modo nato um encontro possível entre os dois movimentos:

A Economia Solidária e o movimento antimanicomial nascem da mesma matriz – a luta contra a exclusão social e econômica. Uns são excluídos porque são loucos, outros porque são pobres (BRASIL, 2005, p.11).

Assim, esta pesquisa versa pela análise de sete dispositivos na área saúde mental, localizados em seis cidades do estado de São Paulo, que favorecem a inclusão social pelo trabalho de usuários das redes de atenção psicossocial. Espera-se avaliar como as tecnologias sociais contribuem no processo de consolidação e gestão desses dispositivos e como o cooperativismo social poderá impulsionar a ampliação desse tipo de experiência em inclusão social e produtiva por todo o país.

2. OBJETIVOS

- Geral:

Analisar as experiências de dispositivos estratégicos de inclusão social pelo trabalho na saúde mental, de algumas cidades do estado de São Paulo.

- Específicos:

- Compreender a relação entre o campo Ciência, Tecnologia e Sociedade, tecnologias sociais, economia solidária e inclusão social pelo trabalho na saúde mental;
- Caracterizar os dispositivos estudados por meio de indicadores qualitativos;
- Analisar as metodologias de funcionamento e gestão dos dispositivos;

3. PERCURSO METODOLÓGICO

3.1. Pressupostos da pesquisa

De caráter qualitativo, esta pesquisa, se propõe a apresentar resultados que poderão contribuir para a criação e adequação de políticas públicas nos campos da saúde mental, da inclusão social pelo trabalho, da economia solidária e do cooperativismo social.

Os pressupostos epistemológicos que a nortearam estão registrados na pesquisa bibliográfica e permitiram um percurso reflexivo, de indagações e proposições.

Por tratar-se de uma pesquisa que envolve seres humanos, iniciamos pelo cadastramento do projeto na Plataforma Brasil, com consequente submissão do mesmo para análise e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal de São Carlos, para somente com as devidas autorizações poder realizá-la.

Foi considerado critério de inclusão na pesquisa o profissional responsável pela gestão dos dispositivos estudados. A inclusão na pesquisa se deu após a anuência do mesmo em participar da entrevista através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e da autorização das Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e/ou Escola SUS de algumas cidades.

Com relação aos critérios de exclusão, seriam excluídos da pesquisa aqueles que se encontrassem afastados do trabalho por algum motivo no período da coleta de dados e/ou, ainda, aqueles que não concordassem em conceder a entrevista. Este critério não precisou ser aplicado. Foi possível contemplar 100% do campo de pesquisa proposto.

O recorte geográfico da pesquisa está inserido no contexto de uma experiência singular no Estado de São Paulo, a Rede Estadual de Saúde Mental e Economia Solidária (Rede), que através da metodologia de formação de Redes Solidárias², começou a

² Uma rede solidária tem por objetivo gerar trabalho e renda para pessoas que estão desempregadas e marginalizadas ou que desejem construir novas relações de produção, melhorar o padrão de consumo de todos os que dela participam, proteger o meio ambiente e construir uma nova sociedade em que não haja a exploração de pessoas ou a degradação do equilíbrio ecológico (MANCE, 2003).

agenciar trocas entre serviços de saúde, projetos de geração de renda, oficinas e empreendimentos voltados à inclusão social pelo trabalho.

Associados à Rede destaca-se 07 dispositivos estratégicos, serviços públicos das RAPS das cidades de Botucatu, Campinas, Piracicaba, São Bernardo do Campo, Guarulhos e Santo André que se dedicam exclusivamente a promoção de iniciativas de inclusão social pelo trabalho, estratégias que compõem um dos eixos da RAPS, denominado Reabilitação Psicossocial.

Assim, a pesquisa buscou atingir 100% dessas experiências em dispositivos exclusivos de inclusão social pela arte, cultura e trabalho do estado de São Paulo, associados à Rede, conforme figura a seguir:

Figura 1 – Distribuição do campo de pesquisa no estado de São Paulo.



3.2. Procedimentos metodológicos

Os procedimentos metodológicos se caracterizam pelo conjunto de estratégias para coletar informações acerca da realidade estudada. Para a realização de tal pesquisa procedemos levantamento bibliográfico e visitas aos dispositivos estudados para realização de entrevistas.

De acordo com Cruz Neto (1999), no trabalho de campo a entrevista é considerada parte fundamental para coleta de dados, podendo ser realizada através de um roteiro definido ou não, caracterizando-as, respectivamente, por estruturada ou não estruturada. Ambas visam buscar respostas aos objetivos traçados e a combinação de uso dos modelos, é identificada como entrevista semi-estruturada.

Com isso, o roteiro de entrevista elaborado, foi dividido em duas partes. A primeira delas tratou de favorecer uma apresentação, caracterização em números, do dispositivo estudado. E, num segundo momento, foram coletadas informações referentes ao funcionamento, ações e objetivos do serviço.

O primeiro contato com os dispositivos foi realizado por meio de correio eletrônico junto a seus respectivos gestores, com o objetivo de consultar a disponibilidade do serviço e do profissional em participar da pesquisa.

A coleta de dados iniciou-se após a autorização do CEP-UFSCar. Previamente agendadas as entrevistas ocorreram durante uma visita institucional ao dispositivo com a assinatura do TCLE.

De modo ético, antes do início da entrevista, o pesquisador apresentou os objetivos do estudo, explicou que a identidade e as informações fornecidas na entrevista serão mantidas em sigilo (respeitando a Resolução 466/2012), esclareceu possíveis dúvidas do entrevistado a respeito da pesquisa e, posteriormente, solicitou a sua participação.

Os entrevistados foram orientados quanto aos riscos e benefícios da pesquisa, quais sejam:

- Riscos: a participação nesta pesquisa poderá causar cansaço ou desconforto aos participantes, que podem não ser agradáveis, podendo resultar em momentos de tristeza, raiva e/ou angústia, conflito, os quais serão respeitados pelo pesquisador, que poderá interromper ou suspender e agendar, ou não, outro momento para continuidade da entrevista se o entrevistado assim preferir. Sua possível recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.
- Benefícios: os resultados obtidos poderão contribuir para criação e adequação de políticas públicas nos campos da ciência, tecnologia e sociedade, da economia solidária e da reforma psiquiátrica, pelas contribuições científicas produzidas. Não haverá nenhum benefício direto ao participante.

As entrevistas, com o consentimento dos entrevistados, foram gravadas e tiveram seus conteúdos transcritos na íntegra e os dados analisados por blocos temáticos, segundo critérios qualitativos. A análise dos dados deu-se sob a orientação do método análise de conteúdo que, de acordo com Gomes (1999), objetiva encontrar respostas às questões formuladas, podendo confirmar ou não a hipótese de pesquisa.

O roteiro semi-estruturado de entrevista permitiu caracterizar os dispositivos e, de modo qualitativo, analisar e problematizar as experiências dos dispositivos.

Durante o período de realização desta pesquisa algumas atividades foram essenciais e outras complementares, permitindo um percurso acadêmico, científico e pessoal da pesquisadora, conforme descrição a seguir.

Quadro 1 – Atividades durante a pesquisa

ATIVIDADES
<p>Disciplinas cursadas na UFSCar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Economia Solidária, Ciência e Tecnologia (PPGCTS) - Ciência, Tecnologia e Sociedade (PPGCTS) - Seminários de dissertação (PPGCTS) - Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde: a produção e a difusão de conhecimento (PPGCTS) - Economia Solidária (PPEP)
<p>Participação em atividades científicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Encontro Nacional da RAPS - 1º Fórum Brasileiro de Direitos Humanos e Saúde Mental da Abrasme - Aula aberta com o Dr. Benedetto Saraceno na Escola de Enfermagem da USP - 11º Congresso Internacional da Rede Unida - 4º Congresso Brasileiro de Saúde Mental da Abrasme
<p>Publicações de artigos em livros:</p> <p>Tecnologia Social na constituição de Redes - apresentando a Rede Estadual de Saúde Mental e Economia Solidária In: HOFFMAN, W.; MIOTELLO, V. Diálogos em Ciência, Tecnologia e Sociedade. 1ª ed. São Carlos: Pedro e João Editores, 2013, p. 209-228.</p> <p>Educação popular e o direito ao trabalho associado e autogerido: a experiência da rede estadual de saúde e mental e economia solidária In: Relatos de Experiências de Educação Popular em Direitos Humanos. 1 ed. Teresina : EDUFPI, 2013, v.1, p. 39-52.</p>
<p>Organização do livro:</p> <p>Relatos de Experiências em Inclusão Social pelo Trabalho na Saúde. São Carlos: Compacta Gráfica e Editora, 2014.</p>

4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1. REFORMANDO O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

Qualquer vocação terapêutica colocada no “território”, com a presença do hospital psiquiátrico, continuaria a reproduzir este tipo de lógica. E foi por isso que definimos nosso trabalho como um trabalho de desinstitucionalização (ROTELLI, 2010, p.152).

Iniciamos essa reflexão acerca da história da reforma psiquiátrica brasileira demarcando o terreno que nos interessa nessa construção. Não bastam fechar manicômios para que o problema exclusão social seja resolvido. Para nós, a reforma psiquiátrica é definitivamente a reforma do saber, das práticas, do institucionalizado, do cronificado. Interessa-nos problematizar os desafios que envolvem a desinstitucionalização, a construção de novas práticas territoriais, a vida que se manifesta com a abertura dos portões e as estratégias de tratamento em saúde mental.

Do Hospício Pedro II, inaugurado em 1852, na cidade do Rio Janeiro, aos dias atuais podemos afirmar que a história, desde a psiquiatria asilar até a conquista pelo direito à cidadania das pessoas em sofrimento psíquico, trilhou caminhos de avanços, estagnação e desafios, graças à luta de trabalhadores, familiares e usuários do sistema público de saúde.

O movimento da reforma psiquiátrica brasileira data do início da década de 70, quando a prática assistencial da psiquiatria de massa começou a apontar o superlotação dos hospitais psiquiátricos. “A psiquiatria cabia simplesmente recolher e excluir as sobras humanas que cada organização social, que cada movimento histórico tinha produzido” (RESENDE, 2000, p.56).

Nesse período observa-se que alguns estados como São Paulo, Minas Gerais, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, através de suas Secretarias Estaduais de Saúde, iniciam ações no sentido de modificar a assistência psiquiátrica com o objetivo de reduzir o excessivo número e o tempo de internações (YASSUI, 2008).

Em 1972, o Ministro da Saúde em conjunto com os outros ministros de países latino-americanos firmam em Santiago do Chile, durante a III Reunião de Ministros da

Saúde, o “Acordo para a execução de um programa de Saúde Mental no Brasil” com os princípios básicos que norteariam os rumos da assistência.

De acordo com Resende (2000), em linhas gerais, neste período, surgiram as primeiras indicações de alternativas à hospitalização integral com recomendações de diversificação na oferta de serviços, sua regionalização, ações dirigidas ao egresso e para a reabilitação de crônicos visando pronta reintegração social do indivíduo.

O resgate histórico até aqui apresentado é marcado por processos institucionais, onde instituições e esferas governamentais buscam alternativas à tecnologia de cuidado e tratamento tradicionalmente operantes.

Até então, uma das características marcantes da reforma psiquiátrica brasileira, o processo de participação social de todos os atores envolvidos no cuidado e tratamento, ainda não havia se manifestado como agente coletivo de transformação. Essa mudança paradigmática ocorreu em 1978, com o surgimento do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que se apresentou como um movimento social, de luta por direitos de cidadania.

A eclosão do MTSM esteve inserida num contexto mais geral da sociedade brasileira, onde diversos setores começavam a se organizar contra a Ditadura Militar, reivindicando a construção de um sistema democrático. Nesses anos o país vê surgir as grandes greves dos metalúrgicos do ABC, um fortalecimento do movimento estudantil, um crescimento das lutas no campo e diversos movimentos sociais e comunitários.

O MTSM se afirmou assim, como um agente coletivo, reivindicador não apenas de uma reforma no cuidado e no tratamento, mas também de uma transformação na forma e conteúdo de uma saúde mental pública e com participação social. Se consolidando como o principal articulador e co-responsável pela mudança na atenção em saúde mental brasileira (Amarante, 2008).

No ano de 1979, em São Paulo, aconteceu o 1º Encontro do MTSM com o objetivo de organizar a luta social pela reforma psiquiátrica. Durante todo o Encontro foi discutido a necessidade de fortalecer a visibilidade pública das violações de direitos humanos que ocorriam nos hospitais psiquiátricos (manicômios) e como construir, no

Brasil, outras formas de cuidado e tratamento que não fossem fundadas na internação hospitalar.

De acordo com Amarante, no interior do MTSM, inicia-se um processo de reflexão crítica sobre a questão epistemológica do saber psiquiátrico, “da função social da psiquiatria como estratégia de repressão e ordem social e quanto ao caráter de instituição total do hospital psiquiátrico” (2008, p. 739).

Também no ano de 1979 ocorreu na cidade de Belo Horizonte, o III Congresso Mineiro de Psiquiatria, com a presença de Franco Basaglia³, aonde vieram a público um conjunto de reportagens do Jornal Estado de Minas, que denunciavam a situação degradante do Hospital Colônia de Barbacena. Basaglia comparou esse hospital a um “campo de concentração”, motivando os presentes a se engajarem ainda mais na luta pelo fechamento dos manicômios.

De acordo com Delgado (2000, p.174),

O congresso de Belo Horizonte talvez tenha significado a definitiva implantação de uma consciência de mudança entre os profissionais da área, processo iniciado no ano anterior, em eventos semelhantes, mas de âmbito nacional, como o realizado em Camboriú, Santa Catarina⁴.

No ano de 1987 duas grandes atividades marcaram a ruptura conceitual e prática do campo antimanicomial brasileiro: a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Congresso Nacional do MTSM.

Desde o início da organização do MTSM até o ano que marcou a grande virada histórica e a afirmação do campo antimanicomial brasileiro, se passaram quase dez anos de discussões, de reflexões, de construção de práticas inovadoras, de crescentes denúncias das violações de direitos humanos nos manicômios, de ampliação da

³ Psiquiatra precursor do movimento de reforma psiquiátrica italiana conhecida como Psiquiatria Democrática, inspirou novos modos de cuidar pelo mundo afora. Dentre suas importantes contribuições está a transformação do modelo assistencial do Hospital Psiquiátrico de Gorizia e da reformulação da assistência psiquiátrica em Trieste, quando propôs a substituição do tratamento hospitalar e manicomial por uma rede territorial de atendimento. O modelo italiano é tido como a principal referência mundial para reformulação da assistência em saúde mental (Amarante, 1996).

⁴ Em 1978, realizou-se em Camboriú/SC, o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria. Conhecido como “Congresso de Abertura” o evento possibilitou amplo debate político acerca do modelo assistencial instituído no país.

visibilidade social e de questionamento à psiquiatria, como único lugar de construção de conhecimento e tecnologias de cuidado as pessoas em sofrimento psíquico.

A I Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorrida em 1987, só ocorreu após importante pressão social e política durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Essa Conferência, a primeira de saúde mental, também inaugurou uma visão de Conferência, não mais apenas técnica, mas que garantisse uma maior participação social e política. Esse formato marcou definitivamente todas as atividades e ações do campo antimanicomial (Amarante, 2008).

No campo do movimento social, também em 1987, ocorreu na cidade de Bauru, o II Congresso Nacional do MTSM que afirmou e marcou o sentido do campo antimanicomial brasileiro. Com o lema: “Por uma sociedade sem manicômios”, definiu o Dia 18 de Maio como o Dia da Luta Antimanicomial e protagonizou a *Carta de Bauru*, primeiro manifesto oficial dos trabalhadores em saúde mental por uma sociedade sem manicômios, conforme trecho destacado:

Nossa atitude marca uma ruptura. Ao recusarmos o papel de agente da exclusão e da violência institucionalizadas, que desrespeitam os mínimos direitos da pessoa humana, inauguramos um novo compromisso. Temos claro que não basta racionalizar e modernizar os serviços nos quais trabalhamos (CARTA DE BAURU, 1987).

Assim, 1987 foi o ano que afirmou os dois principais sentidos da luta antimanicomial: a) uma sociedade sem manicômios; b) o 18 de Maio como o dia de lutas, atividades e eventos para afirmar os princípios e os valores do campo antimanicomial.

Podemos afirmar que uma das pioneiras e principais experiências de transformação da prática assistencial brasileira, ocorreu na cidade de Santos, no ano de 1989, quando uma proposta de intervenção municipal na Casa de Saúde Anchieta associada ao engajamento político e militante de seus trabalhadores, impulsionou um intenso processo interno de desinstitucionalização, inovador nas práticas de cuidado e a criação de uma rede de serviços territoriais (KINKER, 2011).

A desconstrução de valores, saberes e olhares acerca da experiência do sofrimento gerou novas práticas e formas de estar no mundo. A produção de novas formas de sociabilidade e de novas subjetividades se deu no exercício concreto de transformação das práticas cotidianas, tendo como principal lugar o território de existência dos usuários e as contradições sociais implicadas na relação da sociedade com o

sofrimento psíquico. Isso, certamente, implicou a produção de novos conhecimentos alicerçados na prática. (KINKER, 2011, p.3).

A experiência santista, também inspirada no modelo italiano, protagonizou uma inovação ao constituir o Núcleo de Trabalho voltado ao processo de inclusão social pelo trabalho dos usuários da saúde mental.

De acordo com Kinker, “o Núcleo do Trabalho, desde os seus primórdios no interior do Anchieta, tinha como tarefa produzir mediações que possibilitassem novas experiências aos usuários, numa das dimensões importantes da vida: a do trabalho” (2011, p.8).

Criada em 1990, a *Afrent* (Associação de Apoio às Frentes de Trabalho Alternativas), uma organização não governamental sem fins lucrativos, formada por profissionais do Programa de Saúde Mental e da Secretaria de Ação Comunitária, com o intuito de estimular e apoiar a implantação de projetos de trabalho coletivos por parte de grupos populacionais marginalizados fez-se parceira do Núcleo de Trabalho. Essa parceria era o que garantia o pagamento das bolsas-trabalho para os usuários das oficinas. Fruto dessa parceria e do amadurecimento das ações do Núcleo de Trabalho, Santos inaugurou a primeira cooperativa de trabalho, protagonizada por usuários da rede de saúde mental, a Cooperativa Mista Paratodos (KINKER, 2011).

Neste ponto da história, podemos afirmar que nascem os primeiros ensaios de políticas públicas como alternativas e possibilidades reais de mudança no paradigma de cuidado. O projeto de Lei 3.657/89, que propunha a progressiva extinção dos manicômios e sua substituição por outras modalidades assistenciais, culminou em 2001, já com registro de diversas experiências no campo de novas práticas, por todo o território nacional, na promulgação da Lei 10.216 – Lei da Reforma Psiquiátrica.

Após mais de uma década da regulamentação de uma política pública de assistência em saúde mental e de inúmeras práticas em desenvolvimento, encontramos novamente diante de encruzilhadas nas políticas, no que se refere a inclusão social pelo trabalho das pessoas em sofrimento psíquico e a necessidade de discutir novos avanços para a continuidade da reforma.

O modelo brasileiro de reforma psiquiátrica tem como compromisso ético-político o acesso à cidadania plena não só no que diz respeito às formas de cuidado e de tratamento, mas também o acesso à educação, à arte, à cultura e ao trabalho com valor social e econômico. Enfim o acesso à cidade, seus direitos e contradições.

Nessa perspectiva, a reforma não se resume a um processo institucional de aprovação da Lei 10.216, mas sim no reconhecimento da necessidade de uma transformação do lugar social do louco, do excluído, dos indesejados na sociedade. Como refletia o lema *Por Uma Sociedade Sem Manicômios*.

Diante do exposto, embasaremos nossa reflexão num resgate histórico dos processos vivenciados no âmbito da militância pela saúde no Brasil, desde a reforma sanitária até conquista pelo direito à saúde mental. Nossa intenção é apontar os desafios das políticas públicas de inclusão social pelo trabalho, um dos eixos da RAPS e suas correlações com a Tecnologia Social.

Portanto, para melhor compreender o processo da reforma psiquiátrica brasileira e sua implicação com a inclusão social pelo trabalho, contextualizaremos o nascimento de um novo modelo de atenção à saúde dos brasileiros, a reforma sanitária que culminou com a criação do SUS, a cidadania plena como estratégia e o direito ao trabalho como possibilidade concreta de inserção social, aos usuários da RAPS.

4.1.1. A Reforma Sanitária Brasileira e o Sistema Único de Saúde

A proposta do SUS está vinculada a uma idéia central: todas as pessoas têm direito à saúde. Este direito está ligado à condição de cidadania. Não depende do “mérito” de pagar previdência social (seguro social meritocrático), nem de provar condição de pobreza (assistência do sistema de proteção), nem do poder aquisitivo (mercado capitalista), muito menos da caridade (filantropia). Com base na concepção de *seguridade social*, o SUS supõe uma sociedade solidária e democrática, movida por valores de igualdade e de equidade, sem discriminações ou privilégios (PAIM, 2009, p. 43).

A Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 aponta a primeira idéia do direito à saúde. Em seu art. 25 afirma que “toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar, a si e a sua família, saúde e bem estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos” (ONU, 2008).

No entanto, de acordo com Paim (2009), há estudos que indicam, desde o início do século XX, a formação de três subsistemas de saúde no Brasil: saúde pública, medicina do trabalho e medicina previdenciária.

Esses subsistemas coexistiam de modo paralelo, operando suas ações de acordo com demandas específicas, em seus eixos de ação: a saúde pública voltada para campanhas sanitárias; a medicina do trabalho que inserida no Ministério do Trabalho voltava suas ações exclusivamente para a saúde dos trabalhadores e a medicina previdenciária, que provinha às ações curativas e individuais.

Esse modo de organização do sistema de saúde brasileiro demonstrava ineficiência uma vez que segregava as pessoas que tinham direito a ele, deixando milhões de brasileiros excluídos do acesso à saúde.

Com a criação do Ministério da Saúde (MS), no ano de 1953, verificou-se a transformação de muitas campanhas sanitárias, do sistema de saúde pública, específicas em órgãos ou serviços, permitindo a melhor organização das ações.

De acordo com Paim (2009), um estudo realizado na década de 70, pelo Ministério da Previdência Social (MPAS), que foi censurado pelo governo militar de ser apresentado na V Conferência Nacional de Saúde ocorrida em 1975, descrevia o sistema de saúde brasileiro daquela época com seis características: “insuficiente; mal distribuído; descoordenado; inadequado; ineficiente; ineficaz”. A censura, desse momento histórico, não permitia que críticas ao governo e suas instituições viessem a público. Neste mesmo ano, com a sanção da lei 6.229 tivemos a criação do Sistema Nacional de Saúde que possibilitou a ampliação de ações, com a implantação de novos serviços.

Faz necessário referenciar que o país vivia nesse período a iminência de novos sujeitos sociais pautados na luta contra a ditadura. Estudantes, professores universitários, instituições acadêmicas, profissionais de saúde, entidades comunitárias e setores populares passaram a defender mudanças nas estruturas da saúde.

Fortalecidos pelos movimentos sociais e pelo desejo de democratização do país, a segunda metade da década de setenta é fortemente influenciada, o que possibilitou a formulação do projeto da Reforma Sanitária Brasileira (RSB). Com forte base conceitual

e produção teórica-crítica, a RSB possibilitou um novo olhar para a saúde dos brasileiros, culminando com a criação do SUS.

De forma equivalente, a idéia de uma prática política voltada para a mudança das relações sociais, tomando a saúde como referência, resultou na proposta da Reforma Sanitária (TEIXEIRA, 1988, p.20).

Em 1979, o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes) apresenta durante o I Simpósio de Política Nacional de Saúde da Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados o documento intitulado “A questão democrática na área da saúde” o que seria de modo concreto a primeira proposta do SUS, apontando um conjunto de princípios e diretrizes para sua implantação e funcionamento.

A primeira Conferência Nacional de Saúde (CNS) após o fim da ditadura militar, a 8ª edição, no ano de 1986, contou com mais de quatro mil participantes, reafirmando o reconhecimento da *saúde como um direito de todos e dever do Estado*. Sugerindo a organização de um sistema único de saúde, teve como eixos norteadores: descentralização (atribuições específicas para a União, estados e municípios), organização democrática (garantia de participação social na formulação das políticas de saúde, no acompanhamento e na avaliação) e a integralidade do cuidado.

Essa Conferência, definiu o direito à saúde como:

(...) a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário as ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade (BRASIL, 1986, p.4).

De acordo com Paim, “o relatório final do evento inspirou o capítulo *Saúde* da Constituição, desdobrando-se, posteriormente, nas leis orgânicas da saúde (8.080/90 e 8.142/90), que permitiram a implantação do SUS” (2009, p.40).

Além das melhores condições sanitárias, os profissionais da saúde também pleiteavam a mudança no método de tratamento das pessoas em sofrimento psíquico. A desospitalização e a conseqüente implantação de uma rede de serviços comunitários, com a criação dos Centros Atenção de Psicossocial (CAPS) e/ou dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), enquanto dispositivos de saúde, de apoio e de cuidado aos pacientes nos seus territórios, possibilitando o convívio social, eram sugeridos como o novo modelo de atenção. Esse movimento foi inspirado nas experiências de outros

países, dentre eles Estados Unidos, França e Itália. Este último, sob forte inspiração de Franco Basaglia⁵.

Outro marco importante do período foi a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil em 1988. Conhecida como Constituição Cidadã, pois denotava a nova realidade brasileira ao propor a ampliação dos direitos políticos, civis e sociais.

Com isso, desde a Constituição Cidadã, de acordo com seu art.196º, a saúde é colocada como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Essa mesma constituição marcou a criação do SUS, com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, propondo um caráter universal às ações e aos serviços de saúde no país, ao determinar como princípios doutrinários: a universalização, a equidade e a integralidade da assistência e indicando como princípio organizativo a participação social, através dos conselhos e das conferências de saúde que visam controlar e avaliar a execução da política de saúde, a nível local, estadual e federal.

Para a regulamentação e implantação do SUS foi necessária uma legislação específica, o que ocorreu com a promulgação das Leis: 8.080/90, que dispõe sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como sobre a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e da Lei 8.142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS.

Em 1992, o Brasil ratificou o Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais de 1966, que reafirmou, em seu art.12º, a ideia do direito à saúde, fazendo indicações de medidas para a garantia desse direito, tanto na prevenção quanto no tratamento de doenças (BRASIL, 1992), quais sejam:

1. Os Estados partes do presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental;

⁵ Vide nota de rodapé nº 3 na página 39.

2. As medidas que os Estados partes do presente Pacto deverão adotar com o fim de assegurar o pleno exercício desse direito incluirão as medidas que se façam necessárias para assegurar:

- a) A diminuição da mortalidade e da mortalidade infantil, bem como o desenvolvimento das crianças;
- b) A melhoria de todos os aspectos de higiene do trabalho e do meio ambiente;
- c) A prevenção e o tratamento das doenças epidêmicas, endêmicas, profissionais e outras, bem como a luta contra essas doenças;
- d) A criação de condições que assegurem a todos assistência médica e serviços médicos em caso de enfermidade.

A título deste estudo, é importante destacar dois elementos que a reforma sanitária e o SUS implementaram na sociedade brasileira:

- A afirmação da saúde como direito universal e público, instituiu uma dinâmica nacional de construção de serviços públicos em todo o país, ganhando assim, dinâmicas territoriais e comunitárias, levando a saúde ao alcance de todos os cidadãos;
- E, a entrada em cena de movimentos, entidades e usuários na construção, discussão e controle social acerca das políticas públicas. Constituindo assim, um sistema público em que seus usuários são protagonistas.

4.1.2. Atenção psicossocial e produção de cidadania

A construção da plena cidadania, ponto fundamental da reabilitação psicossocial, depende de variáveis que operam contra, ou operam a favor da contratualidade em casa, no trabalho e na rede social (SARACENO, 2001, p.17).

Conforme anteriormente descrito na história da RSB, a articulação do MTSM e o desenvolver de novas práticas, impulsionados pelos ideais da reforma psiquiátrica, proporcionou um novo modelo de atenção em saúde mental.

Garantir a pura extinção dos manicômios não significa cuidar em saúde mental. Para Amarante, “a história de nossa psiquiatria é a história de um processo de asilamento; é a história de um processo de medicalização social” (2010, p.74). E, como toda construção histórica, necessita de tempo para ser desconstruída, pois implica em mudança de paradigmas.

Para tanto, um longo processo de revisão de conceitos e práticas tornam-se necessários com vistas à desinstitucionalização das ações. Fechar os manicômios e mudar as práticas assistenciais de locais não necessariamente significa cuidar do sujeito em sofrimento psíquico. Cuidado implica numa ética de solidariedade, de estar com o outro diante dos desafios da vida em sociedade, da vida para além dos muros asilares. Conforme aponta Delgado (2005, p.16),

Sendo uma mudança de modelo, uma mudança de concepção, esse movimento da reforma não diz respeito apenas à organização de serviços de saúde, ao planejamento de saúde, ao financiamento de recursos, à capacitação de recursos humanos, ou seja, a todos esses ingredientes da constituição e sustentação de uma política pública. Ele diz respeito também à mudança de conceitos, à mudança até do imaginário social sobre a questão da loucura, diz respeito à construção e, digamos, a busca que deve ser tenaz, permanente, constante e cotidiana.

Com o objetivo de garantir os ideais da RSB e da reforma psiquiátrica, o modelo italiano, de reconstrução das práticas assistenciais, tornou-se referência em fundamentação teórica e crítica para as novas práticas. A aliança entre militantes da luta antimanicomial, movimentos sociais, trabalhadores, familiares e usuários foi fator decisivo para a desconstrução do paradigma do cuidado psiquiátrico sob o confinamento das instituições e a abertura para um novo modelo.

De acordo com a publicação do Ministério Público Federal na *Cartilha Direito à Saúde Mental*,

Reforma Psiquiátrica ou Luta Antimanicomial, são nomes genéricos dados a uma grande mobilização social que já dura mais de duas décadas e vem propondo a reformulação das políticas públicas de saúde mental, de modo a abandonar o modelo asilar – considerado invasivo e opressor, fundado sobre a discriminação e a segregação de pessoas retiradas de seus campos de convivência, privadas de liberdade e tolhidas no exercício de sua singularidade e cidadania – para substituí-lo por um conjunto de serviços abertos e comunitários que devem garantir à pessoa com transtorno mental o cuidado necessário para o viver com segurança em liberdade, no convívio familiar e social tanto quanto possível (BRASIL, 2012, p.15).

Esses movimentos caracterizados, essencialmente, como agentes de transformação buscavam um modelo justo, igualitário e que tratasse da garantia do direito à saúde, vieram a público inicialmente para denunciar o superlotamento dos

hospitais psiquiátricos, o isolamento social, as práticas de tortura e a violência institucional.

Adentrar ao terreno das máquinas institucionais de asilamento (manicômio) é se deparar com a pura realidade da exclusão do diferente. Para Barros (2010, p.175), “o movimento de desinstitucionalização revelou o manicômio como “lócus” de uma psiquiatria que é administração das figuras da miséria, periculosidade social, marginalidade e improdutividade”.

Neste contexto, apesar de todas as dificuldades decorrentes das disputas de poder e de interesses econômicos, o Brasil, graças ao conjunto de ações de luta antimanicomial, fez uma opção político-ideológica de implantar um modelo de atenção psicossocial que buscasse garantir o acesso a direitos e a busca pela cidadania plena, através da oferta de serviços substitutivos ao manicômio e territorializados.

De acordo com Amarante (2009), a construção da cidadania se refere a um processo social complexo, tal qual fazemos referência no campo da saúde mental e atenção psicossocial. É necessário mudar mentalidades, atitudes e relações sociais.

Para Saraceno (2001), no conceito de Reabilitação Psicossocial, existe uma tríade que orienta a vida humana: trabalho – moradia – rede social. Onde estas, em um processo de interação dialógica, produzem a cidadania, um dos pilares fundamentais da desinstitucionalização.

Desde 2001, quando da promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica, uma série de avanços e de novas políticas vem sendo pensadas para compor uma potente rede de atenção psicossocial, até chegarmos ao que atualmente se define como RAPS.

De lá para os dias atuais, podemos citar, alguns movimentos que protagonizaram as pautas que pressionaram a política pública como: Associação Brasileira de Saúde Mental (Abrasme), Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA) e Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (Renila). Cada qual a sua maneira e capacidade de agenciamentos organizaram movimentos, foram para as ruas, criaram fatos e acontecimentos, estiveram nos mais diferentes eventos políticos, científicos e institucionais que pautam o tema da reforma psiquiátrica.

Além dos movimentos, associações e universidades também produziram conhecimento e ajudaram as instituições governamentais na constituição das atuais políticas em saúde mental para o que, atualmente, se definem como componentes de saúde da RAPS, conforme quadro abaixo:

Quadro 2 – Componentes da Rede de Atenção Psicossocial



Ministério da Saúde (MS), 2012.

Para a composição da RAPS, tal qual como se apresentada no quadro acima, diversas leis e portarias foram sancionadas nos últimos treze anos com o objetivo de garantir ações e financiamentos aos diversos serviços: CAPS, Unidades de Acolhimento, Residências Terapêuticas, Programa De Volta Pra Casa, dentre outros.

Foco de discussão nesta pesquisa nota-se que as iniciativas de geração de trabalho e renda, são apontadas como dispositivos estratégicos do eixo reabilitação psicossocial da RAPS.

Constituídas por empreendimentos econômicos solidários e cooperativas sociais, estas estratégias, de acordo com a portaria 3.088/11, são responsáveis pela inclusão social pelo trabalho de centenas de usuários das redes de saúde mental que compõem a RAPS nacional. Diferentemente dos demais eixos da RAPS, estas iniciativas não contam

com regulamentação e financiamento que as legitimam perante os demais estabelecimentos de saúde (BRASIL, 2011).

Inquestionáveis geradoras de trabalho com valor social e econômico, produtoras de cidadania, o último mapeamento do MS sobre essas iniciativas, divulgado no informativo eletrônico – Saúde Mental em Dados nº 10, no ano de 2012, indicou a existência de 640 iniciativas distribuídas pelo país (BRASIL, 2012).

Com vistas a problematizar o potencial de inclusão social pelo trabalho e de produção de uma nova economia – a economia solidária – por parte dessas iniciativas e a ausência de políticas públicas reguladoras, passaremos agora a tratar do direito ao trabalho para as pessoas em sofrimento psíquico, de modo a qualificar a discussão acerca dos desafios para inclusão social e econômica desta população.

4.1.3. O trabalho como direito

O trabalho pode ser definido como o exercício de uma atividade vital, capaz de plasmar a própria produção e a reprodução da humanidade, uma vez que é o ato responsável pela criação dos bens materiais e simbólicos socialmente necessários para a sobrevivência da sociedade (ANTUNES, 2011, p.432).

O trabalho constitui-se para a humanidade como a mediação necessária entre o homem e a natureza, independente das formas de organização social e econômica, pois através do mesmo, saciamos as necessidades mais básicas da vida humana como beber, criar, comer e vestir (MARX, 1998).

Karl Marx, no livro *A Ideologia Alemã*, apontou que o primeiro ato histórico é, portanto, a produção dos meios para a satisfação destas necessidades, a produção da própria vida material. A verdade é que este é um ato histórico, é uma condição fundamental de toda a história, que ainda hoje, tal como há milhares de anos, tem de ser realizado dia a dia, hora a hora, para ao menos manter os homens vivos (MARX, 1998).

Sendo o primeiro ato histórico da humanidade, o trabalho adquiriu centralidade nas formas de organização social. O trabalho é a forma originária e criadora da atividade humana e é dele, que o homem se realiza enquanto potência de agir, e põe-se consciente, deixando de ser apenas um fenômeno de reprodução e instinto biológico. O trabalho

torna-se campo expressivo onde o homem é o processo de realização do ser, como ser social.

O trabalho, como fonte criadora, foi adquirindo na história da humanidade vários sentidos. Na contemporaneidade, organiza-se através de um metabolismo social, voltado à formação e acumulação do capital. Assim, podemos afirmar que o trabalho viveu um processo de subsunção real ao capital, ou mais especificamente, ao modo de produção capitalista.

A atual forma de organização social do trabalho se fundamenta na produção de mercadorias tendo sua centralidade na absorção durante o processo de produção do trabalho não pago. Nesse modo de organização, capitalista, ocorre a transformação da vida social em uma grande relação de troca. A sociedade moldou-se em forma de mercado. Qualquer produção, nessa relação de valores, deixou de se reconhecer em virtude de seu valor intrínseco para passar a ter valor unicamente vendável e rentável.

De acordo com Antunes (2011, p.433), a síntese dialética elaborada por Marx demonstra essa unilateralidade do trabalho:

Se ele é, por um lado, uma necessidade imprescindível para manter o metabolismo social entre a humanidade e a natureza, por outro, sob o império e o fetiche da mercadoria, ele metamorfoseou-se, assumindo a forma de uma atividade imposta, extrínseca e exterior, forçada e compulsória.

Assim, o modo de produção capitalista é em suma uma máquina de extorsão do trabalho não pago, o único capaz de criar nas mercadorias, mais valor. No capitalismo, só é trabalho produtivo aquele que emprega força de trabalho, que diretamente produz mais valia, valorizando e agregando valor ao processo de produção e reprodução do capital (ANTUNES, 2011).

Diante dessa forma de organização social, a possibilidade de trabalho às pessoas em sofrimento psíquico se coloca num importante dilema, pois estes sujeitos constroem relações com o mundo objetivo e subjetivo de forma particular, numa percepção alternativa de mundo e de sociedade e, com uma sensibilidade adversa a um tipo de racionalismo imposto para o homem, de fora para dentro.

As pessoas em sofrimento psíquico, pela cisão da vivência com o mundo real, apresentam uma estrutura de percepção do espaço-tempo, que vai de encontro com as imposições do ritmo ditado pelo sócio metabolismo do Capital, criando um tipo de “estranhamento” e de “alienação” no processo de trabalho singular.

Com isso, rotinas no ambiente de trabalho automatizado como ritmo, regras de funcionamento e hierarquias são vivências que causam sofrimento e dificuldades de enquadramento, o que resulta em impossibilidades e/ou limitações estruturais à vivência da loucura no lócus de produção capitalista, não sendo por acaso a escolha pelo modelo das experiências de trabalho autogeridas, em economia solidária.

Assim, o mundo do trabalho sob o metabolismo do capital é contraditório aos transbordamentos vividos na loucura. Estas contradições se manifestam essencialmente em duas problemáticas centrais: o ritmo (tempo) de trabalho – voltado à produção de mais valor - e o trabalho estranhado. O trabalho estranhado aqui se refere, a proposição de Marx em que aponta que quanto mais o trabalhador produz (e essa produção fica mais complexa), mais o resultado de seu trabalho, se distancia, ficando estranho a ele.

Em *Manuscritos Econômicos Filosóficos*, Marx constrói que esse fato simplesmente subentende que o objeto produzido pelo trabalho, o seu produto, agora se lhe opõe como um ser estranho, como uma força independente do produtor. O produto do trabalho humano é trabalho incorporado em um objeto e convertido em coisa física. Esse produto é uma objetificação do trabalho. A execução do trabalho é simultaneamente sua objetificação. A execução do trabalho aparece na esfera da economia política como uma perversão do trabalhador, a objetificação como uma perda e uma servidão ante o objeto, e a apropriação como alienação.

Esse duplo processo, inerente ao sócio metabolismo do capital, opera de forma objetiva um processo pelo qual os excluídos do mundo do trabalho capitalista são julgados incapazes de serem produtivos.

A atual forma de metabolismo social, vê no trabalho humano apenas uma mercadoria capaz de produzir mais valor para seu proprietário. No capitalismo a não produtividade, no ritmo e tempo ideal, constitui a base material para as manifestações ideológicas que forjam a criação de estereótipos de incapacidade, periculosidade e incompatibilidade de vivência em comunidade, das pessoas em sofrimento psíquico.

Nessa perspectiva, Basaglia (1924, p.41) reflete sobre o problema antropológico e clínico da exclusão: “Neste sentido, a modalidade da exclusão, analisada em seu interior, mostra-se intimamente ligada ao processo de apropriação do real, em que o homem exclui no outro aquilo que não consegue incorporar e tornar próprio”.

Diante dessa forma de organizar e gerir o trabalho humano, esses sujeitos tornam-se um problema para o mercado de trabalho, pois não conseguem se inserir nessa externalidade do sujeito pela imposição do ritmo e do tempo de trabalho. Os transbordamentos⁶ são vistos pelo capital como perda de tempo e ritmo de produção, o que na prática pode ser entendido como prejuízo. Como se diz na máxima do senso comum do capitalismo: *tempo é dinheiro*.

Diante do exposto até aqui a realização social de existência humana (o trabalho) torna-se sob o capitalismo um meio de existência subordinado e estranhado, onde o seu produto não é mais a realização própria do trabalho do trabalhador. O trabalho torna-se o seu contrário, passando de realização do ser social, para a sua desrealização.

Para Antunes (2011), foi desse modo que a sociedade do capital, especialmente ao longo do século XX, consolidou-se como uma sociedade do trabalho. Os indivíduos são educados e forjados para o trabalho,

Estruturada a partir do trabalho abstrato, ou seja, do dispêndio de energias físicas e intelectuais para a criação de valores de troca, a sociedade capitalista subordinou e subsumiu o trabalho concreto, aquele que expressa as autênticas aptidões no trabalho, generalizando a sociedade do trabalho abstrato, fetichizado e alienado (ANTUNES, 2011, p.436).

Diante dessa problemática a tentativa de inserção das pessoas em sofrimento psíquico nessas estruturas de organização do trabalho seria um aprofundamento do processo de alienação e de diminuição de seu reconhecimento e de suas potencialidades. Pois, como já vimos, o processo de produção e o resultado do trabalho são estranhos e alienados ao trabalhador, e quanto mais o trabalhador produz, como afirmou Marx em 1844, “(...) tão mais pobre se torna ele mesmo, seu mundo interior, (e) tanto menos (o trabalhador) pertence a si próprio”.

⁶ Transbordamentos como formas de expressão comportamentais dos sujeitos em sofrimento psíquico. Delírios, alucinações, paradas prolongadas para conversar e para fumar, momentos de devaneios, etc.

Neste contexto, vale ressaltar que assim como a reforma psiquiátrica tratou de oferecer as pessoas em sofrimento psíquico a possibilidade de serem sujeitos de sua própria história, capaz de produção de vida, de sentido e de sociabilidade, o trabalho enquanto direito civil também se fundamenta num processo de transformação de um agente passivo em um agente ativo.

Neste sentido, o debate em torno da loucura e o trabalho deve estar associado a percepção de que tipo de trabalho falamos, ou melhor, se ele é a expressão de uma inserção subordinada as formas atuais de reprodução social fundados no estranhamento do trabalho ou uma inserção soberana e criativa onde o trabalho se afirma enquanto valor de uso. Não por acaso, a escolha pelo modelo de direito ao trabalho na saúde mental tem perpassado o modelo do cooperativismo social e da economia solidária.

A partir de uma visão de saúde como produtora de qualidade de vida, a inclusão social, a cidadania e o direito ao trabalho tornam-se estratégias centrais na promoção de saúde dos usuários da saúde mental, por meio de políticas públicas que garantam o bem estar e a qualidade de vida, superando a visão reducionista de tratar a saúde como se trata a doença.

A saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986, p.04).

Entre a IV Conferência Nacional de Saúde Mental, a primeira realizada de forma intersetorial, tendo delegados de diversos segmentos sociais e a II Conferência Nacional de Economia Solidária, ambas em 2010, realizou-se em Brasília, a I Conferência Nacional de Cooperativismo Social. Essa Conferência reconheceu a necessidade de construir e aprovar o Programa Nacional de Apoio ao Associativismo e Cooperativismo Social (Pronacoop Social). Diversas resoluções dessa Conferência afirmaram a necessidade de se garantir plenamente o direito humano, ao trabalho e a produção criativa.

As apostas no cooperativismo social e na economia solidária presentes nessas Conferências passaram, a orientar as políticas públicas para a garantia do direito ao trabalho e foram reafirmadas no Programa Nacional de Direitos Humanos-3 (PNDH-3).

O PNDH-3 (BRASIL, 2010) concretiza um plano nacional de fortalecimento da democracia, principalmente no que diz respeito à igualdade econômica e social. Constituído por seis eixos orientadores, interessa-nos nesta pesquisa fazer alguns destaques do Eixo II – *Desenvolvimento e Direitos Humanos* que trata de estratégias e políticas públicas de redução das desigualdades sociais, o incentivo à economia solidária e ao cooperativismo e do Eixo III – *Universalizar Direitos em um Contexto de Desigualdades*.

Subdividido em diretrizes, objetivos estratégicos e ações programáticas, encontram-se nesses eixos as orientações diretamente relacionadas ao cotidiano dos movimentos sociais que pautam inclusão social, o direito ao trabalho e à cidade, a não discriminação e a garantia de políticas públicas. Assim, apresentamos abaixo – Quadro 3 - um resumo das principais orientações, com vistas a contribuir para nosso debate do direito ao trabalho em saúde mental.

Quadro 3 – Direito ao trabalho no PNDH-3 (BRASIL, 2010)

Eixo II	
Diretriz 4 - Efetivação de um modelo de desenvolvimento sustentável, com inclusão social e econômica, participativo e não discriminatório.	
Objetivo estratégico I - Implementação de políticas públicas de desenvolvimento com inclusão social	
Ações programáticas	Incentivar as políticas de economia solidária, de cooperativismo e associativismo e de fomento a pequenas e micro empresas.
	Integrar políticas sociais e de geração de emprego e renda para o combate a pobreza urbana, em especial de catadores de materiais recicláveis e população em situação de rua.
Objetivo estratégico III - Fomento a pesquisa e à implementação de pesquisas para o desenvolvimento de tecnologias socialmente inclusivas, emancipatórias e ambientalmente sustentáveis.	
Ações programáticas	Adotar tecnologias sociais de baixo custo e fácil aplicabilidade nas políticas e ações públicas para a geração de renda e para a solução de problemas socioambientais e de saúde pública.
Objetivo estratégico IV - Garantia do direito a cidades inclusivas e sustentáveis.	
Ações programáticas	Apoiar ações que tenham como princípio o direito a cidades inclusivas e acessíveis como elemento fundamental da implementação de políticas urbanas.
Eixo III	
Diretriz 7 – Garantia de Direitos Humanos de forma universal, indivisível e interdependente, assegurando a cidadania plena.	
Objetivo estratégico VI – Garantia do trabalho decente, adequadamente remunerado, exercido em condições de equidade e segurança.	
Ações programáticas	Ampliar programas de economia solidária, mediante políticas integradas, como alternativa de geração de trabalho e renda, e de inclusão social, priorizando os

	jovens das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família.
	Criar programas de formação, qualificação e inserção profissional e de geração de emprego e renda para jovens, população em situação de rua e população de baixa renda.
	Promover incentivos a empresas para que empreguem os egressos do sistema penitenciário.

Com base nesses apontamentos acerca do direito ao trabalho e dos registros anteriores referentes inserção social e o direito a cidadania plena, preconizados pelo modelo de atenção psicossocial passamos agora a refletir sobre como o encontro das políticas públicas em saúde mental e em economia solidária vem favorecendo a inserção social pelo trabalho às pessoas em sofrimento psíquico.

4.1.4. Saúde mental e economia solidária

Demarcada por diversas frentes do movimento da reforma psiquiátrica, a questão da inclusão social esteve sempre pautada. A progressiva extinção dos manicômios, o acesso à moradia e a cidade imprimiu às pessoas em sofrimento psíquico, novos sujeitos, a possibilidade de ir e vir com dignidade. O poder de compra e de troca, não só mercadorias, mas também de afeto fomentou a necessidade do trabalho, como fonte de vida e de sonhos.

O trabalho, não mais alienado ou alienante, como aqueles que existiam no interior dos grandes hospitais como forma de trocas por cigarros ou pequenos privilégios, mais sim o trabalho afetivo, criativo, despertador de habilidades e novas possibilidades de vida.

Assim, fundamentados na experiência italiana e na necessidade de favorecer a inclusão social como produção de cidadania, os dispositivos de saúde mental vem experimentando diversas atividades de geração de trabalho e renda. Tais alternativas, geralmente, acontecem dentro de serviços públicos de saúde mental (como CAPS e Centros de Convivência) e têm seu mercado, por vezes, restrito às pessoas que os frequentam, o que limita o potencial de um negócio empreendedor, o aumento da geração de renda e do público consumidor.

De acordo com apontamentos no relatório final da I Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorrida em 1987, os eixos temáticos como: Economia, Sociedade e Estado; Reforma Sanitária e Cidadania, já eram pautados na época.

Situando a Saúde Mental no bojo da luta de classes, podemos afirmar que o seu papel tem consistido na classificação e exclusão dos "incapacitados" para a produção e, portanto, para o convívio social em uma sociedade organizada segundo os princípios do modo de produção capitalista (BRASIL, 1988, p. 12).

Nota-se que, desde o princípio, a questão da exclusão e da produção no modelo de sociedade capitalista são pautados. Com isso podemos inferir que, desde o princípio da reforma psiquiátrica, existia uma preocupação por parte dos trabalhadores e militantes em discutir a inclusão social e econômica das pessoas em sofrimento psíquico.

Em outro trecho do mesmo relatório, no que tange a legislação trabalhista, destaca-se a referência feita à importância da manutenção da vida produtiva e de apoio do Estado: "a necessidade de manutenção na vida social e produtiva dos portadores de doenças mentais" (BRASIL, 1988, p. 26). E ainda,

Que seja assegurado a todo cidadão brasileiro, incluindo o deficiente físico e ou mental, um salário-desemprego provisório até sua reinserção social. É dever de o Estado garantir a reabilitação e reinserção social do doente mental e sua colocação no mercado de trabalho (BRASIL, 1988, p. 27).

Por mais que esse conteúdo, após vinte e seis anos de publicação, encontre-se desatualizado em alguns conceitos e propostas, optamos por aquilo registrá-lo para marcar a trajetória histórica que os trabalhadores da saúde mental e militantes da área vêm construindo em busca de cidadania e emancipação econômica e social das pessoas em sofrimento psíquico.

Com mais de uma década de existência de legislação para a construção de um modelo de atenção psicossocial que preconize a atenção integral e territorializada, podemos afirmar que a conquista da Lei da Reforma Psiquiátrica e de todas as que dela derivaram e das diversas portarias ministeriais reguladoras das ações e serviços, já se conseguiu mudar nas políticas públicas o paradigma de tratamento. Porém, apesar dos avanços e do crescimento das redes de atenção psicossocial, existem ainda grandes desafios a serem superados, especificamente no que se refere a inclusão social pelo trabalho.

Para Saraceno (1999), a conquista da cidadania se dá pela articulação das possibilidades de morar, de trabalhar e de conviver. Numa relação dinâmica denominada Reabilitação Psicossocial. Para esse autor,

O processo de reabilitação seria, então, um processo de reconstrução, um exercício pleno da cidadania, e, também, de plena contratualidade nos três grandes cenários: habitat, rede social e trabalho com valor social (SARACENO, 2001, p.16).

Lussi, Pereira e Pereira Jr (2006) sobre a proposta da Reabilitação Psicossocial de Saraceno, apontam que a mesma assume estrutura triádica sem a ocorrência de relações de liderança, o que pode se constituir em indícios de um processo de auto-organização.

Os autores, refletindo sobre a função do trabalho, nessa concepção, referem ser necessário partir da noção de trabalho enquanto promotor de articulação do campo dos interesses, das necessidades, dos desejos, como produção e troca de mercadorias e valores. Para ser um recurso de produção e de troca, torna-se necessário que ele perca a ênfase terapêutica e que a relação entre trabalho e sofrimento psíquico seja enfrentada a partir de um referencial alternativo.

Num cotidiano repleto de desafios para gerar trabalho com valor social e também econômico aos usuários, o encontro com o movimento e as políticas de economia solidária vem viabilizando conquistas e avanços aos projetos de inclusão social pelo trabalho.

Segundo Paul Singer (2002), o conceito de economia solidária possui diversas acepções, mas conserva, em comum, a contraposição entre a solidariedade e o individualismo competitivo predominante na sociedade capitalista. Trata-se de organizações de produtores em forma de autogestão: na igualdade de direitos de todos os membros, na propriedade comum do capital, numa distribuição mais igualitária, bem como em sua gestão democrática.

A economia solidária é a resposta organizada à exclusão pelo mercado, por parte dos que não querem uma sociedade movida pela competição, da qual surgem incessantemente vitoriosos e derrotados. É antes de qualquer coisa uma opção ética, política e ideológica, que se torna prática quando os optantes encontram os de fato excluídos e juntos constroem empreendimentos produtivos (...) (SINGER, 2005, p.11).

O modelo cooperativista e associativista nomeiam a luta e a força de resistência dos excluídos pelo mercado, propondo uma organização do trabalho que opta por incluir e acolher diferenças, permitindo o estabelecimento de uma produção a partir de princípios até então aniquilados pelo modo capitalista, como a solidariedade e a cooperação. Sua forma de organizar o trabalho, a cadeia produtiva e o modo de conceber e tratar a diferença apresenta pontos de semelhança com a lógica instituída pelo projeto antimanicomial.

É desse ponto que partimos nossa análise acerca das políticas públicas que marcam o processo de inclusão social pelo trabalho na saúde mental, a aposta pelas formas de auto-organização e produção coletiva, com vistas a problematizar os atuais desafios dos dispositivos de inclusão social pelo trabalho.

Desde 2004 a aproximação entre o MS e o MTE via, respectivamente, a Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (CNSM) e a Senaes, vem traçando políticas públicas que garantem o protagonismo dos projetos de inclusão social pelo trabalho na saúde mental no âmbito do direito ao trabalho associado, cooperativo e autogerido.

Neste mesmo ano, realizou-se a *“I Oficina de Experiências de Geração de Renda e Trabalho”*, na cidade de Brasília/DF. Atividade organizada pelos Ministérios: da Saúde e do Trabalho e Emprego e que só foi possível em decorrência da aproximação real das experiências de geração de trabalho e renda, dos serviços de saúde, com a economia solidária (BRASIL, 2005).

Resultado deste encontro que contou com diversos atores públicos, da sociedade civil e universidades, que apontaram a necessidade de construir uma política pública nacional de apoio e fomento aos projetos, oficinas e empreendimentos solidários, que constroem o segmento do cooperativismo social brasileiro, os referidos ministérios publicaram, em 2005, a *“Cartilha Saúde Mental e Economia Solidária – Inclusão Social pelo Trabalho”* (BRASIL, 2005).

Segundo Humberto Costa, então Ministro da Saúde, no período:

É preciso construir condições objetivas, por meio de políticas públicas e da participação da sociedade, para que tais experiências se consolidem,

ampliem, superem e possam atender com mais efetividade às necessidades dos usuários, propiciando uma cooperação solidária de toda a sociedade com o processo de superação do manicômio (BRASIL, 2005, p.8).

A partir desta publicação, o MS lançou um primeiro edital (chamada pública) voltado ao apoio e financiamento desses projetos, oficinas e empreendimentos solidários e o MTE, através da Senaes, passou a incluir em seus editais de financiamento à economia solidária, o público do cooperativismo social⁷. Avanços importantes para o reconhecimento social e produtivo dessas iniciativas no que tange a inclusão social pelo trabalho.

No ano de 2007, a Central de Cooperativas e Empreendimentos Solidários – Unisol Brasil⁸ – organizou o Seminário *Economia Solidária e as Cooperativas Sociais: inclusão, ressocialização e trabalho digno*, inaugurando no cenário nacional a participação da sociedade civil no movimento do cooperativismo social.

Com o objetivo de reafirmar os laços entre Brasil e Itália no âmbito da produção de direitos ao trabalho e do cooperativismo social, a Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP), realizou no ano de 2009, o *Seminário Internacional sobre Cooperativismo Social*. Neste mesmo ano, a Unisol Brasil, engajada na temática instituiu durante o seu *II Congresso Nacional*, o Setorial de Cooperativismo Social.

O ano de 2010 foi marcado por dois eventos importantes. O *Seminário Reflexões sobre as Diferentes Experiências de Cooperativismo Social*, promovido pela Unisol Brasil e a *I Conferência Temática de Cooperativismo Social*, organizada de modo interministerial, com o tema central - *Trabalho e Direitos: Cooperativismo Social como Compromisso Social, Ético e Político*, teve como um de seus objetivos: “Subsidiar as Conferências Nacionais de Economia Solidária e de Saúde Mental para contribuir com a formulação e

⁷ As iniciativas de cooperativismo social são empreendimentos formados por pessoas em situação de desigualdade em razão de condições físicas, mentais e situações sociais específicas e têm por objetivo promover a inclusão social e econômica dessas pessoas. São consideradas pessoas em situação de desigualdade: pessoas com transtorno mental; pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas; pessoas presas ou egressas do sistema penitenciário; pessoas com deficiência física, mental e/ou sensorial; adolescentes e jovens, em idade adequada ao trabalho, que estejam em situação de risco ou vulnerabilidade social, em especial aqueles que estão cumprindo medidas socioeducativas e aqueles egressos do sistema socioeducativo.

⁸ Associação com fins não econômicos, de âmbito nacional, cujos fundamentos são o compromisso com a defesa dos reais interesses da classe trabalhadora, a melhoria das condições de vida e de trabalho das pessoas, a eficiência econômica e o engajamento no processo de transformação da sociedade brasileira com base nos valores da democracia e da justiça social. www.unisolbrasil.org.br

a consolidação de políticas intersetoriais de apoio ao cooperativismo social” (BRASIL, 2010, p. 8).

Marco importante na busca por políticas públicas que visem inclusão social pelo trabalho, aos usuários da saúde mental, destacamos alguns pontos do relatório final da conferência (BRASIL, 2010).

Com relação ao nivelamento de conceitos:

- As iniciativas de cooperativismo social são empreendimentos formados por pessoas em situação de desvantagem por condições físicas, mentais e situações sociais específicas e têm por objetivo promover a inclusão social e econômica dessas pessoas;
- São consideradas pessoas em situação de desvantagem, dentro outras as pessoas com transtorno mental;
- As iniciativas de cooperativismo social devem ter composição mista, com a participação dos diferentes segmentos incluídos na Lei 9.867/1999;
- As iniciativas de cooperativismo social da saúde mental devem se constituir em espaços distintos dos locais de tratamento;
- Os serviços substitutivos de saúde mental e entidades ligadas aos Direitos Humanos, Sistema Prisional e à Ação Social têm responsabilidade no fomento das iniciativas de cooperativismo social e devem ser estimuladas e apoiadas pelos gestores locais.

Com relação ao eixo políticas públicas:

- Criar dispositivos de difusão das experiências de cooperativismo social e economia solidária, através da Secretaria Nacional de Economia Solidária do Ministério do Trabalho e Emprego;
- Criar políticas públicas direcionadas às iniciativas de cooperativismo social de usuários dos serviços de saúde mental em conflito com a lei, tendo em vista a especificidade desta população;
- Recomendar a integração de políticas públicas da economia solidária, do trabalho, da saúde, da previdência e assistência social, da justiça, ciência e tecnologia e cultura para o fomento do Cooperativismo Social;

- Garantir o acesso aos programas e recursos já existentes do Ministério de Ciência e Tecnologia e outros correlatos, como incentivo ao desenvolvimento das iniciativas de cooperativismo social.

A partir destes destaques podemos notar os avanços que se buscava naquele momento, bem como a aproximação com as políticas em economia solidária, numa tentativa de superar a distância imposta pelas relações estabelecidas no modelo de produção capitalista.

A Unisol Brasil, com o objetivo de deixar a pauta viva e trocar experiências de cooperativismo social realizou, no ano de 2012, o *I Encontro do Mercosul sobre Cooperativas Sociais*, entre os países do eixo. Todas essas movimentações sociais, provocaram diversas pressões nas instâncias governamentais, o que viabilizou que a Senaes reconhecesse o público da saúde mental como beneficiário de seus editais de apoio e fomento aos empreendimentos econômicos solidários.

Fruto dessa consideração, o estado de São Paulo conseguiu aprovar no ano de 2012 um projeto específico voltado ao fortalecimento de redes de empreendimentos econômicos solidários, no âmbito do cooperativismo social – o Projeto Redes.

Tendo por objetivo construir a Base de Serviço de Economia Solidária e Cooperativismo Social da Rede Estadual de Saúde Mental e Economia Solidária (Rede), o projeto, tem permitido ampliar e fortalecer a Rede dando maior visibilidade e sustentabilidade aos projetos de inclusão social pelo trabalho do estado de São Paulo. Atuando de forma articulada com parceiros intersetoriais, na estruturação de arranjos produtivos solidários e construindo portas de saída às políticas sociais e de saúde, através de atividades de assessorias técnicas, comercialização em rede, formação e formalização dos empreendimentos econômicos solidários.

Considerando que a articulação em rede é um dos princípios da economia solidária, pois fortalece os pequenos produtores, permitindo mais visibilidade e maior possibilidade de participação no mercado produtivo, acreditamos que a metodologia de organização dessas oficinas de trabalho, projetos de geração de renda e/ou empreendimentos solidários tem possibilitado aos grupos alçarem novos desafios

quando, ao adentrarem em um campo novo de conhecimento, se vêem discutindo políticas públicas e os impactos sociais dessas iniciativas econômicas.

Passaremos agora a correlacionar a prática dessas iniciativas com a temática à Tecnologia Social, com vistas a produzir conhecimento e verificar se, estas, tem viabilizado o desenvolvimento e a sustentabilidade cada vez maior desses empreendimentos, enquanto dispositivos estratégicos de inclusão social pelo trabalho na saúde mental.

4.2. CIÊNCIA, TECNOLOGIA E SOCIEDADE (CTS)

Com o acelerado avanço científico e tecnológico que vem ocorrendo desde o final do século passado, a compreensão dos seus resultados e os impactos para a sociedade vem tomando espaço nos diálogos e reflexões que ocorrem nos debates acadêmicos, empresariais, políticos, econômicos e sociais, que tornam alvo as interações entre Ciência, Tecnologia e Sociedade (HOFFMAN, 2013, p.7).

Neste capítulo pretendemos explorar as relações entre Ciência, Tecnologia e Sociedade, com vistas a apontar as contribuições do campo CTS nas reflexões sobre a inclusão social pelo trabalho na saúde mental, a economia solidária e os desafios que tangem essa temática.

A motivação para escolher o campo CTS como lugar de reflexão para discutir um tema que parece mais familiar à da área da saúde, do que da ciência e da tecnologia, partiu do desafio cotidiano, da experiência de trabalho da pesquisadora em tentar encontrar um espaço que pudesse contribuir com a ampliação do debate, para além dos conhecimentos produzidos pela área da saúde.

Sabemos que o campo CTS é um dispositivo ainda em construção e que necessita de estratégias e metodologias que garantam a efetiva relação entre a ciência e tecnologia e, destas, com a sociedade.

Neste contexto, trazer a temática da inclusão social pelo trabalho, para um campo novo foi desafiador, pois necessitou desbravar caminhos inusitados, mas que nos embasou científico e tecnicamente nas reflexões a seguir. Dentre as contribuições, o campo CTS, nos apresentou a Tecnologia Social.

4.2.1. O campo de conhecimento CTS

A sociedade constrói a ciência e a tecnologia, ao mesmo tempo, a ciência e a tecnologia constroem a sociedade. Sem determinismos de parte a parte. Esta é, em geral, a lição mais difícil de compreender quando começamos a estudar as relações entre Ciência, Tecnologia e Sociedade (CTS). No entanto, é também a lição mais importante porque nos abre duas portas: uma para o entendimento dessas relações e outra para a ação (FONSECA, 2010, p.71).

Partindo do pressuposto de que a ciência e a tecnologia não são fenômenos neutros (LATOUR, 2011), mas sim dotados e construídos da percepção de sujeitos que

as produzem, iniciamos nossa reflexão acerca do campo CTS, considerando a interdisciplinaridade iminente da área.

Assim, o campo CTS se resume de um lado pela maneira como as sociedades constroem suas ciências e suas tecnologias. De outro lado como essas ciências e tecnologias construídas interferem na vida de seus cidadãos.

Diante disso, cabe-nos salientar que o conceito de ciência precisa ser relativizado de acordo com o tempo histórico e contexto social inserido. Não existe uma ciência acabada. A ciência está em constante processo de transformação. Portanto, é sempre provisória uma vez que conceitos fechados (os chamados paradigmas) vão precisar evoluir quando a ciência e o conhecimento sobre eles avançar. A produção de um novo conhecimento que se sobrepõe ou interpõe ao um anteriormente descrito, vai imprimir na ciência a necessidade de relativização do conceito.

Se a conhecida verdade de hoje pode ser modificada com o tempo, podemos inferir que a ciência é uma produção coletiva, pois as trocas de informações entre os cientistas, por meio de acesso à publicações de resultados das pesquisas, permite que as pesquisas se complementem ou se contestem. Logo, a produção de conhecimento é historicamente construída.

Latour (2011), em seu livro *Ciência em Ação*, para ajudar a compreender o processo de construção da ciência afirma que esse processo envolve uma intrincada rede de elementos humanos (cientistas, colaboradores, financiadores, discordantes, burocratas, etc.) e de não humanos (literatura, maquinários, laboratório, etc.) que permanecem em interação contínua.

Dos elementos humanos sabe-se que todo cientista, todo pesquisador, é antes de tudo um ser humano dotado de características de um ser social, inserido num grupo de relações. Ideologias, crenças (materiais e espirituais), valores, história de vida, são elementos que fazem diferença na escolhas das áreas de pesquisa e caminhos de estudo. Logo a idéia de neutralidade da ciência precisa ser combatida. Quem a produz não é um ser neutro.

Cientistas representam interesses de um determinado grupo. Desde interesses muito éticos (como por ex: a cura de doenças socialmente impactantes) até interesses

econômicos e rentáveis (como por ex: registro de patentes, enriquecimento, publicações, destaque na mídia, etc.). Seja de caráter humanitário e/ou financeiro esses são os caminhos que denotam o curso e a produção de ciência. Num paralelo, tanto quanto real, as políticas públicas e os investimentos nelas feitos também denotam interesses.

Se pesquisadores/cientistas são sujeitos humanos, portanto dotados de subjetividades, é inevitável que essas não impactem a produção de conhecimento. Diante disso reafirmamos que a ciência não é neutra, pois nela estão impressos os pesquisadores. Do mesmo modo, não há tecnologia neutra porque estas também são desenvolvidas por pessoas.

A ciência e a tecnologia nem sempre caminharam a favor da sociedade. Exemplos clássicos com a construção de bombas nucleares e outras armas químicas provocaram importantes reflexões sobre o uso nocivo da tecnologia, sobre a responsabilidade da ciência e os limites do progresso tecnológico.

Neste sentido, a ciência como organizadora do conhecimento e a tecnologia como produtora de inovações, acendem a necessidade de um diálogo com a sociedade. As três áreas em equilíbrio devem contribuir para trilhar caminhos, no meio acadêmico, e contribuir para a constituição de políticas públicas (HOFFMAN, 2013).

Na área da saúde, para além das contribuições científicas e tecnológicas, no que diz respeito à produção de tecnologias de medicamentos e equipamentos, a ciência e a tecnologia podem auxiliar na promoção de saúde, nos contextos sociais.

Conforme Ogata e Santos (2013, p.45),

Nesse cenário de grande e constante desenvolvimento da C&T está envolvido também o campo da saúde, que aborda tanto questões científico-tecnológicas como sociais, buscando sempre diminuir os aspectos de desigualdades, promovendo práticas igualitárias em prol do bem estar social.

Referido as discussões em torno da produção de ciência e de tecnologia e as possibilidades do campo CTS, passamos agora a apresentar como o país organiza sua política de apoio e fomento à ciência e tecnologia.

Criado em 1985, o Ministério da Ciência e da Tecnologia (MCT) teve sua área de competência e estrutura regimental estabelecida, no ano de 2006, pelo Decreto 5.886/06 (BRASIL, 2006).

No ano de 2011, incluiu em sua nomenclatura a terminologia *Inovação* passando a ser chamado de Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação (MCTI), tendo como competência gerir a:

- Política nacional de pesquisa científica, tecnológica e inovação;
- Coordenação, planejamento, supervisão e controle das atividades da ciência e tecnologia;
- Política de desenvolvimento de informática e automação;
- Política nacional de biossegurança;
- Política espacial;
- Política nuclear e
- Controle da exportação de bens e serviços sensíveis.

Com a incorporação das agências de fomento FINEP (Financiadora de Estudos e Projetos) e o CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico), o MCTI passou a coordenar o trabalho de execução dos programas e ações que consolidam a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação.

Para tanto organizou suas áreas de competência em quatro secretarias, responsáveis pela gestão e execução dos principais programas.

- Secretaria de Políticas e Programas de Pesquisa e Desenvolvimento (SEPED);
- Secretaria de Ciência e Tecnologia para Inclusão Social (SECIS);
- Secretaria de Desenvolvimento Tecnológico e Inovação (SETEC);
- Secretaria de Política de Informática (SEPIN).

Inserida na SECIS encontra-se a área temática *CTI para o Desenvolvimento Social* que executa ações referentes à:

- Inclusão digital;
- Inclusão social e produtiva;
- Popularização da CTI e melhoria do ensino de ciências;
- Tecnologia Social e Assistiva.

Considerando a ocorrência de uma área temática, para gestão de processos de inclusão social e produtiva, fora da área da saúde e do trabalho e emprego, nos

propomos a ampliar as discussões no que se refere ao reconhecimento, apoio e fomento dos dispositivos de inclusão social pelo trabalho.

De acordo com Moreira (2006), a inclusão social é um dos grandes desafios do Brasil que, por razões históricas, acumulou um conjunto de desigualdades sociais no tocante ao acesso dos bens materiais e a cultura, à distribuição da riqueza e da terra, à apropriação dos conhecimentos científicos e tecnológicos. Para o autor, a inclusão social envolve ainda o estabelecimento de condições para que os seres humanos possam viver com adequada qualidade de vida e como cidadãos plenos, dotados de conhecimentos, meios e mecanismos de participação política que os capacitem a agir de forma fundamentada e consciente.

Conforme já apresentado, o campo CTS que se dedica as definições conceituais sobre ciência e tecnologia e suas aplicabilidades na interação com a sociedade vêm desenvolvendo em seu arcabouço de pesquisa, o histórico e as diretrizes da TS como metodologia que viabiliza a inclusão social.

Tecnologias Sociais são técnicas, materiais e procedimentos metodológicos testados, validados e com impacto social comprovado, criados a partir de necessidades sociais, com o fim de solucionar um problema desta ordem (BAUMGARTEN, 2011, p.410).

É nesse sentido que pretendemos apresentar e qualificar a discussão acerca da TS e suas aplicabilidades nos contextos sociais e de inclusão social pelo trabalho, contribuindo para a produção científica, no encontro com a sociedade.

A mesma autora defende que,

O conhecimento científico e tecnológico e os processos de inovação (econômica e social) que dele decorrem podem ser instrumentos estratégicos para a promoção de desenvolvimento sustentável, para a inclusão social e para a redução das desigualdades sociais (BAUMGARTEN, 2006, p.95).

Interessa-nos problematizar como as TS atuam enquanto instrumentos de resistência às dificuldades, transformação de paradigmas, elaboração e implementação de estratégias de desenvolvimento, economicamente viáveis e socialmente incluídas. Portanto, trataremos de apresentá-las como soluções tecnológicas, desenvolvidas a partir de necessidades sociais, tornando-se aptas a serem utilizadas como instrumento de políticas públicas.

4.2.2. Tecnologia Social (TS) – conceito e história

Uma tecnologia social sempre considera as realidades sociais locais e está, de forma geral, associadas às formas de organização coletiva, representando soluções para a inclusão coletiva e melhoria da qualidade de vida (BAUMGARTEN, 2011, p.410).

Com base nesta reflexão e, de acordo com Weiss (2009), que indica que o Brasil vivencia a experiência da aposta nas TS como instrumentos inovadores de inclusão social, geração de renda e proteção socioambiental propomos iniciar nosso percurso pela história das TS.

A respeito do surgimento das TS duas vertentes principais denotam sua história. A primeira enquanto desenvolvimento da Tecnologia Apropriada (TA) e a segunda em contraposição à Tecnologia Convencional (TC).

O clássico exemplo que denota seu surgimento decorrente da TA, foi o ocorrido no século XIX na Índia, quando Ghandi incentivou a população local a usar da tecnologia da Charkha (um espécie de roca de fiar), até então de domínio exclusivo de um pequeno grupo de artesãos, para combater a importação de produtos estrangeiros e fortalecer a economia local (DAGNINO; BRANDÃO e NOVAES, 2004).

Entre as décadas de 60 e 70 a TA foi amplamente difundida como alternativa ao uso das TC disponíveis nos países desenvolvidos. Neste período vamos encontrar diversas denominações à TA (“intermediárias”, “alternativas”, “inovações sociais”, etc.), porém de modo subjetivo todas se referiam a um mesmo conceito: apropriar-se de uma tecnologia pré-existente, adaptando-a para um propósito específico.

Com o desenvolvimento tecnológico cada vez mais intenso a TA vivencia uma crise por não mais se apresentar como capaz de gerar qualidade de vida, uma vez que deixa de ser competitiva às TC. Essa crise emergiu a necessidade de se pensar um conjunto de processos de adequação sócio técnica, mantendo os princípios da TA e a necessidade da construção coletiva da tecnologia, de modo a possibilitar o empoderamento da população em relação ao conhecimento. Assim, emerge a TS que se contrapõe a TA no que se refere ao processo de construção do conhecimento.

Thomas (2009) analisando o potencial das TS, no contexto da América Latina, problematiza que ao longo de sua trajetória histórica as mesmas parecem atravancadas

por uma tensão de base, determinante para definição de sua missão e sentido: “desenvolver TS como solução aos problemas de exclusão social dos pobres ou desenvolver TS como componentes-chave para estratégias de inclusão social de todos?”.

Para responder a tais indagações o autor propõe pensar a análise, o desenvolvimento e a implementação das TS com base no conceito de “adequação sociotécnica”, afirmando que não existem tecnologias sociais com validade universal. Dificilmente um processo de adequação é gerado de uma vez só e para sempre. Todas as tecnologias são objetos de processos de teste, transformação e ajustes às condições de uso e contexto. Portanto, sócio-tecnicamente construída.

Com base em sua produção teórica, o autor define TS,

Como uma forma de criar, desenvolver, implementar e administrar tecnologia orientada a resolver problemas sociais e ambientais, gerando dinâmicas sociais e econômicas de inclusão social e de desenvolvimento sustentável (THOMAS, 2009, p.27).

Podemos demarcar que a maior divulgação e popularização do TS no Brasil foi impulsionada pela Fundação Banco do Brasil (FBB), que no ano de 2001, lançou o Prêmio Fundação Banco do Brasil de Tecnologia Social e o Banco de Tecnologias Sociais (BTS), abrindo as portas para novas iniciativas e sistematização do conhecimento. Em decorrência desses acontecimentos, tivemos em 2002, a criação do Instituto de Tecnologia Social (ITS) e, em 2003, da Secretaria de Ciência e Tecnologia para Inclusão Social (SECIS), do Ministério de Ciência e Tecnologia (MCT).

O ano de 2004 foi palco de dois importantes marcos históricos: a criação do Centro de Referência em Tecnologia Social e a I Conferência Internacional e Mostra de Tecnologia Social. Nesta conferência, é proposta uma rede que pudesse articular as experiências nacionais.

Assim tivemos, em 2005, a criação da Rede de Tecnologia Social (RTS), com o objetivo de promover a difusão e replicação das tecnologias sociais.

A criação do BTS e posteriormente da RTS, possibilitou que fosse desenvolvida uma reconceituação da TS, ampliando à noção de replicação da tecnologia como uma operação de adequação pela ressignificação e não difusão mecânica em diversos contextos locais.

Desde sua constituição a RTS vem protagonizando uma articulação nacional das diversas experiências em TS, tendo entre seus principais objetivos a adoção de TS como políticas públicas, sua apropriação pelas comunidades-alvo reaplicadas e desenvolvimento de novas TS.

4.2.3. Tecnologia Social e inclusão

Segundo Baumgarten (2011), a presença do desenvolvimento social, particularmente da inclusão social na agenda das políticas de ciência e tecnologia, é relativamente recente no Brasil, o que remete à necessidade de maior articulação dos setores sociais no que tange mobilização e visibilidade das demandas.

Roberto Amaral (2003, p.36), afirma que “o desenvolvimento nacional depende, no que diz respeito à ação do Estado, de uma política nacional de desenvolvimento científico e tecnológico voltada para as demandas sociais do país”.

O autor defende que a constituição de políticas devem ser pautadas em demandas reveladas pela sociedade e pelo Estado, por intermédio dos diversos mecanismos de participação democrática como os movimentos sociais, as organizações da sociedade civil, os sindicatos, dentre outros, visando todas as formas de inclusão na cidadania, na economia, na fruição dos bens coletivos, dos bens simbólicos, dos serviços da saúde e do conhecimento. Para Amaral (2003, p.89), “A exclusão é vista como violação dos direitos humanos”.

Baumgarten (2011, p.413) aponta a TS como instrumento de emancipação social. Mediações entre o conhecimento científico e a sociedade viabilizam a geração de conhecimentos que possam ser utilizados em busca de sustentabilidade social e econômica. “As tecnologias sociais podem ser a base em torno da qual é possível articular uma ampla rede de atores sociais”.

Segundo a Fundação Banco do Brasil (FBB, 2004), o conceito de TS envolve participação coletiva, informação e inclusão e remete para uma proposta inovadora de desenvolvimento, considerando a participação coletiva no processo de organização, desenvolvimento e implementação. Está baseado na busca e na disseminação de

soluções para problemas voltados a demandas de alimentação, educação, energia, habitação, renda, recursos hídricos, saúde, meio ambiente, dentre outras.

Dagnino (2004), outra referência na discussão de TS, destaca o potencial emancipatório das mesmas, e ainda defende a importância dos movimentos sociais na conquista por políticas públicas,

Liberadora do potencial físico e financeiro, e da criatividade do produtor direto, não discriminatória, capaz de viabilizar economicamente os empreendimentos autogestionários e as pequenas, orientada para o mercado interno de massa, adaptada ao reduzido tamanho físico e financeiro, não discriminatória, liberada da diferenciação entre patrão e empregado, orientada para um mercado interno de massa, liberadora do potencial e da criatividade do produtor direto (DAGNINO, 2004, p. 58).

E por fim, segundo a RTS, “TS compreendem produtos, técnicas e metodologias desenvolvidas na interação dos saberes científico e popular e que representam efetivas soluções de transformação da sociedade” (RTS, 2010, p. 47).

Se as TS buscam pautar a questão da exclusão e da inclusão, propondo soluções estruturais, políticas públicas, viabilidade econômica sustentável, nos mais variáveis setores da vida, a proposta de atuação dos *dispositivos estratégicos para inclusão social pelo trabalho na saúde mental* vai ao encontro desses ideais reafirmando uma agenda pautada pela busca coletiva e auto-organizada pelo direito ao trabalho.

Sachs (2003), discorrendo sobre inclusão social pelo trabalho, afirma a existência de uma dívida social que requer simultaneamente a busca por políticas de emprego que promovam a inserção produtiva dos excluídos e também de políticas sociais voltadas as desprivilegiados.

O sucesso na promoção do desenvolvimento será medido pelo tempo necessário para que todos eles possam acender a cidadania plena, ao exercício do conjunto dos seus direitos não apenas políticos, civis e cívicos, mas também econômicos sociais e culturais – entre esses o direito ao trabalho digno (SACHS, 2003, p.68).

As TS são, portanto, soluções tecnológicas construídas a partir da realidade e do anseio de coletivos por encontrar as próprias saídas para os próprios problemas sociais. As mesmas visam serem utilizadas como instrumentos de políticas públicas para melhorar a vida das pessoas por meio de um desenvolvimento participativo.

4.2.4. Tecnologia Social e economia solidária

A TS como parte das inovações, saídas e alternativas para a promoção de um novo modelo de desenvolvimento, emergido, como parte da valorização dos conhecimentos locais e de necessidades sociais, objetiva-se como instrumento fundamental para a consolidação de políticas públicas emancipatórias⁹.

Conforme aponta o Fórum Brasileiro de Economia Solidária (FBES, 2006), a aliança entre a economia solidária e a tecnologia social pode ser traduzida como “construir a ponte, no sentido de elaborar políticas públicas, é essencial para produzir o suporte cognitivo – a Tecnologia Social - necessário para tornar sustentável no plano econômico, social, cultural e ambiental, a economia solidária”.

A reforma psiquiátrica brasileira, ao optar pelo olhar estratégico de um modelo de atenção psicossocial, produtor de inclusão e de cidadania e romper com o modelo asilar, de isolamento social e dos hospitais psiquiátricos, desenvolveu um conjunto de técnicas e tecnologias sociais, para o cuidado em liberdade com vistas a garantir e ampliar os direitos ao trabalho dos usuários da rede de atenção psicossocial.

Na inclusão social pelo trabalho, desenvolveu uma multiplicidade de metodologias e estratégias, baseadas na produção coletiva através das oficinas de trabalho, projetos de geração de renda e/ou empreendimentos solidários que começaram a produzir possibilidades reais de inclusão social e econômica, numa sociedade marcada pela exclusão do diferente.

A geração de trabalho e renda desenvolvidos nos serviços públicos do SUS, em especial, os de saúde mental, se disseminaram e multiplicaram essas práticas criativas e inovadoras por todo país. Quando no ano de 2011 instituiu-se, oficialmente, a RAPS, através da Portaria 3.088/11, as mesmas foram inseridas no Eixo VII – componente Reabilitação Psicossocial – Cooperativas (BRASIL, 2011).

Desenvolvida por meio de práticas, coletivas e autogeridas, regidas pelos princípios cooperativistas e solidários, o debate acerca do cooperativismo social surge

⁹ Políticas emancipatórias são aquelas capazes de mudar o lócus social em que os sujeitos em vulnerabilidade social estão inseridos. Aquelas políticas públicas que rompem o ciclo que mantém os cidadãos como atendidos e os colocam em um novo lugar social, o de cidadania plena.

no bojo da luta antimanicomial e do processo da reforma psiquiátrica, com forte inspiração do modelo italiano.

Como afirma Saraceno (2001), a experiência italiana de cooperativismo social iniciada através da experiência em Gorizia e Trieste, com Basaglia construindo o processo de desospitalização, ganha contornos nacionais, e uma dinâmica própria, caracterizando-se como um importante segmento econômico.

No contexto brasileiro podemos observar que o cooperativismo social, na saúde mental, emerge envolto a dois conceitos fundamentais: o da Reabilitação Psicossocial, orientado por Benedetto Saraceno (2001a, 2001b) e o da Empresa Social¹⁰, por Franco Rotelli (1995), nos quais contextualizam o processo de inclusão social pelo trabalho como estratégia de transformação das bases econômicas na qual se assentam a sociedade de tipo capitalista e a constituição de uma afirmação de um novo lugar social dos excluídos e estigmatizados socialmente.

Saraceno (2001) sustenta sua tese na importância do trabalho como parte de uma tríade que orienta o cotidiano da vida humana: moradia-trabalho-redesocial, em perfeita sintonia. Nesta tríade, o trabalho com valor social torna-se produtor de cidadania e ampliador das possibilidades de trocas sociais.

Para Rotelli (1995), na noção de Empresa Social encontra-se embutida a idéia de produção com valor social. O fascínio da Empresa Social está nas possibilidades de empreender. O pressuposto central da ideia seria *una asistencia que emprende*, tendo como capital de investimento *las personas*, dotadas de suas características singulares. Trata-se de criar condições necessárias para que as capacidades pessoais possam ser implementadas, utilizadas e transformadas em algo concreto e real.

Apoiados nesses referenciais teóricos e na expansão das experiências de geração de trabalho e renda tivemos, no ano de 1999, a aprovação da Lei 9.867 (Brasil, 1999) que dispõe sobre as Cooperativas Sociais, constituídas com a finalidade de inserir as pessoas em desvantagem no mercado econômico, por meio do trabalho.

¹⁰ O conceito de Empresa Social surgiu em 1987 para dar nome às estratégias dirigidas para enfrentar a crise de trabalho e a de assistência de algumas experiências de inovação de instituições e de políticas sociais em diferentes lugares da Europa e da Itália.

A aprovação desse marco legal foi capaz de criar o fato social de existência desse setor no Brasil, possibilitando a afirmação do cooperativismo social, como parte do cooperativismo brasileiro.

Observa-se que, na época de sua aprovação, os segmentos sociais beneficiados pela Lei das Cooperativas Sociais, eram muito incipientes e/ou contavam com iniciativas inviáveis do ponto de vista econômico e de capacidade de mobilização social, o que, na prática, gerou uma estagnação do processo legal, com o não fortalecimento dos movimentos para pressionar que a Lei viesse acompanhada de uma regulamentação e de uma política pública de apoio e fomento.

O fato de a Lei ser aprovada sem a devida regulamentação, fez com que a mesma tivesse, na prática, apenas um sentido de afirmação de um campo social, mas não se tornou um instrumento real para a formalização das oficinas trabalho, projetos de geração de renda e/ou empreendimentos solidários, tão pouco um instrumento de construção de políticas públicas para apoio e desenvolvimento desse segmento do cooperativismo brasileiro.

Apesar de, conforme anteriormente registrado, existir uma parceria técnica, desde 2004, entre a Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do MS e a Senaes do MTE, mais de uma década se passou e pouco se avançou no quesito política pública para o cooperativismo social.

Motivados por encruzilhadas técnicas, jurídicas e de financiamento que impedem o desenvolvimento das oficinas trabalho, projetos de geração de renda e/ou empreendimentos solidários, movimentos sociais, de trabalhadores, usuários e familiares pautam o tema da inclusão social pelo trabalho em diversos dispositivos políticos e institucionais com o objetivo de manter viva a pauta sobre a regularização dessas iniciativas.

Diante das diversas pressões, os referidos ministérios iniciaram um processo de sensibilização e mobilização de outros, também impactados pelos públicos presentes na Lei das Cooperativas Sociais.

Em dezembro de 2013, a assinatura do Decreto 8.163, instituiu sobre o Programa Nacional de Apoio ao Associativismo e Cooperativismo Social (Pronacoop Social) que tem por finalidade coordenar e executar ações voltadas ao desenvolvimento das cooperativas sociais e aos empreendimentos econômicos solidários formados por pessoas em situação de desvantagem, conforme definidas pelo art. 3 da Lei 9.867/99 (BRASIL, 2013).

Art. 3 - são consideradas pessoas em desvantagem, para os efeitos da Lei:

- I – os deficientes físicos e sensoriais;
 - II – os deficientes psíquicos e mentais, as pessoas dependentes de acompanhamento psiquiátrico permanente, e os egressos de hospitais psiquiátricos;
 - III – os dependentes químicos;
 - IV – os egressos de prisões;
 - V – (VETADO)
 - VI – os condenados a penas alternativas à detenção;
 - VII – os adolescentes em idade adequada ao trabalho e situação familiar difícil do ponto de vista econômico, social ou afetivo.
- § 1º (VETADO).

Para o desenvolvimento e acompanhamento do Pronacoop Social foi constituído um comitê gestor bipartite (governo e sociedade). A composição do quadro da sociedade civil se deu por meio de uma chamada pública e uma assembléia de escolha dos representantes, realizada em abril de 2014. A composição do Comitê consta no quadro a seguir:

Quadro 4 – Comitê Gestor do Pronacoop Social

Entidades da Sociedade Civil	Governo
Associação Brasileira de Saúde Mental (Abrasme)	Ministério do Trabalho e Emprego (MTE)
Central de Cooperativas e Empreendimentos Solidários (Unisol Brasil)	Ministério da Saúde (MS)
Fórum Brasileiro de Economia Solidária (FBES)	Ministério da Justiça (MJ)
Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (Renila)	Secretaria Geral da Presidência da República (SGP)
Federação Nacional das Associações Pestalozzi (FENASP)	Secretaria de Direito Humanos da Presidência da República
Pastoral Nacional do Povo da Rua	Ministério do Desenvolvimento Social (MDS)

O grande desafio após a assinatura e publicação do Pronacoop Social é superar a situação atual de ausência de políticas públicas voltadas ao financiamento, investimento, desenvolvimento tecnológico e incentivo à comercialização que têm se mostrado os principais limitadores à potência criativa e produtiva dos dispositivos, conforme apontam os resultados desta pesquisa.

Reconhecido o potencial de produção de cidadania, das iniciativas de geração de trabalho e renda nos diversos dispositivos das Redes de Atenção Psicossocial, do reconhecimento das tecnologias sociais e do cooperativismo social como favorecedores de inclusão, passamos agora a apresentar os resultados da pesquisa.

5. RESULTADOS

5.1. Apresentação do campo de pesquisa

Este capítulo tem por objetivo apresentar um resumo descritivo dos dispositivos que compõem o campo deste estudo. Essas informações foram possíveis graças ao primeiro bloco do roteiro de entrevista denominado: *Descrição do Dispositivo*. Essas descrições visaram subsidiar a análise qualitativa da coleta de dados, que se dará a partir do subtítulo 5.2.

A descrição contará com informações acerca do histórico de funcionamento dos dispositivos, localização, ano de fundação, formalização¹¹, número de pessoas inseridas, de oficinas trabalho, projetos de geração de renda e/ou empreendimentos solidários, outros projetos desenvolvidos, tipos de atividades, equipe técnica e formas de comercialização da produção gerada.

As atividades desenvolvidas serão classificadas em atividades de produção e de prestação de serviços, englobando na primeira categoria atividades de artesanatos e de agricultura e na segunda categoria, serão incluídas atividades como jardinagem, manutenção, limpeza, brechó e culinária (restaurante, buffet, eventos e pastelaria).

Em outros projetos, serão consideradas atividades artísticas e culturais com o objetivo de socialização e convivência, não tendo como foco central a geração de trabalho e renda. As atividades culturais e artísticas são produtoras de valores que não se reduzem a representação monetária, mas que a transcendem esses valores, gerando valor produtor de novos sentidos.

Associação Arte e Convívio (AAC)

A AAC, localizada na cidade de Botucatu foi formada em 1995, por profissionais de saúde mental, familiares e líderes comunitários. Seu surgimento deu-se a partir da prática clínica de profissionais que trabalhavam no hospital psiquiátrico da cidade e se contrapunham ao modelo médico centrado.

¹¹ Formalização trata de indicar a existência legal do dispositivo enquanto estabelecimento de saúde, personalidade jurídica, organização da sociedade civil, associação ou cooperativa.

Com a redução dos leitos de internação prolongada e a transferência do ambulatório estadual, que funcionava dentro do hospital, para o antigo ambulatório regional de especialidades, novas práticas em saúde mental tornaram-se possíveis.

Da necessidade de trabalho propositada pelos usuários que demandavam renda e um novo sentido para a vida, a idéia de se ter um serviço específico para geração de trabalho foi o disparador para se pensar o projeto.

A AAC nasce, deste modo, com personalidade jurídica de associação (entidade da sociedade civil sem fins lucrativos) e uma parceria com a Universidade Estadual Paulista (UNESP) como projeto de extensão universitária, lhe garante um financiamento mensal da Fundação para o Desenvolvimento Médico Hospitalar (FAMESP), que viabiliza a contratação e o pagamento dos profissionais da equipe.

Mais recentemente, foi reconhecida como Ponto de Cultura, dispondo de financiamento para esta modalidade o que lhe permite oferecer atividades culturais, de convivência e lazer, como sessões de cinema e aulas de dança, abertas para a comunidade.

A AAC não se caracteriza como um dispositivo pertencente a rede de saúde mental do município de Botucatu apesar de atender a 86 usuários da cidade em quatro oficinas, sendo 3 de produção (gráfica, mosaico e costura) e 1 de prestação de serviços (brechó).

O caráter jurídico da entidade e a forma de organização do município garantem à mesma autonomia em suas ações. O espaço dispõe de uma loja própria para comercialização da produção e também um brechó de roupas usadas

Para seu funcionamento a AAC conta com uma equipe de 8 profissionais com nível superior de formação sendo: 4 terapeutas ocupacionais, 2 assistentes sociais, 1 psicóloga e 1 artista plástica que acompanham o funcionamento das oficinas, 2 pessoas com nível fundamental que auxiliam na limpeza e organização do espaço, 1 atendente de loja, 1 office boy e 1 gestora.

Núcleo de Oficinas e Trabalho (NOT)

O NOT, localizado na cidade de Campinas, surgiu em 1991, juntamente com a proposta de transformação no modelo assistencial do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira (SSCF), que era um hospital psiquiátrico tradicional.

Com o processo de desinstitucionalização e implantação de residências terapêuticas, a demanda por trabalho das pessoas que se encontravam, na época, internadas foram surgindo como necessidade de um novo lugar social e possibilidade de renda para aqueles que passavam a ser preparados para o convívio na comunidade.

Com isso constituiu-se dentro do serviço um núcleo especializado que pudesse pensar e desenvolver possibilidades de trabalho, o NOT. Desde então a unidade encontra-se cadastrada no MS enquanto um serviço ambulatorial de especialidades, podendo contar com um financiamento mensal insuficiente para a realidade das ações por ele desenvolvidas.

Em 1993, com a consolidação do projeto e com algumas oficinas já estruturadas e, conseqüentemente, alguma geração de renda sendo possível foi necessária à constituição de uma personalidade jurídica que pudesse dar um respaldo para essas atividades.

Assim, após longo processo de reflexão por parte da equipe da melhor forma de garantir a legalidade das ações, foi fundada a Associação Cornélia M. E. V. H. Vlieg (Associação Cornélia). As primeiras idéias apontavam o desejo de se montar uma cooperativa, o que não foi possível por impedimentos legais e burocráticos como, por exemplo, a falta de documentação civil (RG e CPF) de alguns usuários. Deste modo, a opção possível, na época, foi à constituição de uma associação.

A Associação Cornélia, existente até os dias atuais, atua em parceria com o SSCF que garante a contratação via SUS de parte dos profissionais, cede espaço físico para algumas oficinas e auxilia na manutenção estrutural das mesmas. Existem oficinas, que conseguem contratar profissionais pela Associação, sendo pagos pelos próprios rendimentos da oficina.

O NOT dispõe de um ponto fixo de comercialização da produção chamado Armazém das Oficinas, que é também a marca registrada dos produtos da Associação

Cornélia. Além do ponto fixo, dispõe de página eletrônica com loja virtual, hospeda seus produtos em site especializado em vendas, participa de feiras de economia solidária itinerantes e feiras para lojistas.

Atualmente, atende a 300 oficineiros¹², divididos em 10 oficinas nas áreas de produção (mosaico, papel artesanal, velas, costura, vitral artesanal e plano, peças em ferro e madeira, ladrilho hidráulico e cartonagem) e 4 de prestação de serviços (restaurante, buffet de eventos, jardinagem, manutenção e limpeza).

Para seu funcionamento o NOT conta com uma equipe de 12 profissionais com nível superior de formação sendo: 5 terapeutas ocupacionais, 1 assistente social, 3 psicólogos, 2 nutricionistas e um 1 enfermeiro que são responsáveis pela coordenação das oficinas, 26 monitores de oficina que possuem diferentes níveis de escolaridade e capacitação técnica, 6 profissionais divididos nas funções de auxiliar ou assistente administrativo, 1 gerente de loja, 2 profissionais da área de limpeza, 1 motorista e 1 gestora.

Casa das Oficinas de Campinas

Inaugurada em 2005, a Casa das Oficinas localizada na cidade de Campinas, iniciou suas atividades a partir de grupos de geração de renda que aconteciam em alguns serviços da rede de saúde do município, como CAPS e Centros de Saúde.

Esses grupos que aconteciam em média uma ou duas vezes por semana em diferentes serviços de saúde, se reuniam em espaços itinerantes com o objetivo de compartilhar experiências, pensar a produção e espaços para comercialização. Com o passar do tempo e estruturação desse grupo de projetos de geração de renda, instituiu-se a denominação Oficinas Unificadas.

Com a ampliação das ações, este grupo protagonizou a fundação da Casa das Oficinas graças a junção dos trabalhadores do Centro de Saúde Integração e do CAPS Integração e o apoio do distrito de saúde Noroeste, região da cidade onde foi instalada.

¹² Denominação escolhida pelos usuários participantes das oficinas após intensa reflexão acerca o lugar social conquistado pelos mesmos, com a inclusão em atividades de geração de trabalho e renda. Tem por objetivo afirmar a diferença entre usuário de um serviço de saúde e aprendiz de um ofício.

O serviço foi constituído como um mosaico pois os profissionais que o compuseram eram provenientes de diferentes espaços, exclusivamente servidores públicos pois o serviço foi constituído como tal e portanto gerido pela Prefeitura Municipal de Campinas (PMC). Somente no ano de 2007, conseguiu se cadastrar junto ao CNES do MS como clínica/centro de especialidade.

A partir de 2008, com a contratação de trabalhadores pelo SSCF para atuarem no Programa Saúde da Família junto aos serviços públicos, a Casa das Oficinas pode absorver outros profissionais, tornando-se um serviço misto.

Desde o ano 2012 está sob administração do SSCF, que assumiu a gestão da rede de saúde mental do município, via parceria de cogestão com PMC.

Atualmente, atende a 50 oficinairos (denominação replicada do dispositivo NOT), divididos em 2 oficinas de produção (Transformação: mosaico e Harmonia: giramundo, crochê e papelaria), 1 de prestação de serviços (culinária) e 1 oficina no território (decoupage embutida). O local comporta uma loja própria e as oficinas participam de feiras itinerantes de economia solidária.

Para seu funcionamento a Casa das Oficinas conta com uma equipe de 3 terapeutas ocupacionais que são responsáveis pela coordenação das oficinas, 2 monitores de oficina que possuem diferentes níveis de escolaridade e capacitação técnica, 2 profissionais da área de limpeza e 1 gestora.

Casa das Oficinas de Piracicaba

No início da década de 90 a cidade de Piracicaba, que contava com um grande hospital psiquiátrico – Hospital Espírita Cesário Motta Junior – iniciou o processo de estruturação de uma rede de saúde mental. O desenvolvimento da rede não foi muito promissor e, o município que tem quase 400mil habitantes, conta até os dias atuais com apenas um CAPSII, não tem leitos de internação em Hospital Geral (HG), urgências e emergências são atendidas nos Centros de Saúde que não contam com equipes de saúde mental. A rede atual dispõe de 1 ambulatório infantil, 3 ambulatórios adultos, 1 ambulatório álcool e outras drogas e apenas 1 residência terapêutica.

Diante do desenho de uma rede baseada em serviços ambulatoriais a equipe do CAPS que realizava atividades com foco na geração de renda dos usuários do serviço,

conseguiu, no ano de 2009, constituir um espaço específico para oficinas de trabalho, com o objetivo de favorecer inclusão social. Para tanto, um concurso público foi necessário, ocorrendo a contratação de uma profissional com nível superior de formação para cuidar exclusivamente do funcionamento do serviço.

Um dos motivadores que justificou a implantação de um serviço específico para geração de trabalho e renda era a dificuldade dos profissionais que acompanhavam as oficinas em dividir sua carga horária com as atividades assistenciais do CAPS como, por exemplo, acolhimento a crise.

O processo de mudança foi gradativo, com a implantação de uma oficina de cada vez. O local não tinha estrutura de mobiliários e foi sendo montado aos poucos. O espaço único comporta todas as oficinas. A SMS é responsável pelo aluguel e a manutenção do espaço, mobiliários, funcionários, material de limpeza e alguns materiais básicos de almoxarifado.

O serviço apesar de compor a rede de saúde mental do município não está cadastrado junto ao CNES do MS e, portanto, não é formalizado. Por ser um serviço público também torna ilegal a comercialização no local, apesar de contarem com uma lojinha no espaço físico. O espaço está localizado numa área não favorável ao comércio, com isso as oficinas optam por participarem de feiras itinerantes de economia solidária e de atividades ligadas ao turismo da cidade.

Atualmente, atende a 25 usuários divididos em 4 oficinas de produção de artesanatos (papel reciclado, mosaico, tecelagem e pintura de guardanapos).

Para seu funcionamento a Casa das Oficinas conta com 1 terapeuta ocupacional responsável pela coordenação de uma das oficinas, 2 monitores que se dividem na responsabilização de três oficinas com o apoio da gestora e 1 profissional que auxilia na limpeza do espaço.

Núcleo de Trabalho e Arte (Nutrarte)

Como boa parte dos grupos de geração de renda, o Nutrarte foi idealizado e começou seus primeiros passos com funcionários da rede de saúde da cidade de São Bernardo do Campo. Técnicos de enfermagem, monitores de oficina, pessoas que

estavam nos serviços de atenção psicossocial e que, de alguma forma, trabalhavam com projetos de trabalho nas grades de atividades dos CAPS.

Com o desenvolvimento dessas atividades, a necessidade de se ter um espaço físico apropriado foi iminente. Essa consolidação se deu no ano de 2011 e o espaço onde está instalado é dividido com uma República Terapêutica Infante Juvenil¹³.

Desde então o serviço funciona sem qualquer formalização. Não é um serviço oficial, cadastrado junto ao CNES do MS, apesar de contar com o apoio e reconhecimento da Direção de Saúde Mental do município.

Junto com a criação de Nutrarte, ocorreu a construção da Associação de usuários e familiares *Mente Ativa*. A associação ainda não funciona como ferramenta operacional de apoio ao dispositivo, ofertando sua personalidade jurídica, como captação de recursos e emissão de notas fiscais.

Atualmente o Nutrarte atende a 70 usuários divididos em 2 atividades de produção (costura e fabricação de móveis de pallet) e 1 de prestação de serviços (pastelaria). Existem ainda grupos sendo incubados¹⁴ nas atividades de salão de beleza, prestação de serviços (jardinagem) e artesanatos.

A comercialização da produção se dá em parceria com a Central de Trabalho e Renda que dispõe de uma loja para os grupos de economia solidária da região. Neste mesmo espaço está instalada a Pastelaria do Nutrarte. Outras formas de escoar a produção são via de feiras itinerantes e de economia solidária.

Para seu funcionamento o Nutrarte conta com uma equipe de 6 profissionais com nível superior de formação sendo: 1 terapeuta ocupacional que cumpre a função de gestor do serviço, 1 relações públicas, 1 advogado, 1 artista plástica, 1 psicólogo e 1 arte cênica que são responsáveis pelo acompanhamento das oficinas, 2 monitores de oficina que possuem diferentes níveis de escolaridade e capacitação técnica, 1 auxiliar de enfermagem e 1 gestor. Estes profissionais são contratados por uma Fundação que atua da região do grande ABC de São Paulo.

¹³ Serviço que compõe a rede de atenção psicossocial do município.

¹⁴ Incubação – processo de incitar a constituição de mecanismos de autogestão à empreendimentos econômicos solidários, com a formação das pessoas envolvidas com o negócio (CATTANI, 2009; SAMPAIO, 2008).

Projeto Tear (Tear)

O Tear surge um pouco diferente dos outros dispositivos porque foi uma demanda privada de um laboratório de medicamentos que procurava desenvolver um projeto social que apresentasse outras possibilidades de cuidado às pessoas, além do medicamentoso.

Após conhecerem a experiência do NOT, em Campinas, o laboratório procurou as prefeituras municipais das cidades de São Paulo e de Guarulhos, com vistas a fazer uma parceria e optaram por constituí-la com a SMS de Guarulhos. O projeto propunha constituir um serviço que viesse a compor a rede de saúde mental do município embora a cidade ainda não tivesse uma rede bem estruturada.

Na época a cidade funcionava numa lógica mais ambulatorial apesar de contar com um CAPS e um CAPS Álcool e Outras Drogas. A parceria entre a SMS e o laboratório permitiu a contratação de funcionários, aquisição de maquinários para o funcionamento das oficinas e a inauguração do serviço no ano de 2003.

O modelo de funcionamento foi replicado ao do NOT, que na época, contava com 10 anos de experiência nesse tipo de dispositivo e a Associação Cornélia Vlieg foi convidada para ser a responsável pela gestão de recursos humanos e financeiros das oficinas. A parceria entre a SMS de Guarulhos, o laboratório e a Associação Cornélia permaneceu até o ano de 2012.

Desde então o Tear está com novas parcerias. A Associação Saúde da Família faz a gestão de recursos humanos e a Associação Incluir+ faz a gestão financeira das oficinas do Tear.

O serviço, apesar de fazer parte da rede de saúde mental do município enquanto um dispositivo de inclusão social pelo trabalho encontra-se, cadastrado junto ao CNES do MS como CAPS II e, com mais de 10 anos de existência, se vê por vezes, tendo que justificar a não necessidade de certos profissionais como: farmacêutico, médico, enfermeiro e etc., os que não conhecem sua realidade de atuação.

Atualmente, atende a 108 participantes¹⁵, divididos em 7 oficinas de produção (mosaico, tear&costura, marcenaria, vitral/fusing¹⁶ e reaproveitamento de vidros, serigrafia, papel artesanal e encadernação). O espaço conta com uma loja própria para comercialização da produção e com o objetivo de ampliar as possibilidades de vendas, o Tear participa de feiras itinerantes e de economia solidária.

Para além das atividades de geração de trabalho e renda, o serviço conta com o Espaço Multiforme que fomenta algumas atividades culturais como: a estratégia do Teatro do Oprimido, danças circulares e organizador da mobilização coletiva da RAPS Guarulhos do Desfile Fashion Crazy.

Para seu funcionamento o Tear conta com uma equipe de 8 profissionais com nível superior de formação dentre eles: 5 psicólogos, 2 artistas plásticos, 1 socióloga, que são responsáveis pela coordenação das oficinas, 9 oficinairos de oficina que possuem diferentes níveis de escolaridade e capacitação técnica, 1 assistente administrativo, 1 motorista, 3 profissionais da área de limpeza, 1 auxiliar de cozinha, 2 atendentes de loja e 1 gestora.

Núcleo de Projetos Especiais (NUPE)

O NUPE, localizado na cidade de Santo André surgiu, em 1997, como parte do processo de estruturação da rede de saúde mental municipal. A cidade, na época, contava com um grande ambulatório saúde mental vinculado as políticas de saúde do estado de São Paulo e, a região ABC paulista, tinha também três grandes manicômios.

Com o fechamento do primeiro manicômio, para implantação de serviços de uma rede substitutiva ao modelo asilar, divide-se a equipe do ambulatório em duas. Uma delas é direcionada para implantar o primeiro Hospital Dia (HD) e a outra, para formar o NUPE, uma atividade inovadora que se propunha a gerar trabalho e renda.

Com o passar dos tempos a rede foi se estruturando, mais um HD foi implantado em outro território da cidade e o NUPE foi se consolidando enquanto um lugar capaz de fazer a interligação desses serviços, através da experiência de geração de renda baseada na inserção social pelo trabalho.

¹⁵ Denominação construída, recentemente, entre equipe e usuários para denominar as pessoas inseridas nas atividades das oficinas.

¹⁶ Técnica usada para fundir peças de vidro.

A estruturação do serviço se deu sob a inspiração da experiência produzida na cidade de Santos (litoral paulista), visto que alguns profissionais que haviam estado naquela cidade, estavam migrando para Santo André.

O NUPE nunca teve sede própria e acumulou na sua história, episódios de invasão aos finais de semana o que ocasionou algumas mudanças de endereço do serviço. Há cerca de 7 anos conseguiram implantar uma segunda unidade do serviço, num espaço da Prefeitura Municipal que estava subutilizado, o que proporcionou a ampliação da oferta de atividades. O intuito agora é construir alguns barracões no local, para juntar todos os grupos num espaço único e poder desocupar a casa alugada.

Com mais de vinte anos de existência, o NUPE se vê por vezes questionado sobre sua missão, sofrendo interferências diretas do poder público vigente, como há alguns anos atrás em que foi implantado um novo pensar e agir sobre as atividades. O discurso predominante era de acabar com as atividades de geração de renda e implantar cursos e capacitações profissionalizantes. Neste período o serviço ficou com um caráter mais educativo e de convivência.

Aos poucos, com a transição da gestão municipal, foi se conseguindo retomar a sua missão original. Isso denota que o dispositivo, pela ausência de uma política pública nacional de reconhecimento de sua verdadeira missão junto ao SUS se vê tendo sua história intrinsecamente ligada ao modelo de gestão municipal, dependente da política local.

Desde a sua implantação o serviço é cadastrado como um ambulatório de saúde mental o que limita suas ações. Recebe um faturamento mínimo para os profissionais com nível superior de formação. Todas as outras produções dos arte-educadores e monitores de oficina não podem ser contabilizadas por não se enquadrarem nas funções específicas de um ambulatório de saúde mental.

Por ser um serviço público é impedido de realizar a comercialização da produção em suas instalações. Devido a isso as mesmas se dão por meio de feiras itinerantes e eventos, o que limita a ampliação da geração de renda.

Atualmente, atende a 65 usuários divididos em doze oficinas de produção, denominadas no serviço de ilhas de produção. Dentro de cada oficina ocorrem

atividades diversas que podem ser caracterizadas como empreendimentos ou não. O que determina essa caracterização é o potencial emancipador dos sujeitos envolvidos com a produção, comercialização e gestão do processo produtivo da atividade fim da oficina.

As oficinas são: Culinária (com os empreendimentos Fazendinha, Sabão e o Pastel), Costura (com os empreendimentos Panos e Linhas e Banner), Fotografia, Transfer (empreendimento UAU Imagens), Inclusão Digital, Encadernação, (empreendimento Arte.com), Boneca e Aromatizadores (empreendimento Aromaterapia), Xilogravura, Serigrafia (empreendimento CUPINS), Cultivo de cactos, suculentas e orquídeas (empreendimento Orquiflora), Marchetaria, Reciclagem de madeira e construção de móveis e prateleiras (empreendimento Refazer).

Para seu funcionamento O NUPE conta com 5 profissionais com nível superior de formação sendo: 1 terapeuta ocupacional, 2 psicólogos, 1 coordenadora de oficinas de nível superior e 1 administradora de empresa, responsáveis pelo apoio às oficinas, 5 profissionais de nível médio divididos nas funções de monitores de oficina e arte educadores, 4 auxiliares de oficina, 1 auxiliar administrativo, 2 profissionais de limpeza e 1 gestor.

5.2. Análise dos dados

Quadro 5 – Análise descritiva do campo de pesquisa

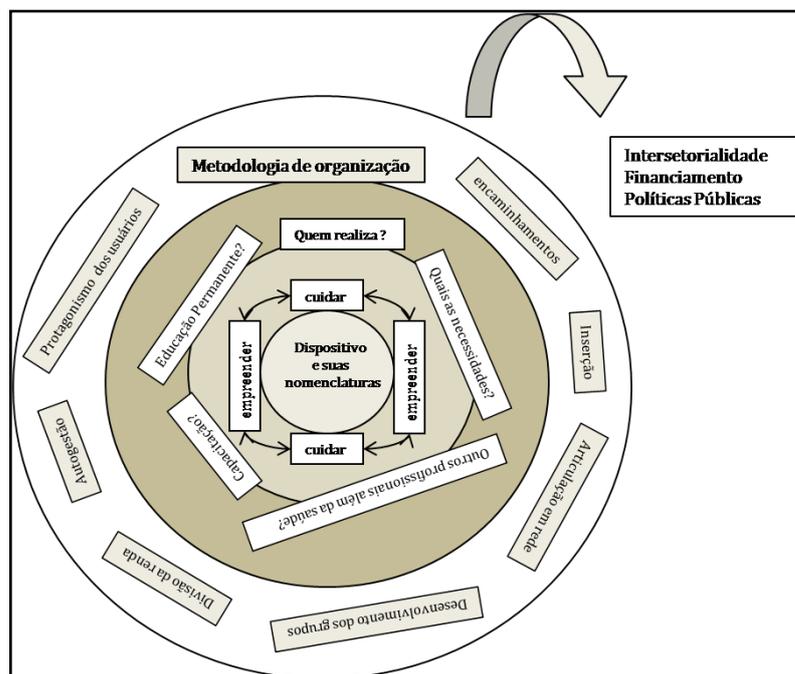
Dispositivo	Localização	Fundação	Estabelecimento SUS	CNES	Formalização	Ponto fixo de comercialização	Nº de pessoas inseridas	Nº de oficinas	Tipos de atividades		Atividades de arte e cultura	Equipe			
									Produção	Prestação de Serviços		Profissionais com nível superior	Monitores	Apoio administrativo	
AAC	Botucatu	1995	Não	N/A	Sim	Sim	86	4	3	1	2	8	0	3	1
NOT	Campinas	1991	Sim	Ambulatório	Sim	Sim	300	14	10	4	0	12	26	4	6
Casa de Campinas	Campinas	2005	Sim	Ambulatório	Não	Sim	50	3	2	1	0	3	2	2	0
Casa de Piracicaba	Piracicaba	2009	Não	N/A	Não	Sim	25	4	4	0	0	1	2	1	0
Nutrarte	São Bernardo do Campo	2011	Não	N/A	Não	Sim	70	3	2	1	0	6	2	1	0
Tear	Guarulhos	2003	Sim	CAPS	Sim	Sim	108	7	7	0	3	8	9	7	1
Nupe	Santo André	1997	Sim	Ambulatório	Não	Não	65	12	9	3	0	5	9	2	1

Após a análise descritiva, trataremos de aprofundar algumas reflexões qualitativas no que tange a coleta de dados. Para a organização dos resultados dividiremos as informações em:

- **Nomenclaturas** – como os dispositivos nomeiam as atividades desenvolvidas, os usuários e a equipe técnica. Temos por objetivo identificar se a escolha pelos termos determinam a realidade das ações;
- **Ações** – referentes ao processo de cuidar e de empreender, tem por objetivo identificar as ações predominantes do dispositivo;
- **Profissionais** – verificar a ocorrência e/ou necessidade de profissionais para além da área da saúde;
- **Capacitação técnica e educação permanente** – quais os tipos e formatos oferecidos pelos dispositivos aos seus profissionais;
- **Metodologia de funcionamento** – como ocorrem os encaminhamentos e inserção de pessoas; articulação em rede; estratégias para fomentar o desenvolvimento dos grupos; espaços de representação;
- **Ações intersetoriais e parcerias** – quais as articulações existentes e/ou necessárias ao desenvolvimento e manutenção dos projetos;
- **Financiamento** – recursos mensais (permanentes) que visam o custeio de manutenção dos projetos;
- **Estratégias para geração de renda** – quais as saídas criativas para enfrentar a falta de recursos e percalços do dia-a-dia.

O caminho metodológico para análise dos dados partiu de uma análise interna dos dispositivos para o processo de organização dos mesmos, no que tange a realizações de suas ações, culminando com suas articulações intersetoriais e desafios, conforme aponta a figura 2.

Figura 2 – O caminho metodológico



Com o objetivo de definir o lugar da inclusão social pelo trabalho nos âmbitos: da saúde, do tratamento, da reabilitação, da inclusão produtiva, do empreendedorismo e/ou meio de produção, iniciamos nossa análise qualitativa descrevendo as nomenclaturas utilizadas no cotidiano dos dispositivos de inclusão social pelo trabalho, com suas respectivas justificativas. Deste modo, dividimos a categoria nomenclaturas em três campos:

- 1) Denominação para as atividades;
- 2) Denominação para as pessoas inseridas;
- 3) Denominação para equipe técnica.

Na **categoria nomenclaturas utilizadas para referenciar as atividades**, desenvolvidas no interior dos dispositivos, encontramos as mais diversas justificativas, para embasar o conceito *oficina*, a nomenclatura mais comumente utilizada, conforme trechos das entrevistas a seguir.

São oficinas porque o nome foi herdado dos CAPS assim; porque tem sentido de ofício, de lugar onde se produz coisas; porque não são ferramentas estritamente terapêuticas como as desenvolvidas em serviços de saúde mais clínico-centrados; porque importou-se a nomenclatura de um projeto bem sucedido e que usava a mesma

denominação; porque é um conceito em vigência há muito tempo, está assimilado e não se tem questões com relação a isso; oficina de trabalho e não terapêutica porque quem determina as produções são os clientes e não o grupo; oficinas porque, muitas vezes, é necessário dividir a produção de uma peça o que num contexto terapêutico nem sempre seria possível.

A nomenclatura Empreendimento Econômico Solidário (EES) foi citada por alguns dispositivos como uma terminologia nova, mais recente na cultura e portanto não tão apropriada por trabalhadores e usuários dos dispositivos. Sendo utilizada mais em contextos fora da área da saúde.

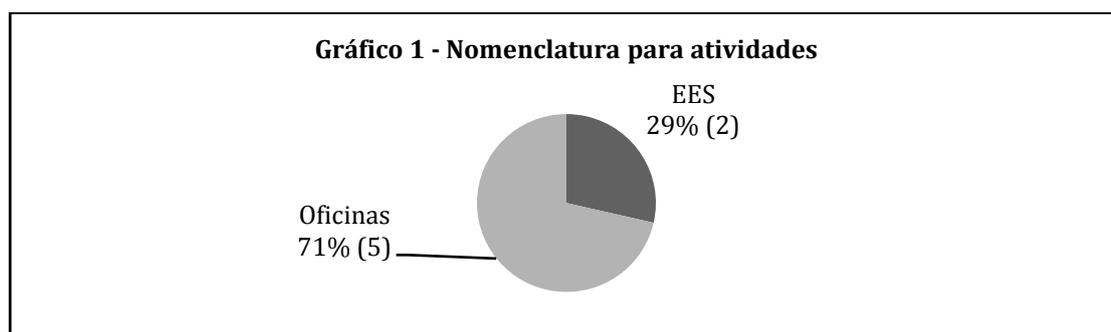
A denominação *oficina* responde um pedaço do todo que envolve o rol de atividades desenvolvidas nos dispositivos. As políticas não caminharam para a autonomia para fora da saúde, porém os dispositivos reconhecem que a mesma impõe um caráter mais formal no trabalho, imprimindo nos profissionais que acompanham o desenvolvimento dos grupos o lugar de responsável, de quem manda, de quem vai dar as ordens e isso é visto como um limitador a potencialidade empreendedora dos usuários.

Por outro lado, os serviços que arriscam fazer uso da denominação EES, reconhecem que há uma construção cotidiana que vai na contramão da cultura predominante no país, do trabalho celetista (modelo CLT – Consolidação das Leis do Trabalho), assalariado e do modelo capitalista. E que, portanto, ainda há um longo caminho a ser percorrido.

Pudemos observar que a dualidade na forma de se nomear as atividades, pode estar relacionada também ao local (institucionalidade) onde é referido. Nas discussões na área da saúde a denominação *oficina* é mais familiar. Nos espaços de negociação de editais de apoio e fomento à empreendimentos, na economia solidária, nas secretarias de trabalho e renda e de assistência social é mais comum utilizar a nomenclatura EES.

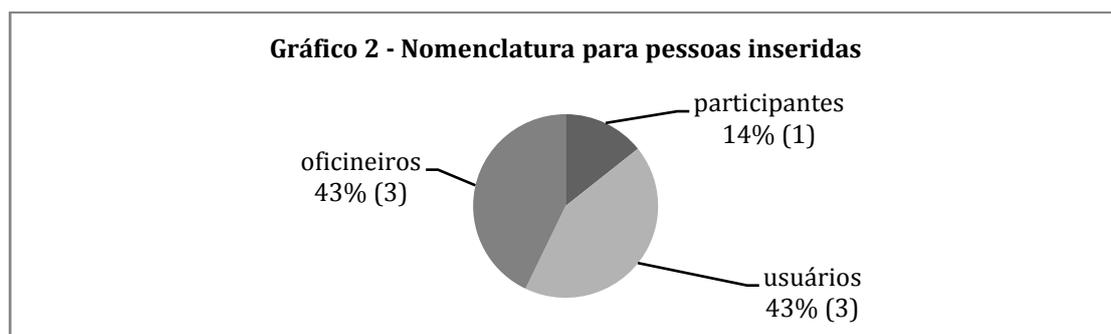
Identificou-se também que alguns dispositivos, optam por denominar por empreendimentos os grupos que contam minimamente com um pré-plano de negócio, ou seja, quando o grupo começa a pensar em linha e escala de produção, comercialização e responsabilização pelo negócio. O passo anterior a isso é denominado de grupos em processo de incubação. Portanto, dentro de um mesmo dispositivo, pode se utilizar nomenclaturas diferentes para grupos em estágios de desenvolvimento diferentes.

De modo objetivo, o resultado da coleta de dados demonstrou que 71% dos dispositivos (5 deles) nomeiam as atividades como oficinas e apenas 29% (2 citações) nomeiam de empreendimentos econômicos solidários (EES), uma realidade que aponta um caminho a ser trilhado ainda pelos dispositivos no que tange a apropriação dos conceitos do empreendedorismo e de um novo modelo de economia que favorece a autonomia e autogestão dos trabalhadores de suas atividades produtivas. Para fim desta pesquisa, utilizaremos a nomenclatura oficinas, visto que foi o achado mais citado.



Na categoria **nomenclatura utilizada para referenciar as pessoas inseridas**, ocorreu um equilíbrio entre o uso da denominação *usuários e oficinairos*, com 3 citações para cada uma delas, representando 43% para cada, e apenas uma citação, representando 14% do total, indicou o uso da denominação *participantes*.

As **justificativas** para o uso da denominação *usuários* se deram em decorrência da vinculação dos dispositivos com as políticas do SUS. Usuários enquanto clientes do sistema de saúde. Já a denominação *oficineiros* se aproximou mais da perspectiva da inclusão social pelo trabalho. Oficinairos porque as pessoas inseridas nas atividades encontram-se na condição de aprendiz de um ofício. A denominação *participantes* foi indicada como uma construção recente de um dos dispositivos em referência ao fato de que, simplesmente, as pessoas participam das propostas oferecidas.



Alguns achados merecem destaque nesse campo. Apesar de a denominação usuário ser comum, a mesma foi mencionada como recusada por parte de alguns dispositivos e de seus participantes com a observação de que ela denota a questão de pessoas em situação de uso de álcool e outras drogas e nem todos estão nessa condição e portanto, não aceitam ser identificados dessa maneira. Pacientes foi outra terminologia repelida em virtude de que o que menos se espera é uma atitude passiva dos sujeitos que ali estão. Denominações como usuários-trabalhadores e oficineiros foram termos que enfrentaram resistências por parte de profissionais de alguns dispositivos por se aproximarem das atribuições dos mesmos e gerar uma confusão de papéis.

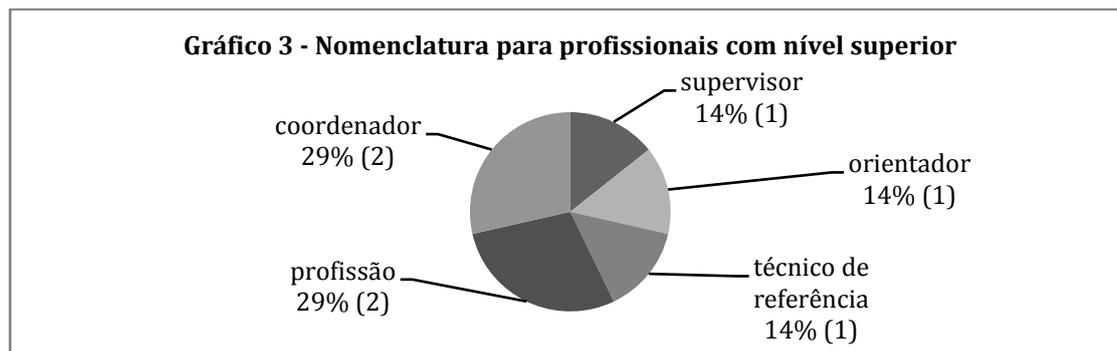
Para efeito desta pesquisa, optamos por usar a denominação oficineiros por entendermos que é a que mais retrata o potencial de transformação do trabalho, por meio das oficinas, na vida das pessoas que delas participam.

Por fim na categoria **nomenclatura utilizadas para referenciar as equipes técnicas**, a análise dos dados demonstrou que a referência que se faz aos profissionais trata de quanto às atividades por eles desenvolvidas se aproximam mais de uma proposta terapêutica ou do desenvolvimento de negócios empreendedores.

Visando maior fundamentação das reflexões, para além da denominação desses profissionais, apresentaremos as justificativas que as embasam. Subdividimos a categoria em duas: profissionais com nível superior e médio de formação.

Na categoria profissionais com nível superior de formação, encontramos denominações como a própria categoria profissional (ex: terapeuta ocupacional, psicólogo, arte educador, assistente social, etc.), coordenador de oficina, técnico ou profissional de referência, supervisor de projeto e orientador, conforme aponta o gráfico 3.

As **justificativas** encontradas foram: *procedimento burocrático em virtude do registro CLT; coordenador porque o profissional está ali para ajudar a organizar o processo produtivo* e a denominação pela *categoria profissional imprime um caráter mais terapêutico às atividades; orientador porque todos os trabalhadores atuam para orientar o desenvolvimento de alguém ou de um negócio; profissional ou técnico de referência porque os profissionais devem referenciar, dar um suporte ao grupo, quando necessário.*



De modo geral com relação às **atribuições destes profissionais** foram encontradas três frentes de trabalho:

1. Executor de procedimentos burocráticos do SUS, para os serviços cadastrados no CNES do MS;
2. Responsável por questões relativas ao cuidado das pessoas inseridas;
3. Facilitador do cotidiano da oficina.

Na frente 1, estão incluídas atividades como evolução de prontuários e preenchimento de protocolos para faturamento RAAS (Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde). Na frente 2, encontram-se atividades como acolhimento, articulação em rede, matriciamento de questões referentes a inclusão social pelo trabalho em outros dispositivos da rede SUS (CAPS, NAPS, CS, CECO, entre outros), participação em reuniões de equipes, planejamento e supervisões, intervenção e condução de caso, acompanhamento terapêutico em atividades como compras e participação em feira, E, por fim, na frente 3, encontram-se as atividades específicas de organização do processo de produtivo da oficina, da gestão em conjunto com o grupo do negócio como um todo (rodas de conversa, controle das horas de trabalho, avaliação de função e de desempenho, capacitação do grupo para trabalho coletivo, ações empreendedoras e de comercialização, pesquisa de tendências de mercado, criação de novos produtos, elaboração de preços, contato com clientes, captação de recursos, elaboração de projetos, reposição de materiais, controle de estoque da produção, dentre outras tantas atribuições).

Na categoria profissionais com nível médio de formação, encontramos a denominação predominante de monitor de oficina, podendo ocorrer ainda profissional de referência e orientador.

As **justificativas** encontradas foram: *aqueles que ficam por conta do dia-a-dia da oficina; que estão presente durante todo o tempo de funcionamento da oficina; que monitoram; que acompanham o desenvolvimento das atividades do grupo; que capacitam na técnica.* O dispositivo que usa da denominação orientador, assim como para o técnico de nível superior, justifica que a missão do dispositivo é equalizar os profissionais, horizontalizar as ações.

De modo geral com relação às **atribuições destes profissionais** foram encontradas as atividades que justificam o uso da nomenclatura: *profissional que acolhe diariamente quem chega para trabalhar; que acompanha o dia-a-dia da oficina, que favorece a aprendizagem e desenvolvimento da técnica, que capacita, avalia, monitora, pensa junto, ajuda a calcular preços, a escolher cores e formas, a desenvolver a linha de produtos, que auxilia o grupo na produção e nas rotinas diárias.*

De modo geral pudemos identificar que as denominações fazem parte de um cotidiano de atividades estabelecido e sem muitas questões com relação as elas, o destaque maior foi dado no que se refere aos afazeres, atribuições e responsabilidades desses profissionais.

Num cotidiano permeado de **ações referentes ao processo de cuidar e de empreender**, tornou-se possível elaborar o quadro abaixo, distinguindo o imenso campo de ação dos dispositivos.

Quadro 6 – Ações realizadas pelos dispositivos

Ações referentes ao cuidar em saúde mental	Ações referentes ao empreender trabalho e renda
Evolução de prontuários	Organização do processo produtivo da oficina
Execução de procedimentos burocráticos do SUS	Gestão empreendedora
Acolhimento, identificação de crise e encaminhamentos	Avaliação de função e desempenho
Articulação com serviços da rede SUS	Articulação com redes de empreendimentos
Condução de Projetos Terapêuticos Singulares	Despotencialização do cunho terapêutico das atividades
Flexibilização da jornada de trabalho	Cobrar produção e qualidade
Participação em reuniões de equipe, planejamento e supervisões	Pesquisa de tendências de mercado
Acompanhamento terapêutico	Controle das horas de trabalho e cálculo da bolsa oficina
Mediação de conflitos	Capacitação para trabalho coletivo
Construção coletiva das ações	Criação de produtos e elaboração de preços
Invenção de saídas criativas para acolher pessoas que desejam trabalhar mas nem sempre	Comercialização, vendas e contatos com clientes

estão em condições	
	Controle de estoque
	Manutenção de equipamentos
As rodas de conversa são consideradas dispositivos híbridos pois permitem cuidar e gerenciar as relações de trabalho e de produção	
O mesmo destaque se deu para as atividades de acompanhamento terapêuticos para participação em feiras e em compras de materiais	

Considerando a importância desses dois campos de ações, os dois lados da balança, ficou claro que essas ações se complementam. A maior parte dos dispositivos referiu que não é possível uma separação delas no dia-a-dia: *não há separação clara no cotidiano; até onde vai o cuidado e começa o trabalho; as coisas se perpassam; tudo acontece o tempo todo e muito misturado; o foco é o trabalho, a geração de renda, mas é através do trabalho que se dá o cuidado.*

Um dispositivo que está mais descolado da rede de saúde, entende essa separação de modo particular. Para este, o papel do dispositivo é tencionar a rede de saúde para executar efetivos projetos terapêuticos e preparar as pessoas para inserção em atividades de trabalho. O serviço de saúde tem a responsabilidade de conduzir os projetos terapêuticos e o dispositivo fomentar possibilidades de trabalho para as pessoas em sofrimento psíquico.

Outro ponto abordado na coleta de dados, diante da questão de qual a missão desses dispositivos na RAPS, foi a **necessidade de ter ou não profissionais para além da área da saúde**, frente às atividades.

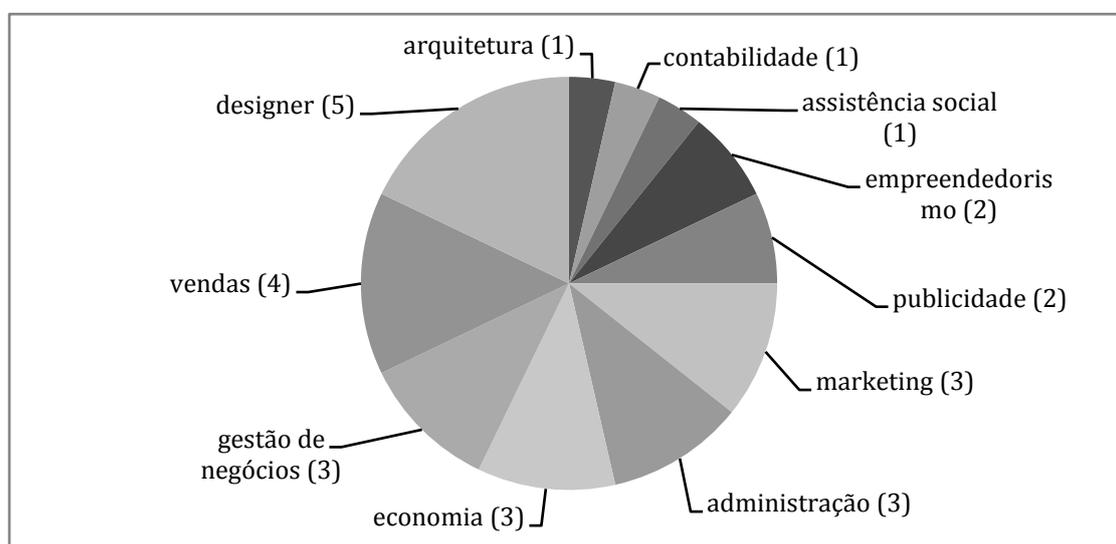
De modo unânime, ou seja, 100% dos dispositivos referenciaram que o profissional da saúde não é formado para ser gestor de um negócio. Neste sentido, profissionais das áreas de administração, economia, marketing, publicidade, design, arquitetura e vendas são sugeridos como categorias que muito tem a contribuir com o desenvolvimento dos dispositivos. A aposta na assessoria e não na contratação permanente do profissional, é sugerida como melhor possibilidade de manter um olhar externo ao processo e a não contaminação pela rotina diária e consequente cronificação do olhar.

Esses profissionais são vistos como recursos que podem favorecer a gestão otimizada dos recursos, o controle e fluxo de caixa, a comunicação do dispositivo com o mercado externo, o fortalecimento das marcas, o desenvolvimento de produtos, o

cálculo de preços, a organização do processo produtivo, a captação de recursos, a elaboração de branding¹⁷ e de catálogo de produtos, etc., porém a atual forma de registro/cadastro dos dispositivos ou ausência deles não permite aos mesmos fazer essas contratações. Um dispositivo voltado para geração de trabalho e renda, inserido e financiado, exclusivamente, no universo da saúde tem neste fato importante limitador de seu desenvolvimento.

Com base nessas informações, interessou-nos mensurar a quantidade de indicações que cada categoria profissional teve, conforme gráfico a seguir:

Gráfico 4 – Categorias profissionais indicadas



Do total do campo de pesquisa, foi possível identificar que apenas um dos dispositivos não conta com profissionais com formação superior na área da saúde, frente as atividades das oficinas. Essa característica facilita o entendimento dos próprios usuários em relação a missão do serviço, lhe conferindo um caráter mais centralizado de trabalho. Não por acaso, neste dispositivo, usa-se a denominação *empreendimentos* para caracterizar as atividades desenvolvidas.

Este mesmo dispositivo conta com um profissional com experiência em economia solidária que é responsável por fazer um diagnóstico de cada empreendimento, desenvolver ferramentas para o desenvolvimento do grupo e os técnicos de referência

¹⁷ Agrupamento de soluções que uma marca necessita para permanecer no mercado. Ferramentas e estratégias que visam o fortalecimento e processos de identificação entre público e marca e sua percepção no mercado.

são responsáveis por garantir que as prioridades sejam feitas como momentos de criação e reuniões com o grupo.

Considerando a caracterização das equipes que compõem o campo desse estudo, a descrição das atividades desenvolvidas e a necessidade de outros profissionais frente ao acompanhamento dessas iniciativas, interessou-nos conhecer **as formas de capacitação técnica e educação permanente** que os dispositivos oferecem a seus profissionais.

De modo totalitário, ou seja, todos os dispositivos referenciaram as reuniões de equipe como espaço de formação permanente. Outras iniciativas são: aulas temáticas do percurso formativo organizado pela CNSM para a RAPS, supervisão clínica e institucional, participação em eventos temáticos, fóruns e redes, grupos de estudos, cursos em técnicas artesanais e sobre tendências de mercado (moda, cor e design), formação em elaboração de preços, em cooperativismo social, em comércio justo, em redes solidárias e em organização de feiras. Destacou-se a falta formação em gestão de empreendimentos e técnicas de administração.

Caracterizando um campo denominado *metodologia de funcionamento* investigamos o modo de organização dos dispositivos no que se refere aos **encaminhamentos e inserção das pessoas nas atividades**, a conseqüente **articulação em rede, as estratégias para desenvolvimento dos grupos, ações intersetoriais e a representação em fóruns e redes**.

No âmbito dos encaminhamentos e inserção, nos deparamos com arranjos/procedimentos os mais diversos possíveis. Desde não se ter nenhum protocolo formal, dispositivo porta aberta, acolhedor de demandas espontâneas, até estruturas mais formais com agendamento de triagem, formulário próprio para coleta de informações sobre história de vida pessoal, ocupacional e de adoecimento e ainda, uso de instrumentos científicos de auto-avaliação do funcionamento ocupacional (SAOF).

Os dispositivos que contam com procedimentos mais estruturados demonstram estar em maior articulação com a RAPS. Geralmente os encaminhamentos provêm de serviços da rede de saúde mental (CAPS, NAPS, CECO e ambulatórios) e também da atenção básica, podendo ocorrer da rede de assistência social, convênios e particulares.

Já no que se refere à inserção nas atividades verificou-se certa flexibilidade dos dispositivos em conceder mudança interna entre as oficinas, de acordo com disponibilidade de vagas, visando atender habilidades e desejos pessoais.

Algumas RAPS inserem técnicos dos dispositivos em serviços como CAPS e NAPS, com o objetivo de identificar potenciais para inclusão social pelo trabalho e esses profissionais fazem o mapeamento das pessoas, a articulação entre os serviços e a transição destas para participarem das oficinas.

Encontramos um dispositivo que oferece além das atividades de trabalho, possibilidades de convivência, de lazer e de acesso à cultura. Estas, ditas demandas espontâneas, não tem data e hora para acolher novos membros. São atividades que fazem parte da dinâmica do dispositivo, sendo de livre participação.

Merecedores de destaque encontramos dois dispositivos que organizaram, traduziram em metodologias, seus processos de trabalho. Para essas descrições, os mesmos serão identificados como experiência 1 e experiência 2.

Na experiência 1 - a equipe e os participantes das oficinas foram divididos em três núcleos de ação, denominados: *comercialização; comunicação; articulação do cuidado e formação*. Esses núcleos dinamizam o funcionamento do dispositivo e conseguem cuidar de todos os campos de atuação do dispositivo. São atribuições dos núcleos:

- Comercialização: controlar estoque, realizar e avaliar vendas, identificar produtos por códigos, elaborar embalagens, etc.
- Comunicação: voltado para dentro do serviço tem a função de criar mecanismos para comunicação entre as oficinas, entre equipe, entre participantes.
- Articulação do cuidado e formação: pensar redes, articular redinhas de saúde, formular banco de dados, indicadores, qualificar os encaminhamentos, organizar cursos e seminários, articular com universidades possíveis aberturas de campo de estágio.

Na experiência 2 – observa-se um fluxograma das etapas do processo de trabalho. Esse fluxo serve para orientar trabalhadores e usuários do dispositivo com relação: a

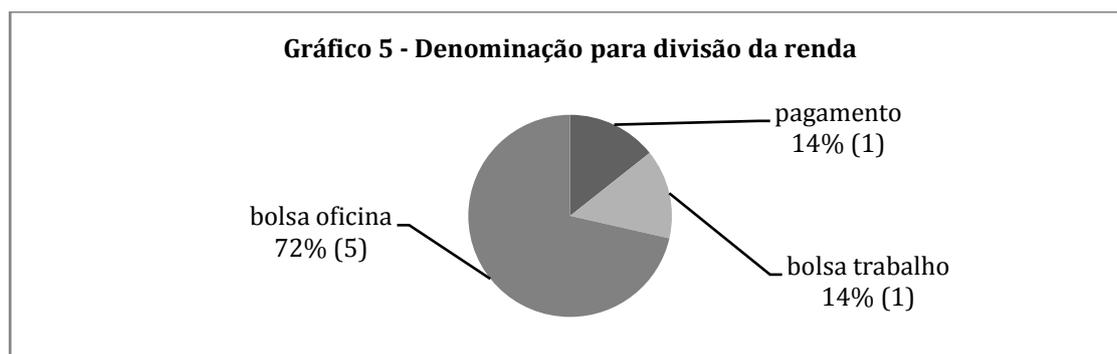
inserção dos membros nos grupos e no território, ao trabalho coletivo, ao conhecimento sobre os produtos desenvolvidos, à elaboração de produtos, as etapas do processo produtivo, a comercialização, a divisão da renda gerada e a articulação do dispositivo como um todo. O processo de trabalho contempla etapas como:

- Reconhecimento > enquanto membro de um grupo e do território;
- Pesquisa > de mercado e tendências;
- Produto > estudo, desenvolvimento e criação;
- Apreciação > avaliação pessoal e em grupo do resultado;
- Estoque > controle da produção;
- Comercialização > feiras, bazares, eventos e encomendas;
- Repasse > divisão da renda;
- Discussão > reflexões coletivas em assembleias e rodas de conversa.

Considerando o potencial de produção de cidadania dos dispositivos graças às ações empreendedoras por eles realizadas, três questões nos ajudaram a entender quais as **estratégias para desenvolvimento dos grupos**.

- 1) Como se dá a divisão da renda gerada entre osicineiros?
- 2) Quais as estratégias para viabilizar a autogestão da oficina?
- 3) Quais as estratégias para viabilizar o protagonismo dosicineiros no mundo do trabalho?

O modo de divisão da renda gerada pelas oficinas, às pessoas inseridas, mostrou pontos em comum. A denominação utilizada por cinco dispositivos é *bolsa oficina*, um deles refere *bolsa trabalho* e outro *pagamento*. Para fins desta pesquisa, utilizaremos a denominação *bolsa oficina*, em virtude de compreendermos ser esta a melhor tradução para justificar a divisão da renda gerada pela produção dosicineiros e ainda por ser a mais utilizada pelos dispositivos, conforme gráfico a seguir.



O saldo líquido¹⁸ do mês e o fluxo de caixa¹⁹ se apresentaram como elementos determinantes na composição da bolsa oficina dos oficineiros. De modo geral, os dispositivos compõem, através das vendas e de acordo com percentuais combinados, que podem variar de 10% a 50%, um fundo reserva para os dispositivos. Aqueles que contam com uma entidade jurídica de apoio (ex: associações) contribuem mensalmente com algo em torno de 10% da comercialização a essa entidade. São as chamadas *taxa administrativa*²⁰.

Há dispositivos que operam um caixa único para todas as oficinas, fazendo o pagamento de acordo com a hora trabalho, que tem o mesmo valor independente da oficina e da atividade desenvolvida. Embasam essa metodologia na afirmação de que todas as funções são importantes e necessárias, como limpar o espaço, lavar louça, separar material, etc. Princípios como: solidariedade, cuidado com o outro, preconceito, paciência, tolerância e as diferenças pessoais são trabalhadas no dia-a-dia focando nos princípios da solidariedade e da cooperação.

Algumas experiências dispõem de caixas individualizados por oficina, permitindo as mesmas maior autonomia com relação à gestão dos recursos. Nestas, encontramos a avaliação de desempenho e a distinção de funções como itens que compõem a decisão sobre a bolsa oficina. Pudemos identificar que aquelas que dispõem de contratos pré-fixados de prestação de serviços conseguem manter um valor mais fixo de bolsa e geralmente mais rentáveis. As de produção de artesanatos e, que dependem da comercialização mensal, operam com o saldo líquido do mês. Mais adiante aprofundaremos uma reflexão acerca da geração de renda possível nos dispositivos.

Outros pontos identificados foram: pagamento bimensal da bolsa oficina por falta de vendas; usuários vendedores que recebem comissão como forma de incentivo; a ocorrência de não pagamento de bolsa quando o saldo líquido mensal da oficina não for

¹⁸ Saldo líquido é elaborado de acordo com a movimentação financeira entre as entradas referentes as vendas e as saídas com despesas para reposição de materiais, manutenção de equipamentos e imprevistos.

¹⁹ Fluxo de caixa se caracteriza pelas reservas financeiras que as oficinas conseguem manter para fazer a gestão mensal dos recursos.

²⁰ Taxa administrativa é um percentual sobre a movimentação financeira que fica para as associações que incubam esses grupos com o objetivo de custear despesas administrativas como taxas bancárias, escritório de contabilidade, emissão de nota fiscal, sistema operacional, pagamento e comissão de vendedores, taxas de cartão de crédito e débito e outras despesas.

positivo; e, o uso do fundo reserva do caixa da oficina para pagar a bolsa, na ausência de rendimento mensal.

O modo como dos dispositivos operam o uso dos recursos financeiros denotam que princípios cooperativistas e solidários fazem parte da rotina desses serviços. Diante disso, foi possível compreender quais outras **estratégias** são utilizadas **para incentivar a autogestão e o protagonismo dos usuários nos processos de trabalho das oficinas.**

Um reconhecimento inicial foi de que os oficineiros, ou pelo menos, a grande maioria deles não têm história de vida de participação ativa, de direito a fala e de escolhas. A história de circulação pelos serviços de saúde, manicômios e/ou grandes instituições tirou deles o poder de decisão e de escolha (GOFFMAN, 1999). Somado a isso, o modelo econômico vigente, de uma economia de disputas e de não lugar as pessoas em desvantagem, seja ela de educação, econômica, social ou de saúde, denota um dos maiores desafios desses dispositivos.

Com o objetivo de proporcionar esse protagonismo assembleias coletivas, rodas de conversa, estímulos as capacidades individuais e a participação em redes e fóruns, são estratégias para problematizar temas como: inovação de produtos, qualidade da produção, compromisso com o trabalho, escala de atividades, controle de estoque, lista de compras, decisão sobre investimentos, acesso ao caixa, ao envelope de dinheiro, ao controle de horas, a responsabilidade sobre a execução das vendas, contato com fornecedores, cotação de preços, auxílio na dinâmica do dia de trabalho da oficina, entre outros.

Considerando que esses dispositivos operaram suas ações muito mais centrados na produção de estratégias que favoreçam a inclusão social e a produção de cidadania, pela geração de trabalho e renda, coube nesta pesquisa, identificar quais as **ações, articulações intersetoriais** e participação em **redes e fóruns** que tratam da temática.

Notou-se que as articulações intersetoriais ainda são fracas e/ou incipientes. Parceiros governamentais citados foram: Secretarias de Trabalho e Renda, de Desenvolvimento Social, de Assistência Social e de Cultura; Centros Públicos de Trabalho, Renda e Economia Solidária; Fundo Social Municipal de Solidariedade; Centrais de Trabalho e Renda. Ressalvas, com raras exceções, foram de que esses

parceiros são apoiadores para ações pontuais e, que na prática, não há políticas públicas concretas que os coloquem com parceiros efetivos.

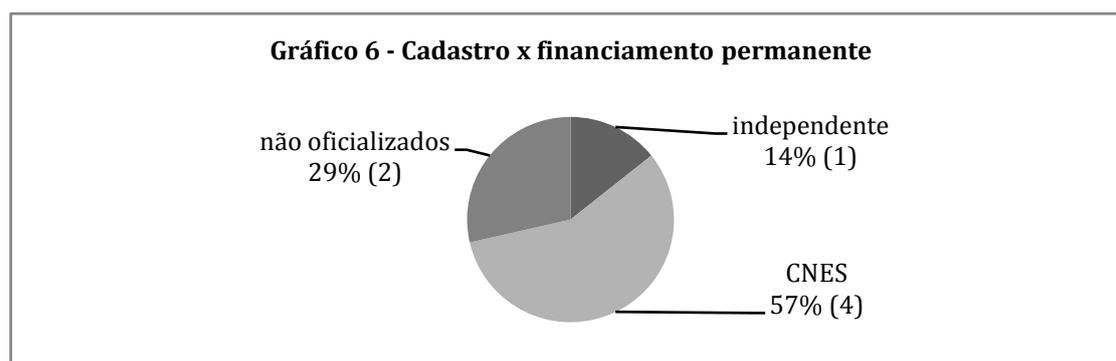
O campo da economia solidária se destacou com a participação dos dispositivos em redes e fóruns locais e regionais; conferências municipais, estaduais e nacional; redes locais e estadual de fundos rotativos solidários²¹.

Movimentos sociais como fóruns de saúde mental, conselhos municipais de assistência social, de saúde, da pessoa com deficiência, de cultura e movimentos de luta antimanicomial também são citados.

Visto que um dos principais desafios que estes dispositivos enfrentam é referente à seus **financiamentos permanente**, buscamos conhecer as **saídas criativas (por meio de participação em editais e chamadas públicas)** para levantamento de outros recursos.

Neste quesito, foram encontradas três situações distintas:

- Situação 1 – quatro dispositivos cadastrados no CNES do MS, sendo um deles como CAPSII e três como ambulatórios de especialidades;
- Situação 2 – dois dispositivos não oficializados no SUS;
- Situação 3 – um dispositivo independente de financiamento público.



Constatou-se que, na situação 1, os dispositivos cadastrados como ambulatórios dispõem de um financiamento mensal mínimo que diz respeito a produção de atividades da equipe técnica de nível superior, pois é possível faturar atendimentos e atividades grupais. As demais produções de arte educadores, auxiliares e monitores de oficina não

²¹ São metodologias que auxiliam grupos a gerir coletivamente recursos comuns. Uma espécie de poupança comunitária com o objetivo de fortalecer as iniciativas solidárias. Essa poupança é formada por meio da doação voluntária de recursos por cada membro/grupo participante do fundo, ou ainda, pode ser constituída a partir de ações e recursos externos, destinadas ao coletivo.

podem ser contabilizadas. Neste sentido, longe de ser o ideal, o cadastramento como CAPS oferece maior reconhecimento as ações desenvolvidas pois permite incluir em seu rol de atividades as produções dos demais profissionais.

Na situação 2, os dois dispositivos que se quer encontram-se oficializados junto a CNSM do MS, o pagamento dos trabalhadores se dá por lotação em outras unidades das SMS. Isso implica que esses dispositivos oneram as contas públicas.

Por fim, na situação 3, constatou-se que o dispositivo, independente da rede SUS, conta com a parceria de uma fundação de educação e pesquisa que o reconhece como campo de extensão universitária, repassando-lhe recursos mensais. Tal financiamento lhe garante o pagamento dos profissionais. Para a manutenção das oficinas torna-se necessário um trabalho maciço de captação de recursos por editais e parcerias com entidades privadas.

Ainda no que diz respeito ao financiamento, mesmo que indireto, duas situações foram indicadas como limitadoras do potencial de crescimento dos dispositivos, que se referem ao oferecimento de refeições e de vale transporte aos oficineiros.

A ausência de refeições em alguns dispositivos impede que os oficineiros participem das atividades em período integral. Do mesmo modo, a ausência de uma política pública de direito ao transporte gratuito também se mostra como um limitador a participação dos oficineiros, que ficam reféns de seus diagnósticos de tratamento psiquiátrico para terem direito ou não as passagens semanais.

Algumas cidades como Guarulhos e Campinas, têm através de movimentos sociais e de usuários se engajado no *movimento passe livre*, que lutam por um transporte público gratuito.

No que se refere **às saídas criativas**, os dispositivos referem como alternativa à falta de recursos para investimento em materiais, equipamentos e formação de seus profissionais e usuários, participações em **editais e chamadas públicas**, tendo como parceiros mais próximos, a CNSM e a Senaes. Fora estes, fundações como Petrobras e Banco do Brasil, Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) e Unisol Brasil também realizam chamadas anuais mas a concorrência muitas vezes é desleal, dada a burocracia institucional que os dispositivos não conseguem cumprir.

Tendo como um dos motivos o despreparo dos profissionais vinculados a esses dispositivos em escrever projetos, associados à necessidade de conhecimento em procedimentos burocráticos e de documentação.

Considerando todos os elementos anteriormente mencionados e que se referem à geração de valores sociais que a inclusão pelo trabalho na saúde mental pode favorecer gostaríamos, a partir deste momento, de aprofundar uma reflexão em torno da **geração de renda**, empreendida pelos dispositivos.

Para iniciar esta análise apresentamos as oficinas desenvolvidas nos dispositivos:

Quadro 7 – Oficinas desenvolvidas

AAC	NOT	Casa Campinas	Casa Piracicaba	Nutrarte	Tear	Nupe
Encadernação	Encadernação			Cia. do Papel	Encadernação	Encadernação
Mosaico	Mosaico	Mosaico	Mosaico		Mosaico	
Costura	Costura	Transformação	Costura	Costura	Costura	Costura
Brechó	Papel		Papel		Papel	Fotografia e Transfer
	Culinária	Culinária Pastelaria		Pastelaria		Culinária; Sabão e Pastel
	Eventos		Pintura em tecido	Buffet Gastronômico	Serigrafia	Serigrafia
	Marcenaria			Marcenaria	Marcenaria	Marcenaria
	Vela			Artesanato		Bonecas e Aromatizadores
	Vitral Artesanal					
	Vitral Plano				Vitral e Fusing	
	Serralheria					
	Ladrilho Hidráulico					
	Agricultura Jardinagem					Orquidário e mudas
	Manutenção Limpeza					

O quadro a seguir apresenta, com base nos resultados do ano de 2014, uma média da **carga horária**, que as oficinas desenvolveram ao longo do ano e também o **valor médio da hora trabalho** pago através das bolsas oficina. Neste âmbito destacamos que, as questões anteriormente problematizadas como ausência de vale transporte e de refeições em alguns dos dispositivos são aqui reforçadas.

Asseguramos isso com base na informação de que as oficinas funcionam em média 6h por dia de 2ª a 6ªF. Considerando uma média de 20 dias úteis/mês, seria possível uma carga horária mensal em torno de 120h/trabalho.

Quadro 8 – Carga horária mensal de atividades das oficinas x valor da hora trabalho

	Carga horária média mensal	Valor médio da hora trabalho	Valor médio da bolsa oficina	Variáveis a considerar com relação a hora trabalho
AAC	60h	R\$ 3,75	R\$225,00	
NOT	100h	R\$2,32	R\$232,00	Valores que variam de R\$0,53 a R\$4,12
Casa Campinas	59h (variação de 29h a 108h)	R\$2,76	R\$162,84	Valores que variam de R\$1,23 a R\$4,30
Casa Piracicaba	20h	R\$0,90	R\$18,00	
Nutrarte	70h (variação de 16-160h)	R\$0,70	R\$55,05	Valores que variam de R\$0,33 a R\$11,45
Tear	54h	R\$0,55	R\$29,70	Valores que variam de R\$0,28 a R\$0,82
Nupe	77h (variação de 27h a 127h)	R\$5,07	R\$390,39	Valores que variam de R\$1,26 a R\$8,89

Estas informações nos permitiram refletir sobre a viabilidade econômica das oficinas, no que tange a geração de renda. Considerando o salário mínimo, do ano de 2015, no valor de R\$788,00 para 200h de trabalho/mês, a hora trabalho custa R\$3,94. Tendo as oficinas potencial para desenvolver algo em torno de 100h de trabalho mês, por oficinheiro, o valor da hora trabalho do salário mínimo proporcionado para 100h/mês ficaria em torno de R\$1,97. Ainda assim, constatamos que a renda média gerada encontra-se, de modo geral, relativamente inferior.

Aproveitamos a potente coleta de dados e propusemos correlacionar o **número de profissionais dos dispositivos por oficinheiros inseridos**. Nosso objetivo com esta análise é verificar semelhanças entre os dispositivos. Para efeito desta pesquisa, não foi possível explorar se na ocorrência de equipes mais completas, ou seja, se um maior número de profissionais estaria relacionado com uma melhor geração de renda. Pesquisas futuras podem explorar esses dados.

Quadro 9 – Relação: número de profissionais x oficinairos

	Nº de oficinairos	Equipe total	Relação equipe total x oficinairos	Profissionais com nível superior de formação	Relação profissional com nível superior x oficinairos	Profissionais com nível médio de formação	Relação profissional com nível médio x oficinairos
AAC	86	12	7,16	8	10,75	0	N/A
NOT	300	48	6,25	12	25	26	11,53
Casa Campinas	50	7	7,14	3	16,66	2	25
Casa Piracicaba	25	4	6,5	1	25	2	12,5
Nutrarte	70	9	7,77	6	11,66	2	35
Tear	108	25	4,32	8	13,5	9	12
Nupe	65	17	3,82	5	13	9	7,22

A análise nos permitiu identificar que a relação entre a equipe total por oficinairos tem certa semelhança em 71% dos dispositivos. Esta correlação não se aplica, do mesmo modo, na geração de renda pois as cargas horárias de trabalho mensal são muito distintas. Já a relação profissional com nível superior de formação por oficinairo voltou a apresentar semelhanças.

Aproveitando os dados referentes ao quantitativo de profissionais, aplicamos a mesma regra de correlação só que para as oficinas e não mais sobre os oficinairos, conforme quadro a seguir.

Quadro 10 – Relação: número de profissionais x oficinas

	Total de oficinas	Equipe total	Relação equipe total x oficinas	Profissionais com nível superior de formação	Relação profissional com nível superior x oficinas	Profissionais com nível médio de formação	Relação profissional com nível médio x oficinas
AAC	4	12	3	8	2	0	N/A
NOT	14	48	3,42	12	0,85	26	1,85
Casa Campinas	3	7	2,33	3	1	2	0,66
Casa Piracicaba	4	4	1	1	0,25	2	0,50
Nutrarte	3	9	3	6	2	2	0,66
Tear	7	25	3,57	8	1,14	9	1,28
Nupe	12	17	1,41	5	0,41	9	0,75

Neste quesito, os destaques se deram na relação de profissionais com nível superior ou médio de formação por oficina. Com média de 1,09 profissional com nível superior x oficina e de 0,95 profissional com nível médio x oficina, os dados reforçaram a importância de se ter um profissional de referência para os grupos.

Na tentativa de unir as informações coletadas nos âmbitos: da saúde, da inclusão social e da geração de trabalho e renda, buscamos apoio na área das **Tecnologias Sociais (TS)**. Para embasar nossa reflexão identificamos pontos diretamente relacionados a ocorrência de TS, no cotidiano dos dispositivos, quais sejam:

- metodologia de organização do serviço (ponto já abordado anteriormente);
- capacidade de produção de inclusão social (ponto já contemplado);
- e, por fim, a ocorrência de replicação da experiência do dispositivo e/ou a importação da tecnologia de funcionamento de um terceiro.

No tocante as informações coletadas e transformadas em dados nos foram ficando cada vez mais nítido a ocorrência de TS na gestão e desenvolvimento dessas estratégias de produção de cidadãos cooperativos e solidários.

Dos pontos acima destacados deixamos para essa última análise as informações que dizem respeito à replicação dos modelos. Neste item, identificamos:

- a ocorrência de um dispositivo que se embasou na experiência italiana;
- dos sete dispositivos estudados, todos referenciaram ter se embasado seu modelo em algum preexistente;
- dois dispositivos tiveram seus modelos replicados em outros três dispositivos;
- e, um deles está em processo de incubar um projeto numa cidade vizinha;

Visto a necessidade de superar o paradigma da centralidade da saúde no âmbito da geração de trabalho e renda na área da saúde mental, a aposta na introdução da temática da Tecnologia Social no âmbito do cotidiano dos dispositivos nos apresentou novos caminhos que para as reflexões que até então se mostravam mais familiares a área da saúde.

Diante de todos os apontamentos que a pesquisa nos possibilitou concluimos que os dispositivos estratégicos de inclusão social pelo trabalho na saúde mental, cumprem um papel fundamental no que tange a produção de novos sujeitos sociais e produtivos. Dotados de desafios cotidianos que circundam principalmente em torno de financiamento e da baixa geração de renda. Não pretendemos com esta pesquisa esgotar as reflexões sobre o tema, mas sim deixar algumas contribuições que indiquem caminhos para a superação dos desafios. Que possamos propiciar novas tecnologias sociais verdadeiramente includentes e economicamente justas.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa bibliográfica possibilitou identificar que a reforma psiquiátrica brasileira, por meio do modelo de atenção psicossocial, do cuidado em rede, viabilizou o acesso à cidade, a casa e ao trabalho. A desinstitucionalização das práticas e extinção de um modelo fundado na exclusão e no asilamento possibilitou a recuperação dos espaços sociais e a conquista da cidadania.

A busca pela autonomia e pelo direito ao trabalho tem se mostrado um grande desafio, devido ao conjunto de estigmas e da cultura da exclusão ainda presentes em nosso país. Promover a geração de trabalho e renda e superar a negação desses direitos é a tarefa que os dispositivos estratégicos de inclusão social pelo trabalho na saúde mental tem se colocado. A aposta nas atividades coletivas e autogeridas e nos constantes processos de formação e articulação em rede desses dispositivos vêm os tornando ferramentas de transformação institucional, política e social.

Foco desta pesquisa, o trabalho como um dos eixos organizadores da vida e facilitador da inclusão social encontrou nos princípios da economia solidária uma possibilidade de vir a ser mais digno e emancipador.

Diante de um cenário estadual de articulação em rede de diversas experiências de geração de trabalho e renda na saúde mental e de um modelo nacional de atenção psicossocial em consolidação, a pesquisa buscou conhecer as experiências dos dispositivos públicos de inclusão social pelo trabalho, do estado de São Paulo.

Essas experiências que tiveram emergência no cenário nacional, apoiadas no modelo italiano fundado em cooperativas sociais, demonstraram que apesar de existirem há mais de duas décadas, o país ainda não consolidou um marco legal consistente para apoiá-las e fomentá-las, de modo a permitir a estabilidade e expansão de suas ações.

Existindo numa linha tênue entre as políticas da área da saúde e as políticas de geração de trabalho e renda, os processos de trabalho desenvolvidos nos dispositivos permitem aos oficinairos passarem de meros espectadores da vida em sociedade para novos protagonistas cooperativos e solidários e, graças aos movimentos sociais em que

estão inseridos, de dependentes das políticas públicas para participantes de suas elaborações.

Nessa perspectiva, as reflexões sobre Ciência, Tecnologia e Sociedade, empreendidas pelo encontro da produção científica e tecnológica com as necessidades sociais, apontaram caminhos para um pensar estratégico sobre produção de conhecimento.

Com o objetivo de trilhar nossas considerações finais acerca desta pesquisa, listamos a seguir as principais dificuldades apontadas pelos dispositivos como limitadoras do desenvolvimento e do crescimento das experiências:

- Ausência de formalização institucional dos dispositivos;
- Despreparo técnico sobre conteúdos de administração e empreendedorismo pelos gestores e equipe técnica;
- Necessária ampliação e/ou fortalecimento das parcerias intersetoriais;
- Dificuldades com transporte público;
- Ausência de financiamento carimbado;
- Outras saídas criativas de empreendedorismo para além das cooperativas sociais;
- Dependência de políticas locais (municipais) para continuidade dos projetos;
- Impossibilidade de contratar profissionais especializados em captação de clientes e projetos;
- Administrar atividades que geram muito mais valores sociais do que renda;
- Ampliar estratégias de comercialização.

Esses apontamentos somados à análise dos dados da pesquisa nos permitiram inferir três problemáticas centrais em torno desses dispositivos.

A primeira delas é referente à questão de formalização dos dispositivos, com financiamentos apropriados para as realizações de suas ações.

Considerando o tempo de existência dos dispositivos estudados podemos observar que o mais antigo deles, fundado no ano de 1991, portanto, com 24 anos de

existência, denota que desde o princípio da reforma psiquiátrica no estado de São Paulo, foi fomentado o trabalho como estratégia de inclusão social e produção de cidadania.

Apesar do seu reconhecimento na rede, o referido dispositivo teve seu cadastro no SUS adaptado, por na época não existir um cadastro próprio para o tipo de atividade desenvolvida, assim permanecendo. Todos os demais, que de alguma maneira se referenciaram nele como tecnologia replicável, seguiram com a mesma dificuldade, sendo que os mais novos nem cadastros adaptados conseguiram fazer. Como exemplo podemos observar que o mais novo deles, com apenas três anos de existência, não tem reconhecimento institucional na RAPS.

No que tange a formalização desses dispositivos reconhecemos que a mesma poderia se dar de algumas maneiras:

No âmbito do SUS, sendo as iniciativas reconhecidas pela CNSM como eixo reabilitação psicossocial da RAPS, os mesmos deveriam contar com cadastro apropriado no CNES como dispositivos de saúde voltados a inclusão social pela arte, cultura e trabalho.

Essa decisão corrigiria as dificuldades que os dispositivos NOT, Casa das Oficinas de Campinas, Projeto Tear e o NUPE, enfrentam por necessitar criar adaptações em seus registros, que não correspondem às práticas institucionais desempenhadas, não lhes garantindo um financiamento apropriado para as ações desenvolvidas.

No âmbito das políticas de trabalho e renda, poderia ser uma alternativa um dispositivo voltado à promoção de projetos de trabalho, de desenvolvimento de atividades de formação e capacitação profissional, de incubação de EES e de encaminhamento de usuários para o mercado de trabalho.

Enquanto empreendimentos geradores de trabalho e renda poderiam contar com uma política de apoio para a constituição de associações ou cooperativas mistas de trabalho.

A consolidação dos processos de trabalho desempenhados nesses dispositivos ainda está à mercê de uma regulamentação e da criação de um conjunto de políticas públicas de apoio e fomento. O cooperativismo social no Brasil, apesar de ter uma Lei

datada de 1999, ainda não conseguiu se afirmar como uma real opção de inclusão econômica e social.

A segunda problemática central dos dispositivos diz respeito à baixa geração de renda e a sustentabilidade econômica das oficinas. Conforme apontamentos no Quadro 8 (ver p.107), sobre carga horária, bolsa oficina e valor da hora trabalho praticados nos dispositivos, podemos verificar que existem oficinas que conseguem se afirmar e ter sustentabilidade econômica, praticando a relação hora-trabalho próxima aos valores do salário mínimo vigente no país. Esse fato demonstra a potencialidade desses projetos como promotores de direitos e de afirmação de novas possibilidades de vida.

Apesar disso, também de acordo com os dados do Quadro 8 (ver p.107), existem algumas atividades que ainda não conseguem se afirmar economicamente. A baixa geração de renda de algumas oficinas afeta diretamente a baixa adesão de usuários das políticas de álcool e outras drogas nessas atividades, pois não veem na renda um atrativo para que se mantenham economicamente produtivos nos dispositivos de inclusão social pelo trabalho.

Os dispositivos apesar de já terem estabelecido suas atividades econômicas e se reconhecerem enquanto coletivos de produção, ainda, têm dificuldades inerentes a abertura de mercado, a inovação e a produtividade. O que gera objetivamente uma situação de fragilidade em relação à geração de renda.

Essa fragilidade se materializa pela inexistência de políticas públicas de apoio e fomento, pela ausência de outros profissionais (para além da área da saúde) e de assessorias e consultorias técnicas, voltadas para a estruturação de negócios empreendedores.

Essa problemática poderia ser melhor enfrentada com formas de financiamento mais adequadas, que permitiriam a contratação dos profissionais citados no Gráfico 4 (ver p.98), para o desenvolvimento de atividades que possibilitariam a inovação nas linhas de produção, a ampliação da comercialização e a melhor otimização dos recursos.

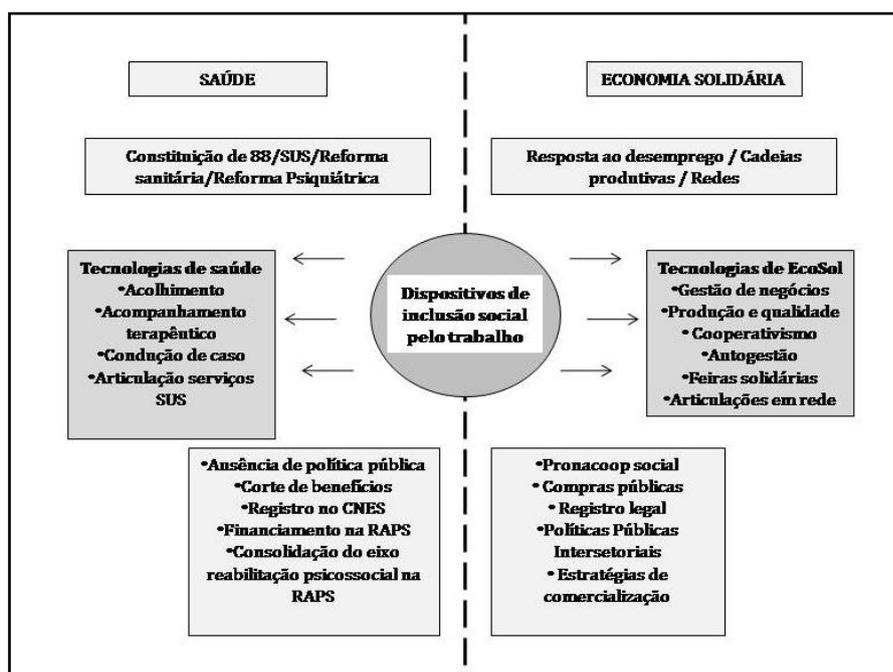
A junção dessas duas problemáticas – formalização e baixa geração de renda – demonstra uma tensão existente entre as duas tecnologias necessárias para o desenvolvimento dos dispositivos. As tecnologias de saúde, com seus conhecimentos e

práticas de cuidado, bem como as de tecnologias de trabalho, com a promoção de atividades de geração de renda por meio da economia solidária.

Essa certa tensão entre as tecnologias se materializou por diversas vezes nas entrevistas, quando conceitos e estratégias se confundiam como, por exemplo, ao se referenciar ora por usuários, ora por oficinairos, embasando as reflexões ora em conceitos de saúde (reabilitação psicossocial, tratamento, cuidado, acolhimento, projeto terapêutico, etc.) ora em conceitos de trabalho e economia solidária (formação de preço, produtividade, comercialização, qualificação profissional, trabalhador).

A título de ilustrar essa tensão desenvolvemos o quadro a seguir que demonstra as fronteiras de tecnologias.

Quadro 11 – Tensão entre tecnologias



Como parte da reflexão e dos resultados inerentes a essa pesquisa, durante o levantamento bibliográfico sobre economia solidária, tivemos contato com as ações desenvolvidas por incubadoras de economia solidária e observamos um conjunto de semelhanças entre as ações destas e as dos dispositivos estratégicos de inclusão social pelo trabalho na saúde mental.

As incubadoras são espaços públicos que promovem ações de assessoria, capacitação, fomento aos empreendimentos, apoiando a sua organização, consolidação,

estudo de viabilidade, apoio à constituição de espaços de trocas e de redes solidárias de produção, consumo e comercialização, conhecimento e informação visando à sustentabilidade de empreendimentos econômicos solidários.

Esses apontamentos indicam um conjunto de semelhanças com as ações desenvolvidas nos sete dispositivos pesquisados. Nesse sentido, os referidos dispositivos se aproximam da conceituação de incubadoras, que atuam junto ao público do cooperativismo social, capazes de desenvolver processos, tecnologias sociais e transformar vidas através da inclusão social pelo trabalho.

Os dispositivos analisados, por combinar essa “tensão” de tecnologias, apontam como ainda é desafiadora a construção de políticas públicas intersetoriais e de seus consequentes financiamentos. Ainda predomina a visão compartimentada, de núcleos, que dificulta e limita a potencialidade dos dispositivos que atuam nos limites das políticas públicas.

Não pretendemos com essas reflexões encerrar o debate, mas sim problematizar a abertura de uma nova dimensão a ser refletida e discutida. Tarefa que pode ser sugerida ao Comitê Gestor do Pronacoop Social, já que este tem o desafio de indicar políticas públicas de economia solidária para o público do cooperativismo social e conta com representantes do governo e da sociedade civil.

Enquanto produção acadêmica de novos conhecimentos, pretendemos dar seguimento a esse estudo durante o curso de Doutorado no PPGCTS/UFSCar, que inicia em março de 2015. Do mesmo modo, por tratar-se de uma pesquisa em âmbito estadual sugerimos que novas investigações possam avançar e ampliar as reflexões em outros estados ou até mesmo em âmbito nacional.

A partir dessas considerações, reafirmamos a importância das políticas públicas de apoio ao cooperativismo social e o reconhecimento das tecnologias sociais desenvolvidas nos diversos dispositivos de inclusão social pelo trabalho na RAPS. Almejamos a multiplicação e desenvolvimento de novas experiências em efetivos agentes econômicos e sociais, devidamente formalizados e com investimentos e incentivos que possam agregar valor, conhecimento e novas possibilidades de abertura de mercado, efetivando assim, verdadeiros processos de inclusão social pelo trabalho,

reconhecendo os dispositivos estratégicos como agentes produtores de garantia efetiva do direito ao trabalho.

REFERÊNCIAS

AMARAL, R. **Ciência e tecnologia: desenvolvimento e inclusão Social**. Brasília: UNESCO, Ministério da Ciência e Tecnologia, 2003. 128p.

AMARANTE, P. D. de C. (org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

_____. Saúde mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p.735-759

_____. **Superar el manicomio: salud mental y atención psicosocial**. Buenos Aires: Topía Editorial, 2009.

ANTUNES, R. Trabalho. In: CATTANI, A. D.; HOLZMANN, L. (org). **Dicionário de trabalho e tecnologia**. 2.ed. rev. ampl. Porto Alegre: Zouk, 2011.p. 432-437.

BASAGLIA, F. Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Garamond, 1924.

BARROS, D. D. Cidadania versus periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução do saber. In. AMARANTE, P. D. de C. (org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010. p. 171-195.

BAUMGARTEN, M. Tecnologias Sociais. In: CATTANI, A. D.; HOLZMANN, L. (org). **Dicionário de trabalho e tecnologia**. 2.ed. rev. ampl. Porto Alegre: Zouk, 2011.p. 410-414.

_____. Tecnologias sociais e inovação social. In: CATTANI, A. (Org.). **Trabalho e tecnologia: dicionário crítico**. Porto Alegre: Ed Universidade-UFRGS, 2006.

BRASIL. **Caderno temático. Conferência Temática de Cooperativismo Social**. Disponível em: <http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C812D36A28000013731C1E94D5DBD/cad_tematico_cooperativismo.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2014.

_____. Casa Civil. **Decreto 8163/13**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Decreto/D8163.htm>. Acesso em: 05 jan. 2015.

_____. Casa Civil. **Decreto 5886/06**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/Decreto/D5886.htm>. Acesso em: 17 fev. 2015.

_____. Casa Civil. **Lei 6229/75**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6229.htm>. Acesso em: 16 fev. 2014.

_____. Casa Civil. **Lei 8080/90**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 16 fev. 2014.

_____. Casa Civil. **Lei 8142/90**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em 16 fev. 2014.

_____. Casa Civil. **Lei 9867/99.** Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9867.htm>. Acesso em 16 fev. 2014.

_____. Casa Civil. **Lei 10216/01.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 10 abr. 2014.

_____. Centro de Documentação do Ministério da Saúde. **Relatório da I Conferência Nacional de Saúde Mental.** Brasília, 1988. 43p.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 10 nov. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório final da II Conferência Nacional de Saúde Mental.** Brasília, 1994. 63p.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde.** Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_final_IVcnsmi_cns.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde.** Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde mental e economia solidária: inclusão social pelo trabalho.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. 134p.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados - 10**, ano VII, nº10. Informativo eletrônico. Brasília, 2012. 28p.

_____. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. **Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH-3).** Brasília: SEDH/PR, 2010. 308p.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. **Relatório final da II Conferência Nacional de Economia Solidária.** Disponível em: <http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C812D36A28000013731C8C25D7CEE/II_coanes_documento_final.pdf>. Acesso em 10 jun. 2014.

_____. Ministério Público Federal. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. **Cartilha Direito à Saúde Mental.** Brasília, 2012. p.35.

_____. **Portaria 3088/11.** Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>>. Acesso em 18 ago. 2014.

_____. Secretaria de Assuntos Estratégicos. **Portas de saída, inclusão produtiva e erradicação da extrema pobreza no Brasil.** 2011. p.11.

CATTANI, A.; LAVILLE, J. L.; GAIGER, L. I.; HESPANHA, P. (orgs.). **Dicionário internacional da outra economia.** Coimbra: Almedina, 2009. p. 345.

CRUZ NETO, O. O trabalho como campo de descoberta e criação. In: MINAYO, M. C. de S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 14.ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1999.

DAGNINO, R.; BRANDÃO, F. C.; NOVAES, H. T. Sobre o marco analítico-conceitual da tecnologia social. In: FUNDAÇÃO BANCO DO BRASIL. **Tecnologia social: uma estratégia para o desenvolvimento**. Rio de Janeiro: FBB, 2004. p.15-64.

DELGADO, P. G. G. Conferência de abertura – economia solidária e saúde mental. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde mental e economia solidária: inclusão social pelo trabalho**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. 134p.

_____. Perspectiva da psiquiatria pós-asilar no Brasil. In: TUNDIS, S. A.; COSTA, N. R. (orgs.). **Cidadania e Loucura: política de saúde mental no Brasil**. 6.ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2000. p.171-202.

FBES. **A experiência de gestão e organização do movimento de economia solidária no Brasil**. Brasília: Fórum Brasileiro de Economia Solidária, 2006.

FUNDAÇÃO BANCO DO BRASIL. **Tecnologia social: uma estratégia para o desenvolvimento**. Rio de Janeiro: FBB, 2004. 216p.

FONSECA, R. Ciência, Tecnologia e Sociedade. In: RTS (org.). **Tecnologia social e desenvolvimento sustentável**. Brasília: Secretaria Executiva da Rede de Tecnologia Social, 2010. p. 71-78.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. 6.ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 1999.

GOMES, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. de S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 14.ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1999.

HOFFMAN, W. A. M., MIOTELLO, V. (org.). **Diálogos em Ciência, Tecnologia e Sociedade**. São Carlos: Pedro e João Editores, 2013.

II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental. **Carta de Bauru**. Bauru: 1987. Disponível em: <<https://antimanicomialsp.wordpress.com/cartas-da-luta-antimanicomial/carta-de-bauru>>. Acesso em: 5 nov 2014.

ITÁLIA. **Lei 180/78 Reforma Psiquiátrica Italiana**. Disponível em: <<http://www.ifb.org.br/legislacao/Lei%20180%20-%20Italia.pdf>>. Acesso em: 16 ago. 2014.

KINKER, F. S. **Fragmentos de uma sociabilidade emergente: a trajetória do Núcleo do Trabalho do Programa de Saúde Mental de Santos (1989-1996)**. São Paulo: 2011. Disponível em: <http://www.sapientia.pucsp.br//tde_busca/arquivo.php?codArquivo=13777>. Acesso em: 20 jul. 2014

LATOUR, B. **Ciência em ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora**. 2.ed. São Paulo: UNESP, 2011.

LUSSI, I. A. O.; PEREIRA, M. A. O.; PEREIRA Jr. A. A proposta de reabilitação psicossocial de Saraceno: um modelo de auto-organização? **Revista Latino-americana de Enfermagem**, maio-junho; 14, 3, 448-456, 2006.

MANCE, E. A. (org.). **Como organizar redes solidárias**. Rio de Janeiro: DP&A, Fase, EFil, 2003.

MARX, K. **Trabalho estranhado e propriedade privada. Manuscritos econômico-filosóficos**. Tradução Jesus Ranieri. São Paulo: Boitempo, 2004.

_____.; ENGELS, F. **A ideologia alemã**. São Paulo, 1998.

MOREIRA, I. C. A inclusão social e a popularização da ciência e tecnologia no Brasil. **Ci. Inf.**, Brasília, v. 1, n. 2, p. 11-16, abr/set.. 2006. Disponível em: <<http://revista.ibict.br/inclusao/index.php/inclusao/article/view/29/50>>. Acesso em: 09 set. 2014.

OGATA, M.; SANTOS, D. C. dos. Diálogos entre Representações Sociais, saúde e o Campo CTS. In: HOFFMAN, W. A. M., MIOTELLO, V. (org.). **Diálogos em Ciência, Tecnologia e Sociedade**. São Carlos: Pedro e João Editores, 2013. p. 45-59.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Declaração Universal dos Direitos Humanos. **Comunicação & Educação**, Brasil, v. 1, n. 3, 2008. Disponível em <<http://200.144.189.42/ojs/index.php/comeduc/article/view/4250>>. Acesso em: 06 ago. 2014.

Pacto Internacional 1966. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D0591.htm. Acesso em 10 dez. 2014.

PAIM, J. S. **O que é SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

REDE DE TECNOLOGIA SOCIAL – RTS (org.). **Tecnologia social e desenvolvimento sustentável**: contribuições da RTS para a formulação de uma política de Estado de Ciência, Tecnologia e Inovação. Brasília: Secretaria Executiva da RTS, 2010. 98p.

RESENDE, H. Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S. A.; COSTA, N. R. (orgs.). **Cidadania e loucura**: política de saúde mental no Brasil. 6.ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2000. p. 15-74.

ROTELLI, F. Superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste. In: AMARANTE, P. D. de C. (org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010. p. 149-170.

_____.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. **La Empresa Social**. Buenos Aires: Ediciones Nuéva Visión, 1995.

SACHS, I. **Inclusão social pelo trabalho**. 2.ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.

SAMPAIO, E. B.; VASCONCELOS, M. C. A.; MELO, R. O. L. (orgs.). **Economia solidária e processos de incubação**. São Cristóvão: Universidade Federal de Sergipe, 2008. 212p.

SARACENO, B. **Libertando identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia/Te Cora; 1999.

_____. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In PITTA, A. (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2001, p.13-18.

SINGER, P. **Introdução à economia solidária**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2002.

_____; SOUZA, A. R. de (orgs.). **A economia solidária no Brasil**: a autogestão como resposta ao desemprego. São Paulo: Contexto, 2000.

_____. Saúde Mental e Economia Solidária. In: BRASIL. **Saúde mental e economia solidária: inclusão social pelo trabalho**. Brasília: 2005, p.11-12.

TEIXEIRA, S. F. (org). **Antecedentes da reforma sanitária**: textos de apoio. Rio de Janeiro: ENSP-PEC, 1988. 70p.

THOMAS, H. E. Tecnologias para inclusão social e políticas públicas na América Latina. In: OTTERLOO, A. (et al.). **Tecnologia social**: caminhos para sustentabilidade. Brasília: 2009. p. 25-82.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS (UFSCar). Programa de Pós Graduação em Ciência Tecnologia e Sociedade. **Linhas de pesquisa**. Disponível em: <<http://www.ppgcts.ufscar.br/linhas-de-pesquisa>>. Acesso em: 10 maio 2014.

WEISS, Z. Tecnologia Social: os desafios de uma abordagem holística. In: OTTERLOO, A. (et al.). **Tecnologia social**: caminhos para sustentabilidade. Brasília: s.n, 2009. p.165-170.

YASSUI, S. O estranho vizinho - reflexões sobre cidadania e loucura. **Revista de Psicologia da UNESP**, Assis, 7, 1, 152-168, 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(Capítulo IV, itens 1 a 3 da Resolução 196/96 – Conselho Nacional de Saúde)

Você está sendo convidada para participar da pesquisa *“Saúde mental e economia solidária: uma estratégia para efetivação da reabilitação psicossocial”*. Os objetivos deste estudo se caracterizam pela análise dos dispositivos que promovem inclusão pelo trabalho na saúde mental do estado de São Paulo bem como das tecnologias sociais desenvolvidas nos processos de gestão desses dispositivos. A pesquisa não prevê nenhum tipo de despesa ao participante, uma vez que será realizada no local de trabalho. Os resultados obtidos poderão contribuir para a orientação na criação e adequação de políticas públicas nos campos da saúde mental, da inclusão pelo trabalho e da economia solidária, pelas contribuições científicas produzidas.

Sendo assim, você foi selecionado com base na função atualmente desempenhada frente ao serviço e sua participação não é obrigatória. Sua contribuição consistirá em conceder uma entrevista dirigida ao pesquisador sendo que a qualquer momento você pode se recusar a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento, sem que isso prejudique a você, a pesquisa, o pesquisador ou a instituição de pesquisa. A entrevista será gravada, se houver o seu consentimento, para transcrição e análise das informações obtidas, sendo sua identidade e de todos os citados nos relatos preservadas. O tempo médio previsto para a entrevista é de 30 minutos a 2 horas, podendo variar de acordo com sua disposição. As gravações e transcrições serão armazenadas de forma sigilosa e guardadas por cinco anos, quando serão descartadas de forma segura.

A não disponibilidade por parte do participante em conceder a entrevista pessoalmente, esta poderá ocorrer por formulário eletrônico.

Desconfortos ou cansaço gerados ao entrevistado serão respeitados pelo pesquisador, que poderá interromper ou suspender e agendar, ou não, outro momento para continuidade da entrevista se o entrevistado assim preferir.

Espera-se contribuir com reflexões acerca do tema portas de saída às políticas de cuidado e acolhimento promovidas pelo Sistema Único de Saúde. Os resultados da pesquisa serão públicos, porém, será garantido o sigilo sobre as fontes das informações. Estando o trabalho concluído, será agendado um dia para a devolução aos entrevistados dos resultados de suas contribuições. O participante poderá solicitar ao pesquisador, em qualquer momento do estudo, informações referentes a seu andamento.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Kátia Liane Rodrigues Pinho

Pesquisadora

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade

Universidade Federal de São Carlos – UFSCar

Rodovia Washington Luis, Km 235 - Caixa Postal 676

Telefone: (19) 9.9103-2150; e-mail: katialiane.to@gmail.com

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br

Campinas, xx de xxxxxxx de 2014.

XXXXXX

Profissional do Serviço

APÊNDICE B – Roteiro de entrevista

Descrição do dispositivo	
Nome:	Localização:
Breve histórico de funcionamento e tempo de existência	

Formalização:	
Estabelecimento SUS () - Tipo _____	
Outro () – Tipo _____	
Números de pessoas inseridas:	
Números de oficinas:	
Caracterização das oficinas	
Tipos de atividades () produção () prestação de serviço	
Nomes: _____	
Equipe direta (nível superior e médio de formação): _____	
Perfil predominante em gênero: _____	
Faturamento médio mensal: _____	
Renda média: _____	
Formas de comercialização da produção	
Feiras locais () feiras de economia solidária () loja própria () espaço próprio ()	
Outros – quais: _____	

Equipe técnica

Gestão - profissão: _____

Quantidade de profissionais com nível universitário: _____

Terapeuta Ocupacional () Enfermeiro () Psicólogo () Assistente Social ()

Nutricionista () Médico () Médico Psiquiatra ()

Outros () – quais: _____

Quantidade de profissionais com nível médio/monitores: _____

Capacitação específica: _____

Apoio: _____

Administrativo () Motorista () Higiene ()

Outros () – quais: _____

OUTRAS INFORMAÇÕES PERTINENTES A PESQUISA

Metodologia de organização

Com relação aos encaminhamentos para as pessoas participarem do dispositivo. Quem encaminha?

Com relação à inserção das pessoas encaminhadas. Como se dá?

Organização dos trabalhadores

Nomenclatura utilizada para denominar as oficinas de trabalho, projetos de geração de renda e/ou empreendimento solidários. Justificativa:

Nomenclatura utilizada para denominar profissionais com nível superior e médio de formação e pessoas inseridas. Justificativa:

Quais as atribuições/papel do profissional com nível superior de formação?

Quais as atribuições/papel do profissional com nível médio de formação?

Sente falta de outros profissionais na equipe?

Formas de capacitação técnica e educação permanente oferecidas aos profissionais do dispositivo.

Quais as ações cotidianas, nas oficinas, são referentes ao cuidado?

Quais ações cotidianas, na oficina, são referentes ao processo de empreender o negócio?

É possível uma separação dessas ações no cotidiano?

Como se dá a divisão da renda gerada entre os participantes?

Quais as estratégias para viabilizar a autogestão da oficina?

Quais as estratégias para viabilizar o protagonismo dos usuários no mundo do trabalho?

Este dispositivo tem representação em algum fórum, rede ou movimento social?

Existem ações desenvolvidas de modo intersetorial? Parceiros?

Você acredita que o que se faz aqui é replicável em outro lugar? Justifique:

Já ouviu falar em Tecnologia Social? Para você, o que significa?

Quais as maiores dificuldades de administrar um trabalho como esse?

Para finalizar com relação ao financiamento dessa iniciativa, como isso se dá? Já participaram de edital de apoio e fomento? Com qual objetivo?

Agradeço sua participação e pergunto se gostaria de deixar alguma outra contribuição à pesquisa? Algo que não tenhamos falado?

ANEXO – Parecer consubstanciado do CEP – UFSCAR

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Saúde mental e economia solidária: uma estratégia para efetivação da reabilitação psicossocial

Pesquisador: Kátia Liane Rodrigues

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 35486014.7.0000.5504

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 875.408

Data da Relatoria: 15/12/2014

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa visa investigar a relação entre saúde mental e a economia solidária como uma estratégia para efetivação da reabilitação psicossocial.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Sistematizar as experiências dos equipamentos de inclusão social pelo trabalho na saúde mental, de algumas cidades paulistas, e suas interfaces com a economia solidária e as tecnologias sociais.

Objetivo secundário:

Levantar via pesquisa bibliográfica, os referenciais teóricos norteadores sobre a temática central da pesquisa: inclusão social pelo trabalho no SUS; Caracterizar os equipamentos estudados por meio de indicadores quali-quantitativos; Identificar a concepção dos gestores dos equipamentos estudados sobre a temática em estudo; Correlacionar o campo Ciência, Tecnologia e Sociedade com as temáticas da Saúde Mental, Economia Solidária, Tecnologia Social, Cooperativismo Social e políticas públicas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos

A participação nesta pesquisa poderá causar cansaço ou desconforto aos participantes, que podem

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



Continuação do Parecer: 875.408

não ser agradáveis, podendo resultar em momentos de tristeza, raiva e/ou angústia, conflito, os quais serão respeitados pelo pesquisador, que poderá interromper ou suspender e agendar, ou não, outro momento para continuidade da entrevista se o entrevistado assim preferir. Sua possível recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Benefícios:

Os resultados obtidos poderão contribuir para a criação e adequação de políticas públicas nos campos da ciência, tecnologia e sociedade, da economia solidária e da reforma psiquiátrica, pelas contribuições científicas produzidas. Não haverá nenhum benefício direto ao participante.

Os riscos e benefícios estão adequadamente descritos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante, riscos e benefícios estão adequadamente descritos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram anexados os seguintes documentos obrigatórios: folha de rosto assinada, TCLE do participante, Termo de autorização da instituição, projeto de pesquisa e Informações básicas.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há lista de pendências ou inadequações.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

CEP: 13.565-905

E-mail: cephumanos@ufscar.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



Continuação do Parecer: 875.408

SAO CARLOS, 18 de Novembro de 2014

Assinado por:
Ricardo Carneiro Borra
(Coordenador)

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br