

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

GIOVANA GARCIA MORATO

**A ATUAÇÃO DOS TERAPEUTAS OCUPACIONAIS EM INICIATIVAS DE
GERAÇÃO DE TRABALHO E RENDA NO ÂMBITO DA SAÚDE MENTAL:
ESTUDO SOBRE A REALIDADE DO ESTADO DE SÃO PAULO**

SÃO CARLOS
2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

GIOVANA GARCIA MORATO

**A ATUAÇÃO DOS TERAPEUTAS OCUPACIONAIS EM INICIATIVAS DE
GERAÇÃO DE TRABALHO E RENDA NO ÂMBITO DA SAÚDE MENTAL:
ESTUDO SOBRE A REALIDADE DO ESTADO DE SÃO PAULO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós - Graduação em Terapia Ocupacional, da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Terapia Ocupacional.

Área de concentração: Processos de Intervenção em Terapia Ocupacional.

Orientadora: Profa. Dra. Isabela Aparecida de Oliveira Lussi.

SÃO CARLOS
2014

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

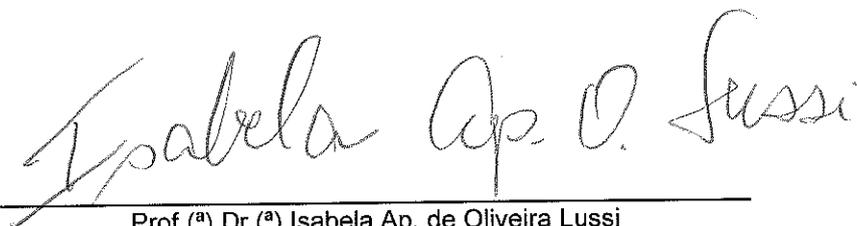
M831at Morato, Giovana Garcia.
A atuação dos terapeutas ocupacionais em iniciativas de geração de trabalho e renda no âmbito da saúde mental : estudo sobre a realidade do estado de São Paulo / Giovana Garcia Morato. -- São Carlos : UFSCar, 2014.
198 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2014.

1. Terapia ocupacional. 2. Geração de renda. 3. Saúde mental. 4. Trabalho. I. Título.

CDD: 615.8515 (20ª)

FOLHA DE APROVAÇÃO DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DO(A)
ALUNO(A) GIOVANA GARCIA MORATO, DEFENDIDA PUBLICAMENTE EM 28
DE FEVEREIRO DE 2014.



Prof.ª Dr.ª Isabela Ap. de Oliveira Lussi
Orientador(a) e Presidente
Universidade Federal de São Carlos / UFSCar



Prof.ª Dr.ª Thelma Simões Matsukura
Universidade Federal de São Carlos / UFSCar



Prof.ª Dr.ª Regina Yoneko D. Carretta
Universidade de São Paulo – Ribeirão Preto / USP-RP

Homologado na CPG-PPGTO na
_____ª Reunião no dia
____/____/____

Financiamento:
CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

AGRADECIMENTOS

A Deus pela vida e por me guiar sempre.

À minha orientadora, Profa. Dra. Isabela A. O. Lussi, pelas cuidadosas leituras e orientações deste trabalho desde a sua concepção. Pelas oportunidades de trabalhos conjuntos desde 2009 e pela confiança que sempre depositou em mim a cada nova proposta de parceria, me incentivando e me apoiando a assumir novos projetos.

À Profa. Dra. Fernanda Nicácio e à Profa. Dra. Thelma Simões Matsukura pelas importantes contribuições no Exame de Qualificação que certamente fortaleceram e enriqueceram este trabalho.

À Profa. Dra. Regina Dakuzaku Carretta e à Profa. Dra. Thelma Simões Matsukura pela disponibilidade e contribuições no Exame de Defesa.

Às Secretarias Municipais de Saúde por concederem as autorizações para o desenvolvimento do estudo.

Às terapeutas ocupacionais participantes deste estudo, pela prontidão e generosidade em dividirem comigo seu tempo, conhecimento e dedicação aos usuários da saúde mental. Meu muito obrigada por dividirem comigo uma causa tão nobre que também é a minha.

Às bibliotecárias do Departamento de Referências da Biblioteca Comunitária da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) pelos vários atendimentos e orientações.

Aos colegas do Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da UFSCar pelos momentos de descontração, trocas e apoio.

À Amanda Dourado pela amizade, pelo suporte e parceria desde a graduação; à Bruna Taño pela oportunidade de te conhecer e pela sua generosidade em me ensinar tanto sobre a sensibilidade e o afeto; à Ana Carolina Toniolo, por sempre me fazer rir muito, mesmo nos momentos de tensão; à Andressa Jóia, companheira desde a graduação, por ser o otimismo em pessoa; à Tatiana Bombarda e à Marina Jorge pela amizade, pelo acolhimento e carinho.

À Letícia Gomes da Silva pelas conversas e por sempre me animar nos momentos difíceis.

Ao Rodolpho Dias Pires, amigo de infância e para a vida toda, pela confiança, companheirismo e eternas risadas. Por sempre me apoiar e dar força na construção e consolidação deste trabalho. A você meu amigo, meu muito obrigada!

À Flavia Hilsdorf, amiga de longa data, que, apesar da minha ausência, sempre investiu muito em nossa amizade e por sempre me ajudar a encontrar livros esgotados.

Aos meus pais, por sempre me apoiarem em minhas escolhas, por me incentivarem a buscar o conhecimento e a sempre dar o meu melhor. Por compreenderem minha ausência, muitas vezes em momentos tão especiais, mas ainda assim me darem apoio e força. Que possamos continuar investindo em nossa relação e que o amor seja sempre a base em nossas vidas.

À minha irmã Amanda, minha admirável Amanda, que, apesar da diferença de fuso horário, sempre investiu tempo e afeto em nossa relação. Agradeço também pelas incontáveis ajudas para a melhoria do meu texto. Agradeço ao meu cunhado Marcelo pela disposição em me ajudar sempre e contribuir com as traduções.

Ao Binho, pelos dias felizes, pelas risadas e mesmo pelos dias difíceis que tanto me ajudaram a crescer. Obrigada pela parceria e apoio às minhas escolhas.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo financiamento desta pesquisa.

RESUMO

O trabalho proposto no âmbito da saúde mental deve evidenciar os princípios da inclusão social previstos pela Reforma Psiquiátrica. Nesta direção, as experiências de geração de trabalho e renda têm exercido papel importante no processo de reabilitação psicossocial, uma vez que têm possibilitado às pessoas com um nível menor de habilidades e com variados graus de autonomia exercer atividades de trabalho e receber por isso. Pela história da constituição da terapia ocupacional como profissão sustenta-se que o terapeuta ocupacional tem grande potencial para coordenar iniciativas de geração de trabalho e renda no âmbito da saúde mental desenvolvidas no contexto atual. O presente estudo teve como objetivo geral investigar a prática dos terapeutas ocupacionais que trabalham em iniciativas de geração de trabalho e renda no estado de São Paulo. Trata-se de um estudo exploratório transversal descritivo, que fez uso da abordagem qualitativa. Foram sujeitos deste estudo 16 terapeutas ocupacionais distribuídos em 10 iniciativas de geração de trabalho e renda no estado de São Paulo. Para a coleta de dados, utilizou-se questionário semiestruturado e entrevista semiestruturada. Os dados provenientes dos questionários foram analisados de maneira descritiva e as entrevistas analisadas por meio da técnica de Análise Temática. Das 10 iniciativas participantes do estudo, cinco se tratam de serviços de geração de trabalho e renda; a maioria tem mais de cinco anos de funcionamento, atende somente usuários da saúde mental e desenvolve atividades de produção; e apenas uma não está vinculada ao movimento da economia solidária. Quanto à atuação dos terapeutas ocupacionais, identificou-se que estes desenvolvem atividades administrativas, relacionadas à organização e execução do processo produtivo sob a perspectiva econômica, o que convoca estes profissionais ao desenvolvimento de um novo fazer. Nesse sentido, acredita-se que o investimento em formação para os profissionais é um dos pilares para que se possa pensar a questão do trabalho como direito aos usuários da saúde mental. Identificou-se, também, que os profissionais desenvolvem sua prática amparados por conceitos e fundamentos da profissão ancorados nas atuais políticas públicas de saúde mental e economia solidária, tendo sido apontada de maneira enfática a atividade como um recurso da terapia ocupacional que está constantemente presente no contexto de geração de trabalho e renda, além de tomarem as dimensões do trabalho como norteadores da prática desenvolvida nestes contextos. Espera-se que o presente estudo contribua para o conhecimento e difusão da prática que vem sendo desenvolvida pelos terapeutas ocupacionais em iniciativas de geração de trabalho e renda, evidenciando o perfil que este profissional está assumindo atualmente quanto à proposição do trabalho no âmbito da saúde mental e as contribuições provenientes desta atuação no processo de reabilitação psicossocial das pessoas com transtorno mental.

Palavras-chave: Geração de Renda. Saúde Mental. Terapia Ocupacional. Trabalho.

ABSTRACT

The work suggested in the mental health field must evidence the principles of social inclusion, which is provided by the Psychiatric Reform. Through this direction, the experiences of employment and income generation have had an important role in the psychosocial rehabilitation, once it has created the possibility to lower skilled people with different levels of autonomy to do work activities and have a monetary income from it. From the history of the occupational therapy as an occupation it is shown that the occupational therapist has a great potential to coordinate job and income creation initiatives in the mental health field developed in the actual context. The present study had as general objective the investigation of the occupational therapists who work in job and income generation initiatives in the state of São Paulo, regarding their practices. It is a descriptive transversal exploratory study, which made use of the qualitative approach. Sixteen occupational therapists distributed in ten initiatives of job and income creation in the state of São Paulo were subjects of this study. In order to collect the data, a semi-structured questionnaire and a semi-structured interview were used. The data from the questionnaire were analyzed descriptively and the interview analyzed through the Thematic Analysis technique. Out of the ten studied initiatives, five can be characterized as job and income generation services, most of them with more than five years of operation, serving only mental health users and developing production activities, and only one is not linked to the solidarity economy movement. As of the actuation of the occupational therapists, it was pointed that them develop administrative activities, related to the organization and execution of the productive process under the economic perspective, which calls these professionals to the development of a new “do”. In this sense, it is believed that the investment in formation of these professionals is one of the pillars to think the matter of job as an entitlement to the mental health users. It was also identified that the professionals develop their practices allied to concepts and fundamentals of the profession supported by the current public policies regarding mental health and solidarity economy, the activity being pointed in an emphatic way as a occupational therapy resource that is constantly present in the job and income generation context, in addition from taking the dimensions of the work as guidance to the developed in these contexts. It is expected that the present study contributes to the knowledge and diffusion to the practice which has been developed by occupational therapists in job and income generation, highlighting the profile currently assumed by these professionals regarding the job proposition in the mental health scope and the contributions arising from this actuation in the psychosocial rehabilitation process of people with mental disorder.

Keywords: Income Generation. Mental Health. Occupational Therapy. Work.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Distribuição das 14 iniciativas de geração de trabalho e renda inicialmente identificadas com terapeuta ocupacional nas 9 cidades.....	61
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Situação das iniciativas contatadas	59
Quadro 2 – Iniciativas identificadas com terapeuta ocupacional atuando	62
Quadro 3 – Iniciativas participantes do estudo e número de terapeutas ocupacionais participantes em cada iniciativa	64
Quadro 4 – Caracterização dos participantes	69
Quadro 5 – Formações complementares que mais contribuíram para o trabalho atual	72
Quadro 6 – Áreas de atuação anteriores ao trabalho na iniciativa de geração de trabalho e renda	73
Quadro 7 – Cursos relacionados à área de saúde mental ou geração de trabalho e renda que foram ou estão sendo realizados pelas participantes	76
Quadro 8 – Condição das iniciativas de geração de trabalho e renda participantes e número de terapeutas ocupacionais participantes por iniciativa	82
Quadro 9 – Caracterização das oficinas	84
Quadro 10 – Serviços de origem dos usuários da saúde mental participantes das oficinas	85
Quadro 11 – Aspectos relacionados ao funcionamento das oficinas	86
Quadro 12 – Aspectos financeiros das oficinas	88
Quadro 13 – Caracterização dos serviços de geração de trabalho e renda	90
Quadro 14 – Objetivo específico das oficinas que compõem o serviço de geração de trabalho e renda	95
Quadro 15 – Aspectos financeiros das oficinas desenvolvidas nos serviços de geração de trabalho e renda onde há o terapeuta ocupacional atuando	97

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CIST	Cadastro de Iniciativas de Inclusão Social Pelo Trabalho
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CeCCo	Centro de Convivência e Cooperativa
IV CNSM – I	IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TO	Terapeuta Ocupacional/ Terapia Ocupacional
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	14
1.1 CONTRIBUIÇÕES DO PROCESSO DE REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA PARA A ATUAL PROPOSIÇÃO DO TRABALHO NO ÂMBITO DA SAÚDE MENTAL	14
1.2 A ECONOMIA SOLIDÁRIA NOS CAMINHOS DA SAÚDE MENTAL, OU SERIA A SAÚDE MENTAL NOS CAMINHOS DA ECONOMIA SOLIDÁRIA?	24
1.3 REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL E TRABALHO	30
<i>1.3.1 Breve histórico do surgimento da reabilitação psicossocial e seus pressupostos</i>	<i>31</i>
<i>1.3.2 A noção de recovery no âmbito da saúde mental</i>	<i>36</i>
1.4 TERAPIA OCUPACIONAL E A PROPOSIÇÃO DO TRABALHO NA SAÚDE MENTAL: PERSPECTIVAS HISTÓRICAS E POSSIBILIDADES ATUAIS	42
2. OBJETIVOS	52
2.1 OBJETIVO GERAL	52
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	52
3. PERCURSO METODOLÓGICO.....	53
3.1 PARTICIPANTES	53
3.2 CAMPO DO ESTUDO.....	54
3.3 INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE DADOS.....	54
3.4 PROCEDIMENTOS.....	54
<i>3.4.1 Aspectos éticos.....</i>	<i>54</i>
<i>3.4.2 Elaboração do questionário.....</i>	<i>55</i>
<i>3.4.3 Elaboração do roteiro de entrevista</i>	<i>55</i>
<i>3.4.4 Localização e contato com as iniciativas de geração de trabalho e renda.....</i>	<i>56</i>
<i>3.4.5 Contato com os participantes</i>	<i>64</i>
<i>3.4.6 Coleta de dados</i>	<i>65</i>
<i>3.4.7 Análise dos dados.....</i>	<i>67</i>
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	68
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	69
4.2 CARACTERIZAÇÃO DAS INICIATIVAS DE GERAÇÃO DE TRABALHO E RENDA	81

4.3 IDENTIFICANDO AS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELO TERAPEUTA OCUPACIONAL E A NECESSIDADE DE CONSTRUÇÃO DE UM NOVO FAZER.....	105
4.4 TERAPIA OCUPACIONAL E O TRABALHO EM EQUIPE NA GERAÇÃO DE TRABALHO E RENDA	122
4.5 A PRÁTICA DO TERAPEUTA OCUPACIONAL EM INICIATIVAS DE GERAÇÃO DE TRABALHO E RENDA E A CONTRIBUIÇÃO DOS FUNDAMENTOS DA PROFISSÃO	127
4.6 AS DIMENSÕES DO TRABALHO COMO NORTEADOR DA PRÁTICA NO CONTEXTO DE GERAÇÃO DE TRABALHO E RENDA	139
4.7 A ECONOMIA SOLIDÁRIA COMO REFERÊNCIA PARA A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E DA PRÁTICA DO TERAPEUTA OCUPACIONAL NOS ESPAÇOS DE GERAÇÃO DE TRABALHO E RENDA	147
4.8 DIFICULDADES E DESAFIOS ENCONTRADOS NO ÂMBITO DA PROPOSTA DE GERAÇÃO DE TRABALHO E RENDA	161
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	171
REFERÊNCIAS.....	174
APÊNDICES.....	187
ANEXO.....	196

APRESENTAÇÃO

O presente projeto de pesquisa foi concebido a partir de estudos e experiências prévias da pesquisadora, quando na graduação em Terapia Ocupacional passou a direcionar seus estudos no campo da Saúde Mental, Geração de Trabalho e Renda e Economia Solidária. Em 2010 cursou a Atividade Curricular de Integração entre Ensino, Pesquisa e Extensão (ACIEPE) intitulada “Cooperativas Populares e Economia Solidária: produção de conhecimento, intervenção profissional e formação de profissionais”, momento em que iniciou sua maior aproximação com a economia solidária. Neste mesmo ano, a pesquisadora participou, como bolsista, da atividade de extensão intitulada “Inclusão social de usuários de saúde mental por meio do trabalho: uma experiência na perspectiva da economia solidária”, momento em que pode vivenciar a prática e integrar os conhecimentos que vinha acumulando em estudos sobre as temáticas mencionadas. O envolvimento da pesquisadora atrelado à teoria e à prática fez com que, em 2011, executasse o projeto de iniciação científica intitulado “Identificação do significado do trabalho para usuários de serviços de saúde mental inseridos em projetos de geração de renda vinculados ou não ao movimento da economia solidária”. Em 2012, passou a integrar a equipe de trabalho do Núcleo Multidisciplinar e Integrado de Estudos, Formação e Intervenção em Economia Solidária (NuMI-EcoSol) da UFSCar, desenvolvendo atividade como instrutora de extensão do projeto intitulado “Inclusão social de usuários de saúde mental por meio do trabalho: uma experiência na perspectiva da economia solidária”, tendo a oportunidade de aprofundar seus conhecimentos no tema.

Assim, este estudo situa-se atrelado ao atual modelo de assistência em saúde mental, fundamentado nos princípios da Reforma Psiquiátrica e orientado pela perspectiva da reabilitação psicossocial.

O presente estudo foi desenvolvido com o objetivo de investigar a maneira como se dá a prática dos terapeutas ocupacionais em iniciativas de geração de trabalho e renda no estado de São Paulo presentes no Cadastro de Iniciativas de Inclusão Social pelo Trabalho (CIST).

A introdução foi dividida em quatro seções, sendo na primeira apresentado um breve histórico acerca do processo de Reforma Psiquiátrica brasileira e suas contribuições para a atual proposição do trabalho aos usuários de serviços de saúde mental; na segunda, o processo de formação da parceria estabelecida entre a saúde mental e a economia solidária, bem como as políticas de incentivo à proposição de trabalhos inclusivos e solidários resultantes desta parceria; a terceira, subdividida em duas, exploram respectivamente os pressupostos da reabilitação psicossocial e o conceito de recovery; e, finalmente, na quarta seção, um resgate

histórico acerca da relação entre terapia ocupacional e trabalho no âmbito da psiquiatria, alcançando as possibilidades de atuação deste profissional na proposição do trabalho em saúde mental no contexto atual.

Feita a apresentação teórica, que fundamenta e justifica a proposição deste estudo, em seguida são expostos os objetivos. Na sequência o percurso metodológico é apresentado detalhadamente, evidenciando o tipo de estudo e sua abordagem. Apresentam-se também os participantes, o campo do estudo e todos os procedimentos para a coleta de dados, bem como para a análise do material. Após a metodologia, os resultados e discussão são apresentados e, em seguida, são feitas as considerações finais.

1. INTRODUÇÃO

1.1 Contribuições do processo de reforma psiquiátrica brasileira para a atual proposição do trabalho no âmbito da saúde mental

O modelo de assistência em saúde mental vem se reconfigurando, no Brasil, desde a eclosão do movimento da Reforma Psiquiátrica, iniciado no final da década de 1970. Em linhas gerais, tal movimento preconizou a superação de modelos asilares e violentos de assistência a pessoas com transtorno mental (BRASIL, 2005b). Destaca-se, entretanto, que o processo da Reforma Psiquiátrica, compreendido como um importante movimento de inclusão social, vai além e implica, mais do que a substituição de hospitais psiquiátricos por um modelo de assistência comunitária mais humanizado e moderno, na mudança dos conceitos e da concepção social acerca da loucura, bem como na construção de um novo lugar social para os sujeitos com transtorno mental (DELGADO, 2005a). Trata-se, portanto, de um processo com dimensões complexas que deve ocorrer a um só tempo e de maneira articulada nos campos assistencial, político-jurídico, conceitual e cultural (AMARANTE, 1998). Nesse sentido,

A reforma psiquiátrica, a luta por uma sociedade sem manicômios, é um movimento de ampla base social, mas não é apenas um movimento que se dá no plano da reforma da assistência em saúde mental. É, principalmente, um grande movimento social de inclusão, de reintegração social e de construção, o que exige de nós uma grande inventividade, ousadia e criatividade, de modo a fazer surgir um lugar social novo para essas pessoas para as quais só existia um tipo de institucionalização, ou existia, como forma dominante, uma institucionalização que produzia a redução de autonomia, que via nos institucionalizados apenas aquilo que eles tinham perdido de produtividade e de potência criativa (DELGADO, 2005a, p. 16).

De maneira complementar, o documento do Ministério da Saúde intitulado Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil aponta que

A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (BRASIL, 2005b, p.06).

Ressalta-se que, em meio aos eventos ocorridos no país que produziram subsídios para o processo de delineamento da Reforma Psiquiátrica, o que será apresentado ao longo dessa

seção, é importante ao menos apontar que as experiências relacionadas às reformas psiquiátricas ocorridas em outros países também influenciaram o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira (AMARANTE, 2008; PEREIRA; COSTA-ROSA, 2012), com destaque para a experiência de desinstitucionalização italiana na qual foi inspirado o movimento brasileiro (AMARANTE, 2008).

O início do processo de Reforma Psiquiátrica brasileira se inscreve em um período caracterizado por ampla luta pela redemocratização do país, momento em que se assistia o combate ao Estado autoritário situado na segunda metade da década de 1970, sendo considerado o período germinativo para tal processo. Neste contexto, emergiram críticas quanto à falta de eficiência da assistência pública prestada ao campo da saúde e ao aspecto privatista da política de saúde. Vem à tona as fraudes ocorridas na área de financiamento para os serviços e emergem as denúncias quanto aos maus tratos, precariedade e violência imprimida aos pacientes que se encontravam internados nos hospícios do país. É em meio a estes questionamentos e denúncias que surge o movimento de reforma sanitária, sustentado em críticas teóricas às políticas de saúde da época e em propostas com vistas à reformulação do que existia em torno do sistema nacional de saúde (TENÓRIO, 2002). Portanto, o início do movimento pela Reforma Psiquiátrica no Brasil é contemporâneo ao estopim do movimento sanitaria, na década de 1970. Apesar disso, o processo da Reforma Psiquiátrica se caracteriza como um movimento com história própria e singular (BRASIL, 2005b).

Em 1978, foi criado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) no Rio de Janeiro que, reivindicando melhores condições de trabalho e melhorias na assistência em saúde mental, configurou-se em um importante instrumento social e liderou vários eventos nos anos seguintes, que fizeram alavancar as transformações no âmbito da assistência em saúde mental no processo pela Reforma Psiquiátrica (AMARANTE, 1995; TENÓRIO, 2002).

Para Amarante (1998) o MTSM foi o ator e sujeito político essencial para o projeto da Reforma Psiquiátrica, já que foi por meio dele que nasceram propostas de mudança no sistema de assistência, bem como se consolidou a perspectiva crítica acerca do saber psiquiátrico. O autor destaca ainda que o MTSM caracterizou-se por sua estrutura não institucional, uma vez que a opção pela não institucionalização do movimento se trata de uma estratégia de resistência à perspectiva desta. Assim, nasceu uma relação singular no processo de escolha pela não institucionalização do MTSM ao longo de sua estruturação e pela opção de desinstitucionalização do saber e prática da psiquiatria, tendo a esta perspectiva se tornado o conceito fundamental assumido pelo MTSM pela transformação da psiquiatria.

De acordo com Tenório (2002), o aumento da participação dos atores sociais no processo de reivindicações por mudanças, a iniciativa por reformulações legislativas e a evidência de algumas experiências institucionais bem sucedidas na proposição de um novo modelo de cuidado no âmbito da saúde mental, consistiram em importantes processos na década de 1980, que contribuíram para a consolidação de aspectos da Reforma Psiquiátrica.

Vários foram os eventos emblemáticos, articulados com as diversas esferas da sociedade, para que o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira fosse crescendo e ganhando espaço e para que as transformações no âmbito da assistência em saúde mental fossem se consolidando. Nessa direção, Tenório (2002) aponta que na década de 1980 houve importantes experiências institucionais bem sucedidas de proposição de uma nova maneira de cuidar no âmbito da saúde mental. Sobre estas experiências, o autor considera que,

Ao menos duas delas são consideradas marcos inaugurais e paradigmáticos de uma nova prática de cuidados no Brasil: o Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, em São Paulo; e a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, realizada pela administração municipal de Santos (SP), iniciando o processo que se constituiria no complexo e exemplar Programa de Saúde Mental daquela cidade (TENÓRIO, 2002, p. 37).

Merece destaque a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, na cidade de Santos (SP), supracitada, uma vez que a intervenção e posterior fechamento deste hospital psiquiátrico privado viabilizou um processo original no qual se criou condições para estabelecer um sistema considerado completamente substitutivo ao modelo manicomial (AMARANTE, 1998). Nesse sentido “como construção de uma rede de serviços totalmente substitutivos ao manicômio, Santos é a quarta cidade do mundo a desenvolver este percurso e a primeira do Brasil”. Compuseram este novo aparato assistencial os Núcleos de Atenção Psicossocial, a Unidade de Reabilitação Psicossocial, o Centro de Convivência TAM – TAM, o Pronto Socorro Psiquiátrico Municipal e o Lar abrigado (NICÁCIO, 1994, p. 7).

No que diz respeito ao envolvimento das várias esferas sociais no movimento pela Reforma Psiquiátrica, Amarante (2008) aponta que a participação social tem se destacado bastante desde os primeiros anos do movimento, no contexto de redemocratização do país. Dentre os exemplos apontados pelo autor destacam-se aqui, além da criação do já referido MTSM em 1978, a realização, por este movimento, do I Congresso Nacional no Instituto Sedes Sapientiae em São Paulo, em 1979. Neste mesmo ano criou-se a primeira associação de familiares denominada Sosintra que ainda se faz atuante pela luta em prol da Reforma Psiquiátrica brasileira. Destaca-se também a I Conferência Nacional de Saúde Mental ocorrida

em 1987, na qual os participantes do MTSM organizaram-se para a realização do II Congresso Nacional do MTSM, que também aconteceu em 1987, na cidade de Bauru. É neste Congresso que se dá uma importante mudança em relação ao MTSM, o qual passa a contar com a ativa participação de usuários e familiares no movimento e a assumir uma postura mais clara frente à função do hospital psiquiátrico, adotando o lema “Por uma Sociedade sem Manicômios” (AMARANTE, 2008). Assim, lança-se para a sociedade o debate acerca da loucura, da doença mental, da psiquiatria e seus manicômios. Na prática, investe-se na discussão e na adoção de experiências de desinstitucionalização. “Esta, implica não apenas num processo de desospitalização, mas de invenção de práticas assistenciais territoriais; um processo prático de desconstrução dos conceitos e das práticas psiquiátricas” (AMARANTE, 1994, p. 81).

Segundo Amarante (2008), é nesse contexto de mobilizações por transformações na assistência em saúde mental que são criadas várias associações e cooperativas. Nesse sentido, é a partir da década de 1990 que começam a surgir as primeiras iniciativas de geração de trabalho e renda no âmbito da saúde mental no Brasil, estimuladas pelo processo de Reforma Psiquiátrica em curso (BRASIL, 2010a). É também nessa época que passa a haver a discussão, no cenário nacional, acerca das cooperativas sociais, momento em que se iniciava a construção de proposições sobre novas formas de se pensar a inserção de usuários da saúde mental no trabalho (NICÁCIO; MÂNGIA; GHIRARDI, 2005).

Merece destaque novamente a experiência santista que, desde a intervenção na Casa de Saúde Anchieta em 1989 e a partir da superação de práticas laborterápicas que lá ocorriam, passou a desenvolver projetos de trabalho coordenados pela Unidade de Reabilitação Psicossocial (URP), cuja perspectiva estava pautada no trabalho como direito, não como normatizador, mas antes como uma das formas de reconstrução da identidade dos sujeitos no que tange à capacidade de trocas, tendo como orientação fundamental desses projetos a recusa do trabalho protegido e a busca de contratualidade social (NICÁCIO, 1994; NICÁCIO; KINKER, 1997). O percurso e desenvolvimento dessa experiência de projetos de trabalho, a identificação de avanços conquistados pelos participantes e de novos a serem alcançados, bem como as contradições e os limites impostos pelo mundo do trabalho, fizeram com que em 1994 fosse criada a Cooperativa Paratodos. Na época a cooperativa era composta pelos participantes de um dos projetos de trabalho desenvolvidos, denominado Projeto Lixo Limpo, e profissionais da Unidade de Reabilitação Psicossocial (NICÁCIO; KINKER, 1997; NOGUEIRA, 1997), representando a primeira cooperativa composta por pessoas em sofrimento psíquico (MÂNGIA; NICÁCIO, 2001). Nesta nova proposta,

A idéia central é que o instrumento “cooperativa” possibilita novas respostas na perspectiva de emancipação dos usuários-trabalhadores e, ao mesmo tempo, significa uma estrutura jurídico-civil própria, o que permite uma relação efetiva de entrada no mercado. Evidentemente, a escolha da estrutura cooperativa pauta-se pela necessidade de uma dinâmica democrática das relações de trabalho e de produção e, portanto, uma forma que pode contemplar simultaneamente a produção de valores e de vida (NICÁCIO; KINKER, 1997, p. 175).

É possível inferir que a partir deste contexto de mobilizações e de experiências concretas como a santista, por exemplo, passam a surgir, no cenário nacional, outras cooperativas e experiências de trabalho e renda para usuários da saúde mental pautadas por diversos referenciais teóricos e alavancadas pelo processo da Reforma Psiquiátrica em curso.

Delgado (2005a) considera que a Reforma Psiquiátrica não se reduz ao desafio de superação dos manicômios e à criação de serviços outros, mas deve ser capaz de fazer emergir o que há de positivo nas pessoas que vivenciam o sofrimento mental e que, por vezes, são vistas apenas pelos seus aspectos negativos. É sob esta perspectiva que o autor considera a proposição da inclusão social pelo trabalho, por meio das oficinas de geração de renda e das cooperativas, dispositivo altamente eficaz.

Ressalta-se que é também nesse contexto que algumas experiências começam a surgir a partir dos moldes da economia solidária, que no mesmo período se apresentou como alternativa à economia de mercado no cenário nacional (NICÁCIO; MÂNGIA; GHIRARDI, 2005).

Assim, em meio aos debates acerca da importância do trabalho para pessoas consideradas em desvantagem, dentre elas as com transtorno mental, o Brasil vivenciou a aprovação da Lei nº 9.867 de 10 de novembro de 1999, a qual regulamenta a criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais com vistas à integração social dos cidadãos. Tais cooperativas visam a inserção no mercado, por meio do trabalho, de pessoas ditas em desvantagem (BRASIL, 1999). No entanto, os vários vetos na versão aprovada a tornaram impraticável e, atualmente, debates têm sido realizados referentes à necessidade de mudanças na legislação, no sentido de dar viabilidade jurídica às cooperativas sociais. Nessa direção, é possível afirmar que esforços vêm sendo empreendidos com vistas a legitimar a proposta de trabalho aos usuários da saúde mental por meio de iniciativas de trabalho nos moldes do cooperativismo e associativismo social. Assim, com a consolidação da Política Nacional de Saúde Mental e Economia Solidária, o movimento do cooperativismo social ganha força. Recentemente foi aprovado o Decreto nº 8.163, que institui o Programa Nacional de Apoio ao Associativismo e Cooperativismo Social denominado Pronacoop Social (BRASIL, 2013), que tem a finalidade de fomentar o desenvolvimento das cooperativas sociais e dos empreendimentos econômicos solidários sociais. Com a assinatura do Decreto nº 8.163

(BRASIL, 2013), renovam-se as perspectivas acerca da possibilidade de fortalecimento e consolidação das cooperativas sociais, uma vez que no referido Decreto, destacam-se, dentre seus objetivos, o incentivo à formalização dos empreendimentos econômicos solidários sociais em cooperativas sociais, o investimento no fortalecimento institucional e na qualificação e formação dos cooperados e associados e a promoção do acesso a mercados e à comercialização dos produtos dos empreendimentos. Além disso, uma das atribuições do Comitê Gestor do Pronacoop Social é a proposição de adequação e aperfeiçoamento do marco legal das cooperativas sociais.

É importante mencionar que a perspectiva de trabalho, por meio de cooperativas e empresa social, adotada no percurso da reforma italiana, repercutiu intensamente nos debates brasileiros quanto à importância e às formas de proposição do trabalho às pessoas com transtorno mental. Nesse sentido, “Um componente fundamental da experiência italiana, que é importante na influência que ela tem sobre nós no Brasil, é justamente da inclusão social pelo trabalho das empresas sociais e das cooperativas” (DELGADO, 2005a, p. 17), uma vez que o trabalho tem importante papel no processo desta experiência, considerado como um de seus pilares (LUSSI, 2009).

Dentre os eventos que fizeram parte do processo de transformação na assistência em saúde mental e criaram subsídios para a discussão da proposição do trabalho neste contexto, Hirdes (2009a) aponta que o processo de superação do modelo assistencial centrado no manicômio destinado às pessoas com transtornos mentais esteve respaldado nas políticas de saúde do Brasil, as quais encontram seu marco teórico e político nas Conferências ocorridas no país, sendo apontadas a 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986; a I Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorrida em 1987 no Rio de Janeiro; a II Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorrida em 1992 em Brasília; e a III Conferência Nacional de Saúde Mental ocorrida em 2001, também em Brasília.

Para Mângia e Nicácio (2002) a realização das Conferências tem função essencial para o direcionamento e aprofundamento do processo da Reforma Psiquiátrica e sua realização viabiliza a discussão democrática necessária para a consolidação de uma política de saúde mental que, de fato, se comprometa em garantir os direitos humanos e a superação da assistência asilar.

Nessa direção, é na I Conferência Nacional de Saúde Mental realizada em 1987, ocorrida após a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que se estabelece a defesa pelos direitos das pessoas com transtornos mentais bem como a necessidade de se ultrapassar o modelo hospitalocêntrico de assistência, na qual se “elaborou um conjunto de recomendações que

estabeleceram as diretrizes iniciais para a constituição de um modelo assistencial extra hospitalar e comunitário” (MÂNGIA; NICÁCIO, 2002, p. 1).

No âmbito legislativo, situado no período entre a ocorrência da I e II Conferências Nacionais de Saúde Mental, um fato importante foi a apresentação em 1989 do Projeto de Lei nº 3.657/89 criado pelo então Deputado Paulo Delgado, que previa uma regulamentação dos direitos das pessoas com transtorno mental, bem como que se fossem progressivamente extinguindo os manicômios no país. “É o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo” (BRASIL, 2005b, p. 7). Destaca-se que é somente após 12 anos de tramitação no Congresso que a então denominada Lei Paulo Delgado é sancionada no país em 2001 e, apesar de ser um substituto do Projeto de Lei original, trouxe importantes contribuições no texto normativo. Traduzida como Lei 10.216, consistiu em um novo estímulo e ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira (BRASIL, 2005b).

A II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1992, foi marcada pela possibilidade do aprofundamento das discussões em torno da crítica ao modelo asilar, respaldada em novos referenciais éticos, teóricos e políticos, por meio do que foi aprendido em experiências locais e de iniciativas da política nacional de saúde mental no âmbito do SUS, além do crescente movimento social e mobilização em relação ao Projeto de Lei 3.657/89. Assim, o conteúdo das discussões forneceu subsídios para que fossem estabelecidas as bases para a construção de modelos assistenciais orientados pela afirmação dos direitos de cidadania das pessoas com transtornos mentais e mudança no então modelo de atenção a estas pessoas. Foi nesta Conferência que se presenciou a participação organizada de usuários e familiares evidenciando o envolvimento ativo destes atores no processo de mudança (MÂNGIA; NICÁCIO, 2002).

Quanto à III Conferência Nacional de Saúde Mental, esta se destaca como um momento emblemático no processo da Reforma Psiquiátrica brasileiro, tendo sido convocada logo após a promulgação da Lei 10.216, em 2001, sendo realizada em dezembro do mesmo ano. Destacada como meio fundamental de participação e controle social, suas etapas estadual e municipal congregaram cerca de 23.000 pessoas evidenciando a participação ativa de usuários dos serviços e seus familiares. É esta Conferência que consolida a Reforma Psiquiátrica como política de governo, atribui aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) o valor de dispositivo fundamental no processo de transformação do modelo de assistência em saúde mental, defende a estruturação de uma política de saúde mental direcionada à população usuária de álcool e outras drogas e firma o controle social como meio de garantir o progresso da Reforma Psiquiátrica brasileira. “É a III Conferência Nacional de Saúde Mental, com ampla participação

dos movimentos sociais, de usuários e de seus familiares, que fornece os substratos políticos e teóricos para a política de saúde mental no Brasil” (BRASIL, 2005b, p. 10).

Destaca-se que é a partir da III Conferência Nacional de Saúde Mental que aparecem, de maneira mais expressiva e delineada, proposições acerca da importância de se pautar a questão do trabalho e geração de renda no âmbito das políticas públicas de saúde mental. Nesse sentido, no Relatório Final da referida Conferência é apontado que o processo de Reforma Psiquiátrica prediz da implementação de políticas públicas que “garantam e consolidem a criação de Programas de Geração de Renda e Trabalho e de Cooperativas e Associações de Usuários, visando os processos de produção de autonomia e de direitos de cidadania” (BRASIL, 2002, p. 45). Nesse contexto as propostas apresentadas e aprovadas foram:

108. Investir nos grupos de geração de renda e trabalho já existentes nos centros de convivência.
109. Criar leis que propiciem a formação de Cooperativas e Associações de Usuários e facilitar as linhas de crédito.
110. Incentivar a organização de ações articuladas aos setores do trabalho e ação social no sentido de fomentar a realização de feiras que articulem um novo processo econômico e que sirvam como alternativa de enfrentamento do desemprego, miséria e exclusão social.
111. Criar Centros de Capacitação Profissional para portadores de sofrimento psíquico e/ou realizar convênios com instituições de qualificação profissional e do trabalho (SESI, SESC, SENAI, SENAC, FAT e Secretarias Estadual e Municipal do Trabalho).
112. Financiar políticas de inserção do portador de sofrimento psíquico no mercado de trabalho, por exemplo, mediante programas de trabalho protegido, e/ou outras formas de geração de renda, enquanto estes buscam sua autonomia via mercado formal.
113. Criar incentivos para empresas que viabilizem a inserção do usuário de saúde mental no campo de trabalho, visando sua cidadania e assegurando seus direitos de trabalhador.
114. Incentivar a criação de projeto de lei que garanta quotas participativas visando a inserção no mercado de trabalho de pessoas com transtornos mentais.
115. Considerar as ações que visam o TRABALHO com GERAÇÃO DE RENDA como parte integrante do cuidado em saúde mental.
116. Garantir que cada NAPS/CAPS desenvolva oficinas de produção sistemática, visando à profissionalização do trabalho com remuneração para os usuários.
117. Implementar programas de profissionalização e inclusão no mercado de trabalho e ampliar os espaços de convivência do portador de deficiência mental nos recursos existentes na comunidade.
118. Criar mecanismos que estimulem a inserção de ex-moradores dos serviços psiquiátricos no mercado de trabalho e outras formas de geração de renda (BRASIL, 2002, p. 45).

Como já apontado, um dos desdobramentos da III Conferência Nacional de Saúde Mental foi o reconhecimento dos CAPS como dispositivos fundamentais na transformação da

assistência em saúde mental (BRASIL, 2005b). Assim, como uma das principais estratégias na implantação dos princípios da Reforma Psiquiátrica e regulamentados pela Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2004a), surgem os CAPS, que podem ser descritos como locais que têm por objetivo acolher os sujeitos com transtorno mental, incentivar sua inclusão social e familiar, respaldar suas iniciativas em torno da busca de autonomia e oferecer-lhes assistência médica e psicológica (COSTA, 2004). Nesse sentido, “Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu 'território', o espaço da cidade onde se desenvolve a vida quotidiana de usuários e familiares” (COSTA, 2004, p. 09).

Dentre as atribuições dos CAPS destaca-se sua função de promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais por meio de articulação intersetorial com outros campos tais como educação, trabalho, esporte, cultura e lazer (BRASIL, 2004b).

No que se refere à função dos CAPS no processo de inclusão social pelo trabalho, Rodrigues, Marinho e Amorim (2010) consideram que é necessário, no processo de atenção psicossocial, que se investigue mais a fundo o papel dos CAPS quanto à articulação entre a clínica e a compreensão do trabalho como um direito e como uma possibilidade real de reinserção social que transponha o espaço físico deste serviço. Nesse sentido, na atual Portaria nº 854 de 22 de agosto de 2012, encontram-se vários procedimentos destinados a pessoas com transtornos mentais e transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas que devem ser realizados pelos CAPS e que parecem investir, dentre outras questões, em uma nova relação entre este serviço e a perspectiva de inclusão social por meio do trabalho. Dentre tais procedimentos que revelam o compromisso com a perspectiva de inclusão social destacam-se (BRASIL, 2012d, p. 57, 59):

Procedimento: 03.01.08.026-7 - FORTALECIMENTO DO PROTAGONISMO DE USUÁRIOS DE CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E SEUS FAMILIARES.

Descrição: ATIVIDADES QUE FOMENTEM A PARTICIPAÇÃO DE USUÁRIOS E FAMILIARES NOS PROCESSOS DE GESTÃO DOS SERVIÇOS E DA REDE, COMO ASSEMBLEIAS DE SERVIÇOS, PARTICIPAÇÃO EM CONSELHOS, CONFERÊNCIAS E CONGRESSOS, A APROPRIAÇÃO E A DEFESA DE DIREITOS, E A CRIAÇÃO DE FORMAS ASSOCIATIVAS DE ORGANIZAÇÃO.

Procedimento: 03.01.08.034-8 - AÇÕES DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL.

Descrição: AÇÕES DE FORTALECIMENTO DE USUÁRIOS E FAMILIARES, MEDIANTE A CRIAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE INICIATIVAS ARTICULADAS COM OS RECURSOS DO TERRITÓRIO NOS CAMPOS DO TRABALHO/ECONOMIA SOLIDÁRIA, HABITAÇÃO, EDUCAÇÃO, CULTURA, DIREITOS HUMANOS, QUE GARANTAM O EXERCÍCIO DE

DIREITOS DE CIDADANIA, VISANDO À PRODUÇÃO DE NOVAS POSSIBILIDADES PARA PROJETOS DE VIDA.

Procedimento: 03.01.08.035-6 - PROMOÇÃO DE CONTRATUALIDADE

Descrição: ACOMPANHAMENTO DE USUÁRIOS EM CENÁRIOS DA VIDA COTIDIANA - CASA, TRABALHO, INICIATIVAS DE GERAÇÃO DE RENDA, EMPREENDIMENTOS SOLIDÁRIOS, CONTEXTOS FAMILIARES, SOCIAIS E NO TERRITÓRIO, COM A MEDIAÇÃO DE RELAÇÕES PARA A CRIAÇÃO DE NOVOS CAMPOS DE NEGOCIAÇÃO E DE DIÁLOGO QUE GARANTAM E PROPICIE A PARTICIPAÇÃO DOS USUÁRIOS EM IGUALDADE DE OPORTUNIDADES, A AMPLIAÇÃO DE REDES SOCIAIS E SUA AUTONOMIA.

Os procedimentos supracitados, extraídos da referida Portaria, deixam explícito uma nova concepção e o papel que os CAPS devem assumir acerca do estímulo e proposição do trabalho como componente fundamental no processo de transformação pessoal e das relações sociais dos usuários. Destaca-se ainda que o incentivo ao protagonismo dos usuários a novos projetos de vida, a novas relações e ao aumento de contratualidade nos vários âmbitos da vida desses sujeitos evidenciam uma orientação por práticas fundamentadas na perspectiva da reabilitação psicossocial.

Fica evidente como ao longo do processo da Reforma Psiquiátrica brasileira, além da criação dos serviços substitutivos e aparato legal para a consolidação desse processo, bem como de suas políticas norteadoras, a importância da proposição do trabalho para os usuários da saúde mental vai progressivamente sendo reconhecida, tanto entre os movimentos de usuários, familiares e profissionais com repercussão nas Conferências Nacionais de Saúde Mental, quanto no contexto dos serviços substitutivos, como se pode observar na Portaria nº 854. Desta forma, Andrade et al. (2013) apontam que juntamente ao respaldo assistencial proveniente dos CAPS, ao respaldo de moradia proveniente do Sistema de Residências Terapêuticas e ao amparo financeiro por meio do Programa De Volta Para Casa, a questão do trabalho se destaca como um dos eixos do processo de Reforma Psiquiátrica brasileira.

O trabalho proposto no âmbito da saúde mental deve evidenciar os princípios da inclusão social previstos pela Reforma Psiquiátrica. Nessa direção, as experiências de geração de trabalho e renda têm exercido papel importante no processo de reabilitação psicossocial, uma vez que têm possibilitado às pessoas com um nível menor de habilidades e com variados graus de autonomia exercerem atividades de trabalho e receberem por isso (ALCÂNTARA, 2007). Portanto, o trabalho, neste contexto, tem se mostrado um importante dispositivo para a produção e troca de mercadorias e de afetos, distanciando-se da concepção terapêutica (LUSSI; MATSUKURA; HAHN, 2010).

É importante destacar que a proposição do trabalho no âmbito da saúde mental se distancia bastante do que era proposto no âmbito da psiquiatria. Neste sentido, Martins (2008) aponta que o trabalho remunerado apresenta-se como um divisor de águas na história entre a loucura e o trabalho. O trabalho, antes obrigatório e alienante, agora reconfigura-se tendo na remuneração a moeda de troca no mundo real e concreto do trabalho em sociedade, intercambiando e possibilitando trocas subjetivas e relações sociais.

A despeito do crescente reconhecimento quanto à importância das iniciativas de geração de trabalho e renda no âmbito da saúde mental, ainda se identifica que “Um dos principais desafios da reforma psiquiátrica [...] é a potencialização do trabalho como instrumento de inclusão social dos usuários dos serviços”, pois, ainda que os vários serviços que compõem a rede de assistência em saúde mental fomentem o surgimento de cooperativas e associações, bem como realizem atividades de geração de trabalho e renda, estas iniciativas ainda são caracterizadas por sua fragilidade institucional e financeira. (BRASIL, 2005b, p. 34). Portanto, é necessário que sejam construídos mecanismos objetivos, por meio de políticas públicas e de participação social, para que essas experiências cresçam, se consolidem e tenham condições de atender de maneira mais eficiente às demandas dos usuários, “propiciando uma cooperação solidária de toda a sociedade com o processo de superação do manicômio” (COSTA, 2005, p. 8).

É diante da constatação dessa situação que começam a surgir novos aparatos tanto legais quanto sociais com vistas a fortalecer e consolidar cada vez mais a iniciativa de proposição do trabalho aos usuários da saúde mental. Nesse contexto surge a parceria entre a saúde mental e o movimento da economia solidária, cujos desdobramentos e conquistas para o campo atualmente serão tratados na seção seguinte.

1.2 A economia solidária nos caminhos da saúde mental, ou seria a saúde mental nos caminhos da economia solidária?

No decorrer do desenvolvimento da proposta de inclusão social pelo trabalho, o movimento da economia solidária se colocou como parceiro da área de saúde mental na proposição de trabalhos inclusivos para a população excluída socialmente (ALCÂNTARA, 2007). Isso se deve, principalmente, pois “os movimentos da Reforma Psiquiátrica e da Economia Solidária compartilham princípios fundamentais quando fazem a opção ética, política e ideológica por uma sociedade marcada pela solidariedade” (BRASIL, 2005b, p. 37).

Portanto, a saúde mental e a economia solidária estão unidas pela reabilitação psicossocial e econômica dos usuários de serviços de saúde mental objetivando, por meio desta parceria, a criação de políticas públicas que viabilizem a inclusão social e a efetiva participação destes usuários em atividades de geração de trabalho e renda (MARTINS, 2008).

Em 2004 a realização do Encontro Nacional de Centros de Atenção Psicossocial e da primeira Oficina de Experiências de Geração de Renda e Trabalho de Usuários de Serviços de Saúde Mental promovida por meio da parceria entre os Ministérios da Saúde e do Trabalho e Emprego, permitiu o primeiro contato com experiências de geração de trabalho e renda existentes em todo o país e produziu o alicerce para o estabelecimento de um produtivo diálogo entre as políticas de saúde mental e economia solidária (BRASIL, 2005b). Portanto, a realização deste evento, inaugurou a parceria entre a Área Técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde e a Secretaria Nacional de Economia Solidária do Ministério do Trabalho e Emprego com o objetivo de fomentar as iniciativas de geração de trabalho e renda no âmbito da saúde mental (BRASIL, 2005a).

A economia solidária, atualmente política oficial do Ministério do Trabalho e Emprego, representa

[...] um movimento organizado de resposta à exclusão por gênero, raça, idade, estilo de vida e instrução, entre outros fatores, das pessoas do campo do trabalho. É clara neste marco referencial a crítica à dura lógica capitalista de produção incessante de vitoriosos e derrotados. Como horizonte da Economia Solidária está a instauração da solidariedade como norma social e a construção de empreendimentos coletivos e autogestionários como resposta à exclusão do mercado (BRASIL, 2005b, p. 37).

A economia solidária pode ser definida como um outro modo de produção, no qual os princípios básicos são a propriedade coletiva do capital e o direito à liberdade de cada indivíduo. Tais princípios permitem a união das pessoas que produzem em uma única classe de trabalhadores que são detentores por igual do capital nas cooperativas ou sociedade econômica (SINGER, 2002). Trata-se de uma forma diferente de produzir, comercializar, trocar e comprar o que é necessário para a sobrevivência (BRASIL, 2007a), contrapondo-se, assim, ao modo de produção capitalista.

Destaca-se que a economia solidária se sustenta em relações de cooperação onde há um fortalecimento dos grupos e comunidades que se voltam para o bem estar de todos e o bem estar individual. Nesse sentido a característica fundamental dos empreendimentos econômicos solidários é a autogestão, ou seja, a não existência de patrões ou empregados, de forma que todos fazem a administração do empreendimento em igualdade de condição, por meio de

decisões democráticas e divisão dos resultados entre todos. Além disso, os meios de produção são propriedade de todos aqueles que realizam a produção nos empreendimentos (BRASIL, 2007a).

Assim,

A Economia Solidária é entendida como uma estratégia de enfrentamento aos processos de exclusão social e de precarização do trabalho (degradação das condições de trabalho e retirada dos direitos dos trabalhadores) que acompanham o desenvolvimento do capitalismo nos últimos dois séculos. O capitalismo é marcado por essa contradição de produzir riqueza gerando miséria. Assim, além de valorizar, promover e articular as formas cooperativas e autogestionárias de produção, comercialização, consumo, crédito, etc., a Economia Solidária tem em vista a construção de um novo projeto de desenvolvimento para o país, que seja ao mesmo tempo sustentável, solidário, global e coletivo (BRASIL, 2007a, p. 22).

Segundo informações disponíveis na Cartilha da Campanha Nacional de Mobilização Social que trata da economia solidária (BRASIL, 2007a), os dez princípios desta economia são: a autogestão; a democracia; a cooperação e não a competição; a centralidade do ser humano; a valorização da diversidade; a emancipação; a valorização do saber local, da cultura e tecnologia popular; a valorização da aprendizagem e de formações permanentes; a justiça social na produção, na comercialização, no consumo, no financiamento e no desenvolvimento tecnológico; e o cuidado com o meio ambiente e responsabilidade com as gerações futuras.

Fica evidente como os valores e princípios da economia solidária, de fato, contribuem e se aproximam dos da saúde mental, de forma que para Alcântara (2007, p. 160) “O movimento da Reforma Psiquiátrica condiz ideologicamente com o movimento da Economia Solidária”.

Nessa direção, e retomando os pressupostos da criação da política de inclusão social pelo trabalho, destaca-se que, dentre as deliberações provenientes do evento intitulado Oficina de Experiências de Geração de Renda e Trabalho de Usuários de Serviços de Saúde Mental, realizado em novembro de 2004, criou-se um grupo de discussão nacional sobre a temática e instituiu-se o Grupo de Trabalho Interministerial com vistas a construir e implementar a política de inclusão social pelo trabalho. “Assim começou o Projeto de Inclusão Social pelo Trabalho em Saúde Mental, dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e Emprego” (BRASIL, 2006a, p. 3). Destaca-se que o Grupo foi instituído pela Portaria Interministerial nº 353 de 7 de março de 2005 (BRASIL, 2005c).

Ressalta-se que no mesmo ano em que foi instituído o Grupo de Trabalho Interministerial é publicada a Portaria nº 1.169/GM, a qual prevê auxílio financeiro aos municípios que realizam propostas de inclusão social pelo trabalho para pessoas com transtornos mentais e/ou transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. (BRASIL,

2005d). “Pela primeira vez, estas iniciativas passam a receber recursos federais” (BRASIL, 2005b, p. 38).

Segundo Andrade et al. (2013) a Rede Brasileira de Saúde Mental e Economia Solidária e o Cadastro de Iniciativas de Inclusão Social pelo Trabalho (CIST) são os dispositivos institucionais da Política Nacional Intersetorial de Saúde Mental e Economia Solidária. Nesse sentido, uma das recomendações feitas pelo Grupo de Trabalho Interministerial ao Ministério da Saúde foi que este órgão mantivesse o CIST atualizado a fim de torná-lo um banco de dados digital com livre acesso para a realização de atualizações, cadastramentos e visualização dos dados disponibilizados (BRASIL, 2006a), evidenciando a importância desse dispositivo como meio de mapear as iniciativas de geração de trabalho e renda existentes, estabelecer diálogos entre elas e fomentar a elaboração e implementação de políticas públicas para sua consolidação.

Dentre as informações disponibilizadas no documento Saúde Mental em Dados é possível verificar que em maio de 2006 havia já 230 iniciativas de geração de trabalho e renda mapeadas por meio do CIST (BRASIL, 2006b). A versão mais recente deste documento aponta que o número chegou a 660 entre 2005 e 2012 (BRASIL, 2012b) evidenciando um crescente uso destas formas de trabalho como propulsoras do processo de inclusão social dos usuários de serviços de saúde mental.

Embora esteja havendo um nítido crescimento de iniciativas de geração de trabalho e renda no país e algumas destas, mais consolidadas, contem com parcerias de outros setores, há ainda uma grande porcentagem delas que demanda apoio técnico e financeiro para que possam ter condições de se fortalecer, autossustentar, gerar produção e renda e mesmo qualificar seus trabalhadores. Assim, como forma de enfrentamento desta condição, as três Conferências ocorridas no país em 2010, a saber: I Conferência Temática de Cooperativismo Social, II Conferência Nacional de Economia Solidária e IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, trouxeram importantes contribuições para a política de saúde mental e economia solidária, evidenciando relevantes deliberações com vistas ao avanço do cooperativismo social no Brasil, principalmente no que diz respeito aos marcos legal e jurídico e às políticas públicas de apoio e fomento (BRASIL, 2010a).

Dentre as três conferências supracitadas destaca-se aqui a realização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial e suas contribuições para o âmbito de proposição de trabalho e renda no campo da saúde mental. Destacou-se como uma proposição radical em relação às conferências anteriores visto seu caráter, pela primeira vez, intersetorial e pelo número de propostas aprovadas no referido âmbito, além de sua centralidade multidimensional no processo de transformação da assistência em saúde mental (BRASIL, 2010b).

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial (IV CNSM – I) ocorreu em Brasília, em 2010, e foi convocada por meio de decreto presidencial. Desde a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental em 2001, observou-se o aumento da complexidade, múltiplas dimensões e variedade das necessidades em saúde mental, trazendo como exigência para o campo a necessidade de constantes atualizações e formas diversas de mobilizar e articular política, gestão, financiamento, normatização, avaliação e criação de estratégias inaugurais e intersetoriais de modelos de cuidado. Destaca-se na IV CNSM - I o reconhecimento, pelos participantes, dos avanços reais em direção ao aumento e variedade da rede de serviços comunitários, porém, o também reconhecimento de lacunas e desafios, bem como a complexidade, as várias dimensões, a demanda pela interprofissionalidade e intersetorialidade implicadas com os aspectos envolvidos no campo. Este reconhecimento pôde indicar o caminho para a concretização dos avanços e para o enfrentamento dos novos desafios consequentes às mudanças ocorridas neste cenário (BRASIL, 2010b).

Apesar do aumento, nos últimos anos, da complexidade na conjuntura social e política e do campo da saúde mental terem trazido desafios específicos para a realização da IV CNSM - I, apontam-se aqui, dentre tantas conquistas acumuladas no processo de organização desta, a participação ativa de diversas agências intersetoriais em torno da discussão do campo da saúde mental com repercussão no âmbito federal, estadual e municipal; e a participação expressiva dos usuários e familiares traduzida pela presença ativa destes atores nas mesas redondas e painéis, no envolvimento em atividades e grupos de trabalho, na participação da feira de empreendimentos de geração de renda e economia solidária e no conjunto de propostas aprovadas no contexto (BRASIL, 2010b).

No relatório final da IV CNSM-I é possível acessar os princípios e diretrizes gerais relativos ao subeixo Trabalho, Geração de Renda e Economia Solidária inscrito no Eixo III intitulado Direitos Humanos e Cidadania como desafio ético e intersetorial (BRASIL, 2010b).

De maneira resumida, tais princípios e diretrizes apontam que a expansão do processo da Reforma Psiquiátrica e a consequente reorientação da assistência em saúde, pautada pela integralidade e intersetorialidade, demanda a criação, nas esferas municipal, estadual e federal, de uma política que viabilize a inclusão no mercado formal de trabalho e a criação de programas de geração de trabalho e renda para a população com transtornos mentais, transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas e população presidiária ou egressa do sistema prisional com transtorno mental. Nesse sentido, é preciso criar, fortalecer e qualificar projetos de geração de trabalho e renda, por meio de articulação intersetorial, com vistas a garantir o direito ao trabalho, à continuidade do tratamento e à melhoria da qualidade de vida dos usuários

de serviços de saúde mental. Destaca-se em várias propostas, no âmbito da saúde mental, a relevância da ampliação da Política de Economia Solidária e Inclusão Social e do Programa Nacional de Cooperativismo Social cujos princípios podem beneficiar muito os usuários e seus familiares. Para tanto se faz necessária a criação de linhas de financiamento de caráter intersetorial, política tributária viável e a criação de incentivos para que as empresas deem abertura a essa população, garantindo-lhes direitos trabalhistas e benefícios sociais, além de fortalecer e ampliar os programas já existentes. Ressalta-se que, paralelamente, é necessário garantir, por meio de programas intersetoriais, o acesso dessa população à educação, à inclusão digital e à capacitação para o trabalho, de forma que as parcerias com serviços tais como o SESI, SENAI e SEBRAE são fundamentais (BRASIL, 2010b).

Além dos princípios e diretrizes mais gerais, no relatório é possível acessar ainda outras 30 propostas aprovadas na ocasião.

Aponta-se novamente que a realização das Conferências, bem como as mobilizações sociais, têm contribuído para o desenvolvimento e implementação de aparato legal para a consolidação dos dispositivos de intervenção em saúde mental consonantes com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica e reabilitação psicossocial. Assim, em 2011, foi instituída a Portaria nº 3.088, a qual estabelece a Rede de Atenção Psicossocial destinada às pessoas com transtornos mentais e/ou decorrentes do uso de álcool ou outras drogas. Tal Portaria foi instituída levando-se em conta, também, as recomendações estabelecidas no Relatório Final da IV CNSM - I, reforçando a importância destes eventos. Institui-se com esta Portaria a proposição de uma Rede de Atenção Psicossocial, que tem como finalidade a criação, ampliação e articulação de dispositivos de atenção à saúde para pessoas com transtornos mentais e/ou decorrentes do uso de álcool ou outras drogas na esfera do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2011).

No âmbito da proposta de geração de trabalho e renda, em 2012 foi instituída a Portaria nº 132, que dispõe sobre o incentivo financeiro de custeio com vistas ao desenvolvimento de componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial do SUS. Aponta-se que o componente Reabilitação Psicossocial a que se refere a Portaria diz respeito às iniciativas de geração de trabalho e renda, aos empreendimentos de economia solidária e às cooperativas sociais. Destaca-se nesta Portaria um maior delineamento na proposição de incentivo financeiro às iniciativas de geração de trabalho e renda, além de revogação da Portaria nº 1.169/GM/MS de 7 de julho de 2005 (BRASIL, 2012c).

As informações até aqui apresentadas evidenciam um crescente investimento político e social na proposição do trabalho aos usuários da saúde mental, compreendendo, assim, que “A

garantia do direito ao trabalho é uma das questões centrais nos processos de construção de contratualidade, de protagonismo e de um novo lugar social para as pessoas com transtornos mentais e/ou com transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas” (BRASIL, 2007b, p. 48). Apesar disso, ressalta-se a necessidade de constantes investimentos e articulações políticas e sociais para que o trabalho e a renda possam, de fato, ser uma realidade na vida dessas pessoas.

A fim de concluir esta seção retoma-se seu título: “A economia solidária nos caminhos da saúde mental ou seria a saúde mental nos caminhos da economia solidária?”. Talvez hoje não seja mais uma no caminho da outra, mas antes uma parceria que, no entrecruzar de seus caminhos, permitiu um encontro singular que tem se traduzido em uma união potente, na qual economia solidária e saúde mental seguem partilhando princípios, dividindo dificuldades e produzindo possibilidades àqueles sujeitos cujo status social há tempos tem sido a exclusão.

1.3 Reabilitação psicossocial e trabalho

A noção de reabilitação psicossocial começou a surgir no contexto das transformações na assistência às pessoas com transtornos mentais e desde então esta perspectiva mais atual de repensar e propor a atenção em saúde mental vem respaldando as práticas desenvolvidas neste cenário.

Saraceno (2001b, p.16) considera o trabalho como um dos eixos fundamentais implicados no processo de reabilitação das pessoas com transtorno mental. Para o autor, a reabilitação diz respeito a “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”.

É a partir desta perspectiva que se inscreve a importância da proposição do trabalho, atualmente concretizado por meio das iniciativas de geração de trabalho e renda, à população usuária dos serviços de saúde mental.

Nessa direção Martins (2008, p. 247) considera que “a Inclusão Social pelo Trabalho surge como uma estratégia efetiva no campo da Reabilitação Psicossocial de pessoas que sofrem de transtornos mentais e também daquelas que sofrem de transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas”, ou seja, as atuais iniciativas de geração de trabalho e renda fazem parte do processo de reabilitação psicossocial dessa população.

O estudo desenvolvido por Lussi (2009) corrobora esta afirmação na medida em que a autora pôde constatar que, do ponto de vista dos sujeitos participantes do referido estudo, o desenvolvimento da atividade de trabalho relaciona-se diretamente com a evolução do seu processo de reabilitação psicossocial.

Para Carvalhaes (2008), considerar que a reabilitação psicossocial de fato aconteça é vislumbrar condições que garantam possibilidades de alcance de autonomia e protagonismo pelos usuários por meio do trabalho.

Tomando a reabilitação psicossocial como o aporte conceitual que vem orientando a forma de se pensar e propor as atuais práticas desenvolvidas no âmbito da assistência em saúde mental, destacando-se aqui o eixo trabalho, é que se discorrerá sobre seu surgimento e proposições teórico-práticas na seção seguinte.

1.3.1 Breve histórico do surgimento da reabilitação psicossocial e seus pressupostos

A perspectiva da reabilitação psicossocial como um norteador das atuais práticas desenvolvidas no âmbito da saúde mental nasce de um percurso que, de maneira genérica, se inscreve no contexto dos primeiros movimentos em torno de novas proposições de assistência às pessoas com transtornos mentais.

Segundo Hirdes (2009b), a reabilitação psicossocial, na prática, tem sido muito abordada desde que se iniciaram as discussões a respeito do processo de desinstitucionalização.

Saraceno (2001a) contextualiza de maneira crítica que a perspectiva de reabilitação surgiu ainda no âmbito da comunidade psiquiátrica internacional, tendo sido muito difundida no campo médico por meio de eventos, cursos de formação, grupos de estudos, dentre outros, e que se assentava no objetivo de reabilitar os pacientes ditos psiquiátricos. Para o autor, os principais eventos que direta ou indiretamente alicerçaram o crescente interesse da comunidade psiquiátrica internacional pela questão da reabilitação foram:

[...] a diminuição da população manicomial e o correspondente aumento da população extramuros de pacientes, a sensibilidade aumentada pelos direitos dos pacientes internados e, enfim, as evidências epidemiológicas que demonstraram a heterogeneidade das evoluções das psicoses e conseqüentemente a possibilidade de se controlarem as intervenções [...] (SARACENO, 2001a, p. 30).

Justifica que tais eventos “teriam contribuído para definir uma área conceitual e operativa, ainda que vaga e contraditória (provisoriamente definida Reabilitação)”. Nessa

direção, o autor faz um resgate dos principais autores e modelos de reabilitação psiquiátrica produzidos na época, apresentando os Modelos de Social Skills Training, os Modelos Psico Educativos, o Modelo de Spivak e o Modelo de Luc Ciompi, evidenciando suas principais características e defasagens. Aponta que em tais modelos, dentre as várias lacunas evidenciadas, está ausente o contexto, ou seja, o hospital psiquiátrico em que o paciente estava inserido ou a comunidade na qual iria ser reinserido, com exceção do Modelo de Luc Ciompi, que toma o contexto do sujeito como parte integrante da reabilitação. Além disso, assenta sua crítica no fato de que os principais modelos de reabilitação difundidos na literatura partiam do princípio de que a reabilitação dizia respeito a uma condição dependente do paciente, de passar de um estado de desabilidade para um estado de habilidade. Entretanto, afirma que tais estados não existem em si mesmos se descontextualizados dos complexos fenômenos que são constituídos pelos espaços nos quais se desenvolvem as intervenções, pela formatação dos serviços, pelas relações estabelecidas com os serviços sanitários e sociais de determinado território, bem como pelos recursos disponíveis (SARACENO, 2001a, p. 30).

Para Saraceno (1998) a cisão estabelecida entre sujeito e contexto foi o que fundamentou a história da psiquiatria de forma que a reabilitação psicossocial se apresenta como uma formulação conceitual favorável no processo de superação dessa cisão.

Nessa direção aponta sua concepção acerca da reabilitação:

A reabilitação não é a substituição da desabilitação pela habilitação, mas um conjunto de estratégias orientadas a aumentar as oportunidades de troca de recursos e de afetos: é somente no interior de tal dinâmica das trocas que se cria um efeito “habilitador”. Daí, podemos dizer que a reabilitação é um processo que implica a abertura de espaços de negociação para o paciente, para sua família, para a comunidade circundante e para os serviços que se ocupam do paciente: a dinâmica de negociação é contínua e não pode ser codificada de uma vez por todas, já que os atores (e os poderes) em jogo são muitos e reciprocamente multiplicantes (SARACENO, 2001a, p. 111).

Como um dos principais representantes da proposta de reabilitação psicossocial (LUSSI; PEREIRA; PEREIRA JUNIOR, 2006), Saraceno aponta princípios e posturas que devem ser tomados como fundamentos quando na proposição desta, enfatizando que não se trata de uma técnica, mas antes de uma abordagem e estratégia que transcende a perspectiva de tratar o paciente para que passe de um estado de incapacidade para um estado de capacidade. Nesse sentido, considera como fundamental a mudança nas políticas que orientam os serviços de saúde mental e afirma que a reabilitação psicossocial envolve tanto os profissionais implicados no cuidado dentro dos serviços como os próprios usuários, seus familiares e toda a comunidade (SARACENO, 2001b).

Nesta direção é que aponta a necessidade de que sejam traçadas estratégias de atenção e cuidado que viabilizem a aquisição da contratualidade dos sujeitos com vistas a serem e terem a possibilidade de exercer sua cidadania na sociedade (SARACENO, 2001b), o que se distancia bastante de uma concepção de simplesmente tratar as incapacidades para que se tornem capacidades, ou ainda, propor o cuidado de maneira unicamente institucionalizada nos serviços. Esta maneira, muitas vezes, não viabiliza a transposição desses espaços pelos sujeitos com vistas a oferecer oportunidade de relações e trocas a estes nos contextos de vida real em sociedade.

É importante considerar que o que está relacionado diretamente com a superação da cronicidade do usuário e com a criação de condições para que se aumente sua capacidade de participação na sociedade não são as técnicas que podem ser aplicadas nos serviços, mas sim as variáveis que estão distribuídas entre aspectos micro e macro. São considerados aspectos micro o que “está no nível da afetividade, da continuidade, é o real vínculo paciente-profissional, ou seja, o gasto de tempo, energia, afetividade, etc. que se tem nesta relação” e macro, o que está situado na maneira como se organiza o serviço, seu horário de funcionamento, sua abertura à comunidade, a satisfação expressa por seus usuários, bem como a maneira como os profissionais lidam com os recursos, ou seja, lançam mão de recursos vindos da comunidade ou utilizam só os provenientes da instituição (SARACENO, 2001b, p. 17). Para o autor a variável não são as técnicas utilizadas nos serviços, mas antes a variável é,

[...] esse marco da saúde pública, o marco da política, do programa, da organização, do tipo de trabalho, de quem atua no serviço. A reabilitação não é uma técnica que se pode aplicar independentemente de um marco organizacional, estrutural, político que se dá em saúde mental numa determinada região, cidade, bairro ou país. [...] 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. Tudo que está contra isso, está contra a reabilitação. Tudo que está a favor disso, é uma variável que coopera para reabilitação. Onde estão essas variáveis? Elas estão na organização do pessoal dentro de um serviço, em quanto tempo se está exercendo sua prática, em qual é a sua área de atuação, na hospitalidade que se oferece, na liberdade que se dá para que se esconda uma vassoura, ou não (SARACENO, 2001b, p. 17).

Em consonância com os pressupostos que norteiam a perspectiva de reabilitação elaborada por Saraceno, Pitta (2001) considera que desde o início do debate acerca da reabilitação psicossocial, muitas foram as concepções construídas, bem como os usos feitos sob seu desígnio. Muitas foram as técnicas que surgiram com o objetivo de intervir nos efeitos cronicantes e desabilitadores imprimidos pelos tratamentos convencionais até então aplicados. Para a autora, sob um aspecto instrumental, a reabilitação psicossocial pode ser concebida como

um conjunto de serviços e programas desenvolvidos com vistas a tornar mais fácil a vida de pessoas com acometimentos severos e persistentes. Entretanto, ressalta que a reabilitação psicossocial não se trata de um conjunto de técnicas específicas para determinada população, mas antes, de uma postura estratégica, um desejo político, uma tática compreensiva, ampla e cuidadosa de prestação de cuidados a populações reconhecidas como vulneráveis. Na concepção da autora, se existisse uma técnica em reabilitação psicossocial esta haveria de aproveitar todas as técnicas existentes com vistas a garantir as melhores condições de negociação entre as demandas dos pacientes e os recursos e possibilidades existentes no contexto.

Para Kinoshita (2001), no contexto social, as relações de troca acontecem a partir de um valor que é conferido a cada sujeito como uma condição prévia para os processos de intercâmbio, sendo este valor o que confere o poder contratual. Para as pessoas que recebem o atributo de doente mental aponta-se ao mesmo tempo para a sua negatividade, o que torna inválido este valor e aniquila o poder contratual desse sujeito. Nesse sentido, o autor considera que reabilitar, então, seria restituir este valor e aumentar o poder contratual do sujeito de forma a viabilizar a participação social bem como ampliar sua autonomia.

Costa-Rosa (2000), retomando os precedentes que influenciam as práticas assentadas na proposição da reabilitação psicossocial e aproximando a discussão para o contexto brasileiro, aponta que a construção das práticas em saúde mental do modo psicossocial, assim por ele denominado, descende de várias correntes teóricas, de diversos movimentos sociais e científicos. Nessa direção, para o autor, a compreensão da complexidade dessa construção prescinde de uma profunda imersão nos campos teóricos de análise política das instituições, da análise institucional, de seus aspectos subjetivos e de elementos que constituem a análise do percurso histórico dos mais expressivos movimentos institucionais internacionais no âmbito da atenção à saúde mental, bem como suas influências no contexto brasileiro.

Embora a concepção de reabilitação psicossocial elaborada por Saraceno venha amparando fortemente a transformação da assistência na saúde mental no Brasil (LUSSI; PEREIRA; PEREIRA JUNIOR, 2006), Hirdes (2009b) aponta que as práticas que são desenvolvidas nos serviços no contexto brasileiro ultrapassam o que existe de produção científica na área. Na opinião da autora, não se pode genericamente adotar um modelo como, por exemplo, o anglo saxão ou italiano, mas antes é necessário imprimir esforços para construir um referencial próprio para o contexto.

Diante do exposto é possível verificar a complexidade existente na construção teórico-prática da perspectiva de reabilitação psicossocial, visto que envolve muitos atores sociais,

políticas, serviços, contextos e, principalmente, a mudança de um modelo que há tempos se instituiu por meio do paradigma psiquiátrico e que ainda ressoa em algumas práticas.

Costa-Rosa (2000) propõe uma sistematização dos saberes e práticas desenvolvidos no âmbito da psiquiatria tradicional, abordado como um paradigma e denominado modo asilar, e de seu antípoda, caracterizado pelas práticas desenvolvidas na perspectiva da Reforma Psiquiátrica, apontado como modo psicossocial, e possível paradigma emergente na superação do modo asilar.

Consideramos que, diante da complexidade inerente à concepção de reabilitação que se apresenta, bem como seus vários referenciais teóricos, talvez conceber a reabilitação psicossocial como um paradigma represente uma compreensão ainda prematura, uma vez que no dicionário de língua portuguesa, paradigma se compreende por um modelo, um padrão (FERREIRA, 1993), ou seja, denota algo já delimitado e instituído, o que não parece condizente com a concepção atual em construção. Entretanto, não se pode negar que esta perspectiva vem sendo amplamente discutida e difundida no âmbito das transformações necessárias à assistência em saúde mental, cujo enfoque tem sido a busca por uma nova modalidade de cuidado às pessoas com transtorno mental.

Nesse sentido, talvez a perspectiva abordada por Amarante sobre a atenção psicossocial (2008) seja mais razoável de se adotar também para a reabilitação psicossocial frente ao atual momento de construção acerca desta concepção, bem como das práticas que possam emergir. Desta forma, fazendo alusão às ideias de Franco Rotelli, o autor propõe que o campo da saúde mental e da atenção psicossocial devem ser pensados como processo, processo este que é social e, principalmente, complexo, distanciando-se de um conceito único de modelo ou um sistema fechado de intervenção. Em suas palavras,

Quando falamos em processo pensamos em movimento, em algo que caminha e se transforma permanentemente. Neste caminhar vão surgindo novos elementos, novas situações a serem enfrentadas. Novos elementos, novas situações, pressupõem que existam novos atores sociais, com novos – e certamente conflitantes – interesses, ideologias, visões de mundo, concepções teóricas, religiosas, éticas, étnicas, de pertencimento de classe social... Enfim, um processo social complexo se constitui enquanto entrelaçamento de dimensões simultâneas, que ora se alimentam, ora são conflitantes; que produzem pulsações, paradoxos, contradições, consensos, tensões. (AMARANTE, 2008, p. 63).

Existe uma quantidade significativa de produções científicas que exploram os aspectos teórico-práticos existentes acerca da reabilitação psicossocial enquanto norteador das práticas nos contextos de atuação no âmbito da saúde mental. Entretanto, concordando com Amarante

(2008), trata-se de um campo que, devido à sua complexidade e múltiplos atores, concepções e interesses, convoca uma constante revisão conceitual e prática quanto à sua proposição.

1.3.2 A noção de recovery no âmbito da saúde mental

Na literatura internacional é possível identificar que a terminologia “Recovery” passou a ser utilizada no âmbito das discussões sobre reabilitação no campo da saúde mental. Segundo Gruhl (2005), a linguagem de recovery foi introduzida pela primeira vez neste campo por Pat Deegan em 1988 a partir do relato e perspectiva de um consumidor dos serviços de saúde mental. Para Javed (2010), o modelo de recovery representa um importante complemento para a perspectiva de reabilitação.

Ainda que existam diferentes opiniões quanto à definição para tal modelo, ele passou a representar uma visão orientadora dos serviços de saúde mental. Para o autor, a noção de recovery no âmbito da saúde mental não é nova, entretanto, sob uma perspectiva mais atual, tem introduzido alguns pressupostos como a ideia de que é possível que a pessoa acometida por doença mental passe por um processo de aprendizagem e consiga viver bem, ainda que existam sintomas e vulnerabilidades em curso. Nessa direção, a noção de recovery não se assenta no pressuposto de retorno à normalidade, mas antes, que o sujeito se torne o mais profunda e plenamente consciente de suas potencialidades e limites. Considera ainda que o termo recovery já foi, por vezes, utilizado para indicar um tipo de abordagem, uma filosofia, um paradigma e mesmo uma visão, indicando que é percebido de maneiras distintas pelos usuários, seus familiares e pelos profissionais envolvidos no cuidado. Assim, tendo em vista as diferentes compreensões sobre seu significado e prática, é que são feitas ainda revisões para que seu uso possa ser universal (JAVED, 2010).

Segundo Anthony (1993), o embrião dessa nova concepção surge após a era da desinstitucionalização, quando o reconhecimento quanto às dificuldades ocorridas no processo de implementação das políticas de desinstitucionalização trouxe à tona o fato de que os sujeitos com doença mental grave desejam e necessitam mais do que somente o abrandamento de seus sintomas, ou seja, que essas pessoas podem apresentar várias necessidades e desejos que estão situados em áreas como o contexto residencial, o âmbito profissional, educacional e social. O surgimento de diversos serviços comunitários como alternativa no processo de desinstitucionalização e intervenção na saúde mental trouxe exigências para que novos conceitos e práticas fossem sendo elaborados tanto no que diz respeito à organização e oferta

de cuidado realizada pelos serviços, quanto com relação às necessidades e desejos das pessoas com doença mental grave. Essa nova maneira de pensar sobre os serviços e os sujeitos atendidos por estes, no âmbito da assistência em saúde mental, lançou as bases para que, gradualmente, a visão de recovery fosse sendo difundida na década de 1990 (ANTHONY, 1993). Nessa direção Gruhl (2005) aponta que, enquanto os paradigmas anteriores tinham como objetivo a desinstitucionalização, reabilitação ou a habilitação dos usuários da saúde mental, a década de 1990 inaugurou uma nova postura, ação e concepção quanto às questões relativas à doença mental indicando, inclusive, como os profissionais implicados no cuidado dos usuários com doenças mentais severas poderiam ser mais assertivos em suas atuações junto a essa população. Argumenta-se que este avanço em relação ao cuidado com os usuários só foi possível em decorrência do processo de desinstitucionalização, que promoveu a atenção e investimento da equipe nos processos singulares dos usuários.

De acordo com Roberts e Hollins (2007), o atual interesse em torno da concepção de recovery foi crescendo devido aos relatos e narrativas de usuários de serviços que foram capazes de sobreviver a experiências adversas complexas, de forma que seus relatos sobre o processo de esperança, resistência e o desenvolvimento para levarem uma vida com qualidade passou a servir de exemplo para outras pessoas.

Recovery pode ser definido como um processo muito particular e pessoal de mudança de objetivos, atitudes, valores, sentimentos, habilidades e funções. Diz respeito a uma nova maneira de viver com satisfação e esperança, ainda que existam limitações decorrentes do processo de adoecimento mental. Ou seja, está assentado na condição do desenvolvimento de novos sentidos e propósitos na vida das pessoas como forma de crescimento e transcende as consequências negativas resultantes da doença mental. Nesse sentido, recovery extrapola a concepção de uma recuperação da doença em si e considera que as pessoas com acometimento mental necessitam, muitas vezes, se recuperar de condições tais como o estigma que acabaram incorporando, os efeitos colaterais produzidos por alguns ambientes de tratamento, a falta de oportunidade para se autodeterminarem, os efeitos da falta de emprego e mesmo a perda de seus sonhos. Portanto, recovery se trata de um processo que é complexo e pode levar tempo (ANTHONY, 1993).

Anthony (1993) aponta que o conceito de recovery não é estranho para os profissionais que atuam nos serviços de cuidado, já que está para além da doença ou deficiência, visto que se trata de uma experiência humana e que a qualquer momento da vida as pessoas, inclusive os profissionais dos serviços, já tiveram ou terão de se recuperar de catástrofes da vida como perdas, acidentes, entre outros, de forma que tiveram ou terão de enfrentar os desafios de se

recuperar de tais intercorrências. Portanto, um recovery bem sucedido não transforma nem modifica o fato da vivência da catástrofe, seus efeitos ainda presentes, bem como as mudanças que provocaram na vida do sujeito, mas explicita que a pessoa foi capaz de mudar diante dos fatos e que o significado de tais fatos também mudaram em sua vida. Assim, tais experiências não mais assumem o centro de suas vidas de forma que ela passa a vivenciar novos interesses e atividades (ANTHONY, 1993).

Para Anthony (1999), os três domínios centrais no processo de recovery dizem respeito às pessoas, aos programas e aos serviços. O autor considera que,

As pessoas que interagem com os utilizadores dos serviços têm um impacto decisivo nos resultados. Os programas seleccionados que podem abranger áreas como o acompanhamento individual, os apoios vocacionais ou habitacionais, podem ter um impacto positivo e o sistema que organiza as pessoas e os profissionais num sistema coerente, tem também um enorme impacto nos processos de recuperação das problemáticas de saúde mental. Quando nos referimos às pessoas não estamos apenas a falar dos consumidores de serviços de saúde mental, mas também as suas famílias que são parte integrante do sistema, dos profissionais e dos voluntários que interagem com as pessoas doentes mentais. O seu impacto pode ser positivo, desde que o programa e o sistema que os integra seja satisfatório (ANTHONY, 1999, p. 15).

Em artigo publicado em 1993, Anthony (1993) faz alguns apontamentos sobre como deve funcionar um sistema de saúde mental focado em recovery e considera alguns pressupostos que podem ser identificados nesse processo. Resumidamente podem ser destacados:

- O processo de recovery é muito pessoal, de forma que para que ele aconteça não é premissa a atuação de um profissional, já que é o próprio sujeito que realiza seu recovery. Entretanto os profissionais podem facilitar esse processo. É importante que os profissionais dos serviços de saúde compreendam que não é um conjunto de serviços que promove o recovery, mas que tanto a colaboração de tais profissionais, como as redes de apoio naturais dos sujeitos e as atividades que ele possa estar envolvido como clubes, igrejas, entre outros, estão implicados em facilitar esse processo;
- É importante que no processo de recovery existam pessoas que apoiem e acreditem no recovery dos sujeitos, dando suporte nos momentos difíceis e acreditando quando eles mesmos não conseguem acreditar em si próprios. Recovery é uma experiência humana profunda que pode ser facilitada pelas respostas profundamente humanas de outras pessoas;
- A noção de recovery não se assenta em uma teoria sobre as causas da doença mental;

- O recovery pode ocorrer mesmo que os sintomas reapareçam de forma que os episódios que ocorrem em uma doença mental grave não impedem seu processo;
- O recovery modifica a frequência e duração dos sintomas, de forma que os episódios sintomáticos tornam-se menos ameaçadores à pessoa e ela tende a reequilibrar-se mais rapidamente;
- O processo de recovery não é linear podendo haver momentos de maior e menor desenvolvimento;
- O recovery das consequências da doença muitas vezes pode ser mais difícil do que o da própria doença. Ou seja, a perda de um papel social, do emprego e da igualdade de direitos, bem como a ação de alguns profissionais dos serviços quando imprimem determinadas formas de tratamento ou quando não ofertam oportunidades de autodeterminação do sujeito, podem se combinar como fatores que comprometem o recovery, mesmo que a pessoa tenha se tornado, na maior parte do tempo, assintomática;
- Falar de recovery da doença mental não significa que a pessoa não tenha realmente um acometimento mental grave, embora muitas vezes as pessoas que atingiram um bom recovery sejam questionadas sobre se realmente estavam doentes. O recovery alcançado por alguns sujeitos por vezes é tomado como não verdadeiro e não como um modelo ou estímulo para quem vai iniciar seu processo. Pessoas que passaram ou estão em processo de recovery são fonte de conhecimento e informação sobre tal processo e sobre como outras pessoas podem contribuir com as que estão neste caminho.

Jacobson e Greenley (2001) consideram que o uso do termo recovery atrelado a diferentes âmbitos, como a narrativa pessoal dos usuários de serviços, os resultados de pesquisas, a reforma dos serviços, dentre outros, tem gerado confusão. Apontam que recovery tem sido definido de maneiras variadas como algo que é vivenciado pelas pessoas, viabilizado pelos serviços que elas frequentam e facilitado pelos sistemas sem, entretanto, deixar claro o que deve ser vivenciado, viabilizado e facilitado e como isso deve ocorrer, gerando dúvidas tanto aos usuários dos serviços quanto aos profissionais e propositores das políticas. Os autores apontam em seu artigo a proposta de um modelo conceitual de recovery, que foi desenvolvido especificamente para auxiliar o estado de Wisconsin no processo de mudança para um serviço de saúde mental orientado para recovery.

O modelo então proposto busca relacionar os aspectos subjetivos implicados no processo de recovery às estratégias práticas específicas que podem ser empregadas pelos

sistemas, agências e pessoas com vistas a facilitar esse processo. Portanto no modelo proposto, recovery diz respeito tanto aos aspectos internos relativos aos sujeitos que estão em recovery como atitudes, experiências e mudanças, quanto aos aspectos do contexto ditos externos como, por exemplo, as práticas que serão empregadas para facilitar o seu processo, as circunstâncias, os eventos e as políticas. Para os autores, é na conjunção e relação entre aspectos internos e externos que se desenvolve o processo de recovery (JACOBSON; GREENLEY, 2001).

Dentre os elementos que compõem o modelo apresentado, os autores apontam que, por meio dos relatos dos sujeitos que fazem uso dos serviços de saúde mental e que se consideram em processo de recovery ou a caminho desse processo, os principais elementos internos são a esperança, a cura, o empoderamento e a conexão, entendendo esta última como a possibilidade de se relacionar com o mundo social por meio dos laços sociais estabelecidos e necessários para que o recovery aconteça, visto que se trata de um processo profundamente social. Dentre os elementos externos estão a garantia dos direitos humanos, uma cultura positiva sobre a cura e os serviços orientados para recovery (JACOBSON; GREENLEY, 2001).

Os inúmeros aspectos individuais como interesses, atividades significativas, apoios recebidos, aspectos do trabalho, da vida familiar, da vida social, a espiritualidade, dentre outros, são componentes que estão implicados diretamente nas histórias de recovery. São essas evidências que justificam porque o recovery diz respeito a um processo pessoal, que não pode ser feito por outra pessoa ou prescrito como forma de tratamento, ainda que possa ser apoiado pelos profissionais e serviços. Portanto, seu significado e seu caminho devem ser descobertos pelos próprios sujeitos e suas famílias (ROBERTS; HOLLINS, 2007).

Para que seja possível apoiar os sujeitos em processo de recovery e em seu processo de inclusão social, mais do que simplesmente tratá-los, é necessário expandir a visão sobre o sujeito e ampliar a compreensão sobre as experiências que são vividas na doença mental, bem como de que maneira as pessoas têm ultrapassado as limitações impostas por esta condição (ROBERTS; HOLLINS, 2007).

No estudo realizado por Davidson et al. (2005), os autores apresentam alguns aspectos implicados na concepção de recovery, apreendidos a partir da revisão da literatura que trata da reabilitação do ponto de vista dos consumidores/sobreviventes e psiquiatras. Apontam que recovery de uma doença mental grave não pressupõe a extinção de sintomas ou qualquer outro déficit, mas, antes, a inclusão da doença na vida da pessoa sob uma perspectiva de esperança no futuro, principalmente no que diz respeito à possibilidade de reconstrução de um novo sentido positivo sobre sua identidade social, ainda que a doença esteja presente. Nesse sentido o processo de recovery envolve também a superação pelo sujeito de algumas consequências

relativas a ser um doente mental sendo elas: a rejeição imprimida pela sociedade, amigos e familiares; a falta de emprego e suas consequências; a perda de identidade e de um papel socialmente importante e aceito; a perda do sentido sobre si próprio e sobre suas possibilidades de existência e colaboração social; e a perda de poder de decisão sobre a própria vida. Portanto, não se tem como expectativa fazer com que a pessoa retorne a um estado anterior à doença, mas acredita-se que a experiência da doença mental, como em outras intercorrências, pode levar o sujeito a um processo de crescimento pessoal e de desenvolvimento de recursos, o que implica numa vida mais significativa e com sentido, sobrepondo a doença em si (DAVIDSON et al., 2005). Os autores questionam se esta perspectiva é compatível com as abordagens convencionais de pesquisas clínicas.

Fica evidente que desde o surgimento da concepção de recovery muitas têm sido as definições e os conceitos norteadores de tal concepção, ora sendo apresentado como modelo, ora como paradigma, dentre outros. Nesse sentido é possível afirmar que o recovery se trata de um processo complexo e ativo que contempla aspectos individuais e que sofre influência das oportunidades e características dos contextos, bem como das relações e interações entre os sujeitos e seus contextos (DUARTE, 2007).

Farkas (2007) aponta que vários sujeitos, como pesquisadores, prestadores de serviços e, principalmente, os mais importantes sujeitos implicados no assunto, as pessoas com graves acometimentos mentais, têm dado suas contribuições para a definição do significado de recovery como vem sendo difundido nas últimas décadas. De maneira complementar, Duarte (2007) afirma que a melhor compreensão sobre o recovery pode ser alcançada por meio da narrativa dos próprios sujeitos que vivenciam a experiência da doença mental, bem como a experiência de processos pessoais de recovery. A autora aponta que as narrativas de tais sujeitos são extremamente ricas, visto que oferecem variadas definições de recovery, bem como descrições sobre as estratégias, os apoios e os mecanismos que viabilizaram e promoveram tal processo. Assim, “A análise conceptual das narrativas e os estudos colaborativos e qualitativos têm possibilitado um aprofundamento da compreensão deste processo, a partir das experiências subjectivas dos consumidores/ sobreviventes” (DUARTE, 2007, p. 128).

Aponta-se que no contexto internacional a perspectiva de recovery tem sido bastante difundida e desenvolvida desde o seu surgimento, entretanto, de acordo com Lopes et al. (2012), no contexto brasileiro ainda se trata de uma temática pouco investigada.

Destaca-se a importância dada aos relatos dos sujeitos que vivenciam a experiência do adoecimento não só como forma de subsidiar a construção desta concepção, mas principalmente por revelar o incentivo ao protagonismo dessas pessoas enquanto sujeitos de seu processo de

superação de obstáculos que, de alguma maneira, a doença possa ter imposto. Assim, é esse o encontro possível entre o recovery e a reabilitação psicossocial. Na medida em que os princípios difundidos por esta preconizam, em geral, uma intervenção no contexto social e, assim, a abertura de espaços para a participação dos sujeitos, bem como para que estes tenham contratualidade e possam efetivamente ser cidadãos, ampará-los para que se expressem como sujeito real e desejoso e, desta forma possam expor suas experiências, necessidades, desafios e conquistas, parece imprescindível numa proposta que prevê a inclusão social. Ou seja, incentivar o protagonismo destes sujeitos e, principalmente, ouvir suas experiências e demandas revela-se central na construção dos meios para o real acesso ao mundo das trocas. Não basta pensar formas de cuidado mais humanizadas, mas antes é preciso que o sujeito real e desejoso seja visto, ouvido e principalmente participe ativamente da construção de seu cuidado em saúde mental.

1.4 Terapia ocupacional e a proposição do trabalho na saúde mental: perspectivas históricas e possibilidades atuais

Pela história da constituição da terapia ocupacional como profissão sustenta-se que o terapeuta ocupacional tem grande potencial para coordenar iniciativas de geração de trabalho e renda no âmbito da saúde mental desenvolvidas no contexto atual. Nessa direção, é necessário realizar um resgate, ainda que breve, do percurso da terapia ocupacional no contexto da saúde mental com vistas a alcançar suas atuais proposições acerca do trabalho aos usuários de serviços de saúde mental.

A terapia ocupacional como campo de conhecimento e de prática tradicionalmente em saúde focaliza o homem em sua vida de atividades e os problemas advindos desta (MEDEIROS, 2003). Assim, segundo Medeiros (2003, p. 27), a terapia ocupacional “considera as atividades humanas como o produto e o meio de construção do próprio homem e busca entender as relações que este homem em atividade estabelece em sua condição de vida e saúde”.

Considera-se que o conhecimento da terapia ocupacional constitui-se principalmente por ciências tais como a psicossociologia, na perspectiva de conceber o homem em sua dimensão psicológica e social; as ciências biológicas, quando tem por objetivo compreender o homem como organismo físico; e as ciências médicas, na tentativa de compreender a relação saúde/doença, bem como os princípios de métodos terapêuticos (MEDEIROS, 2003).

Nesta direção, a ampla formação do terapeuta ocupacional nas ciências médicas, psicológicas, sociais, psicossociais e ocupacionais torna este profissional habilitado com conhecimentos e ações para trabalhar com os mais variados contextos e demandas, sejam estas individual, grupal ou de ordem comunitária (WFOT COUNCIL, 2010).

O objeto de estudo da terapia ocupacional aproxima-se do das ciências supracitadas para construir conhecimento e pensar sua prática, mas segundo Medeiros (2003, p.28),

[...] se diferencia das destas ciências quando procura integrar de modo específico tais conhecimentos, na intenção de estruturar um conhecimento a respeito do homem-ativo, de suas possibilidades de ação e das interdeterminações de suas diferentes dimensões e contextualização histórico-social, na construção de si mesmo e de um mundo humanizado, como ponto de partida e meta de sua intervenção terapêutica.

O terapeuta ocupacional considera que a participação social do sujeito pode ser viabilizada ou restringida por seus aspectos físicos, afetivos e cognitivos ou por aspectos físicos, culturais, sociais e atitudinais no ambiente. Portanto, este profissional tem como enfoque de sua prática habilitar os sujeitos para que sejam capazes de modificar aspectos pessoais, de sua ocupação, de seu ambiente ou destes aspectos combinados a fim de aumentar sua participação social (WFOT COUNCIL, 2010).

No que diz respeito ao percurso histórico, considera-se que a terapia ocupacional está alicerçada por vários contextos e segundo De Carlo e Bartalotti (2001, p.19) não há uma linearidade na evolução de sua história, “mas há histórias que são construídas, dialeticamente, na cotidianidade das relações sociais, sejam elas de ordem pessoal ou profissional”.

De acordo com Soares (1991, p. 139),

O papel do terapeuta ocupacional foi se constituindo historicamente como fruto de sua adequação às contraditórias condições da realidade social, de tal modo que para se proceder à análise deste papel é necessário se identificar o tipo de sociedade em que esta prática social foi engendrada e as conjunturas político-econômicas que deram dimensão e características próprias ao seu papel técnico-político.

Segundo a autora, a terapia ocupacional nasce de duas condições históricas, ou seja, a do uso da ocupação nos hospitais de longa permanência para os doentes crônicos por meio de recreações ou terapia pelo trabalho, e a da reabilitação para os incapacitados físicos por meio de programas multidisciplinares (SOARES, 1991). Apesar do surgimento da profissão nestes dois contextos, De Carlo e Bartalotti (2001) apontam que, no geral, a atuação do terapeuta ocupacional sempre foi desenvolvida vinculada ao uso de atividades, sejam elas atividades de autocuidado, de lazer ou produtivas.

No que diz respeito à história da terapia por meio do trabalho e que influenciou a constituição da terapia ocupacional, é pertinente a retomada de seus pressupostos que se encontram na constituição do tratamento moral.

O tratamento moral foi um dos primeiros modelos de intervenção terapêutica praticados pela psiquiatria, sendo considerados seus fundadores Pinel, na França, e Tuke, na Inglaterra (MÂNGIA; NICÁCIO, 2001).

Vale ressaltar que existem visões distintas entre os autores acerca da perspectiva do tratamento moral e a ideologia por ele difundida quanto ao uso de atividades e do trabalho neste contexto.

Segundo De Carlo e Bartalotti (2001, p. 23), o tratamento moral tem como objetivos modificar e corrigir hábitos considerados errados e desenvolver e manter hábitos de vida ditos saudáveis, com vistas a alcançar a normalização do comportamento do doente. No que concerne aos meios para alcançar tais objetivos, usavam-se estratégias tais como programas cujo enfoque eram as atividades de vida diária e “o uso de ‘remédios’ morais, de educação e atividades cotidianas, como jogos e o trabalho, para normalizar o comportamento desordenado do doente mental”. Esta visão se enquadra na perspectiva humanista do tratamento moral.

Uma das formas de sujeição dos doentes, dentro das estratégias do tratamento moral, foi a introdução do trabalho, com a utilização ordenada e controlada do tempo, como recurso terapêutico (uma ação mais próxima da laborterapia), pretensamente “ressocializante” por favorecer a aprendizagem da ordem e disciplina, e como forma de rentabilização econômica do asilo. Foi concebida uma estratégia com o objetivo de alcançar o equilíbrio financeiro dos asilos, baseada tanto na admissão de internos pagantes como no trabalho gratuito dos internos, com formas de chantagem como a distribuição ou retenção de pequenos privilégios (DE CARLO; BARTALOTTI, 2001, p. 23).

Assim, “A ‘Escola do Tratamento Moral’, proposta pelo movimento alienista, baseado na filosofia humanista, foi a escola precursora da Terapia Ocupacional” (DE CARLO; BARTALOTTI, 2001, p. 23).

Outros autores sustentam que no tratamento moral a loucura era compreendida como alienação e, portanto, a reclusão se justificava pela abolição do direito de liberdade e cidadania dos loucos ou insanos.

Nesta direção, Mângia e Nicácio (2001) tecem considerações acerca da perspectiva e ideologia do tratamento moral. Para as autoras, em seu momento inicial, a psiquiatria esteve ancorada numa perspectiva social da doença mental e de suas causas. Assim, de maneira geral, a pessoa com transtorno mental foi concebida como alguém que não foi capaz de tolerar as demandas e exigências de seu meio social, de forma que, para os primeiros alienistas, a doença

mental estava associada à vida nas cidades e seus estímulos excessivos, bem como aos danosos efeitos atribuídos ao então surgimento do mundo industrial, o que justificava a necessidade do isolamento do doente a fim de que recuperasse a capacidade de retomar a vida normal. Portanto, a concepção social atribuída ao problema também fez com que a terapêutica empregada objetivasse o retorno da aquisição pelo doente de um papel socialmente aceito, o que para aquele momento que configurava uma sociedade industrial, representou o desenvolvimento de estratégias que fossem capazes de fazer com que este indivíduo desempenhasse um papel de trabalhador. É neste contexto que o trabalho assume papel central na prática realizada nos asilos.

Segundo Mângia e Nicácio (2001), foi por intermédio desse modelo que a terapia ocupacional construiu seu primeiro arquétipo de intervenção durante o período designado como reemergência do tratamento moral que se deu por volta da década de 1920.

Para Medeiros (1996), no contexto de reemergência do tratamento moral, tanto no âmbito da psiquiatria, quanto em outras áreas da clínica médica, foram reunidas e treinadas pessoas para atuarem utilizando como instrumental específico a atividade, o que possibilitou a formalização e oficialização da profissão. Para a autora, por meio da retomada da história da psiquiatria e do tratamento moral como prática preponderante, que predominou durante muito tempo no âmbito da assistência às pessoas com transtorno mental, é possível admitir que a terapia ocupacional tenha suas raízes a partir do surgimento da psiquiatria e que, portanto, “bebeu da mesma fonte ideológica que o tratamento moral desenvolvido no século XVIII” (MEDEIROS, 2003, p. 61). Ou seja, a atividade utilizada para tratar as pessoas com transtorno mental nasce junto desta instituição médica (BENETTON, 1991).

Para Benetton (1991) o trabalho, como tratamento médico e centralidade do tratamento moral, determinou a estreita relação entre a terapia ocupacional e a psiquiatria.

Retomando a trajetória de constituição da profissão terapia ocupacional, Soares (2007) aponta que, no Brasil, a profissão percorreu um processo que se iniciou com o tratamento moral e a terapia pelo trabalho, trazidos pela família Real. A terapia pelo trabalho recebeu várias denominações como ergoterapia, praxiterapia e laborterapia, conceitos estes que culminaram no termo terapia ocupacional ao longo da criação dos cursos e da profissão propriamente dita no país em meados do século XX (SOARES, 2007). Segundo Nascimento (1991), tanto a ergoterapia quanto as outras formas de ocupação compuseram as práticas manicomialis no Brasil desde, praticamente, a fundação da psiquiatria. Ou seja, o trabalho, instituído como forma de tratamento, começou a ser utilizado no Brasil a partir da fundação, em 1852, do Hospício D. Pedro II (DE CARLO; BARTALOTTI, 2001).

As grandes instituições asilares criadas no início do século XX no Brasil seguiram este modelo de psiquiatria e se configuravam em instituições destinadas às pessoas com transtornos mentais, nas quais a concepção de tratamento previa a ocupação dos internos em atividades tais como trabalho agrícola e artesanal (SOARES, 1991, 2007).

Partindo de uma perspectiva histórica da profissão e aproximando-a do contexto atual, é possível apreender que foi no bojo das transformações sociais e do contexto político que a terapia ocupacional, no âmbito da saúde mental, foi se configurando. As várias facetas da atividade, por meio das ocupações e do trabalho, adotadas como terapia nos hospitais psiquiátricos, aos quais a terapia ocupacional se sujeitou e moldou sua prática a fim de responder a estas instituições, foram também evoluindo assim como a própria profissão que vem assumindo contornos mais definidos. Desta maneira, no que concerne às transformações que vigoram atualmente no campo da saúde mental, Mângia e Nicácio (2001) afirmam que é no âmbito e processo da Reforma Psiquiátrica brasileira que se pensam e situam as propostas de ação em terapia ocupacional.

O início dos anos 80, no âmbito nacional, contou com a participação de vários terapeutas ocupacionais em projetos transdisciplinares com o intuito de transformação das instituições (NASCIMENTO, 1991). Em geral estas experiências preconizaram,

[...] o aprofundamento da discussão sobre a instituição manicomial enquanto agente da exclusão dos indivíduos considerados doentes mentais, as práticas de dominação e de controle que caracterizam a dinâmica destas instituições, a negação do papel do técnico como legitimador dessas práticas e as iniciativas de modificação das relações institucionais com vistas à restituição das pessoas internadas à condição de cidadãos que precisam de ajuda para enfrentar o sofrimento. Além disso, os trabalhadores se confrontavam, praticamente, com os limites da intervenção definida a partir das especificidades técnicas e procuravam a conjunção entre o fazer técnico e o político como meio de superar a contradição constitutiva da psiquiatria (NASCIMENTO, 1991, p. 126).

A título de exemplo, destaca-se que nesta mesma época, houve a implementação da Política Estadual de Saúde Mental no estado de São Paulo com o intuito de mudar o enfoque da assistência em saúde mental incentivando a extra-hospitalar, bem como o trabalho em equipes multidisciplinares. Nesse contexto, o terapeuta ocupacional participou diretamente na transformação das instituições asilares e se inseriu nos Ambulatórios de Saúde Mental (MÂNGIA; NICÁCIO, 2001), o que contribuiu para um novo delineamento da profissão neste campo.

Assim, foi o movimento ativo do terapeuta ocupacional participando diretamente das transformações da assistência por meio de contribuições no que diz respeito à elaboração das

Diretrizes da Política Estadual de Saúde Mental e da implementação de suas propostas que permitiu ao terapeuta ocupacional assumir uma nova identidade profissional (MÂNGIA; NICÁCIO, 2001).

O terapeuta ocupacional vem buscando aprimorar-se e legitimar-se como profissional diante das mudanças ocorridas no campo da saúde mental e assim vem aperfeiçoando suas intervenções no nível de prevenção e promoção de saúde, tratamento, reabilitação e inclusão social (RIBEIRO; OLIVEIRA, 2005). Nesse sentido, nos atuais dispositivos de atenção e intervenção em saúde mental, este profissional necessita, por meio de sua especificidade, contribuir para que a proposição do cuidado seja ampliada bem como a possibilidade do resgate, pelos sujeitos, de seus direitos e cidadania (RIBEIRO; MACHADO, 2008).

Quanto às mudanças e novas perspectivas adotadas pela terapia ocupacional no âmbito da saúde mental, Mângia e Nicácio (2001, p. 78) apontam que,

A perspectiva da desinstitucionalização possibilita, também, redefinir os objetivos da atenção em Terapia Ocupacional: não se trata de independência como norma ideal abstrata e atributo dos indivíduos ou de reinserção como equivalente de normalidade produtiva, porém de processos orientados para a produção de autonomia e de itinerários que enfrentam a exclusão social. Os novos horizontes delineados que se expressam então como intencionalidade de nossa intervenção implicam, também, poder superar o conceito de saúde como reparação do dano e compreendê-la como produção de vida.

Sob esta perspectiva, aponta-se que o terapeuta ocupacional tem se amparado nos preceitos da reabilitação psicossocial a fim de consolidar sua atuação e inserção nos atuais dispositivos de intervenção existentes na rede de cuidados. Nessa direção, tem havido uma tendência em abdicar de um modelo de cuidado com enfoque na doença para priorizar a promoção da saúde, a cidadania e a participação na vida social, o que tem direcionado para uma atenção voltada à singularidade do sujeito, de forma a facilitar que este sujeito exercite a autonomia e ações em sua comunidade (ALMEIDA; TREVISAN, 2011).

É possível admitir, no contexto nacional, que o trabalho assume outra concepção para o terapeuta ocupacional, ou seja, é entendido como direito e dispositivo de inclusão social e conquista de autonomia e cidadania. Isso confere a este profissional uma nova postura no que diz respeito à compreensão da inclusão social e como esta pode se dar por meio da inserção dos indivíduos em contextos de trabalho - em geral representados pelas iniciativas de geração de trabalho e renda - que sejam produtivos, que permitam trocas sociais e materiais e, portanto, distanciem-se da concepção de trabalho terapêutico.

A atuação do terapeuta ocupacional em iniciativas de geração de trabalho e renda deve evidenciar seu potencial como profissão.

Segundo Bregalda e Lopes (2011), este profissional pode contribuir muito nos processos de reinserção de pessoas que se encontram apartados de suas atividades de trabalho, seja por consequência de adoecimento ou acidente, e cujo afastamento tende a dar novos contornos à participação social, às atividades e aos papéis que são exercidos cotidianamente.

Nesta direção, um estudo realizado por Blank, Harries e Reynolds (2011) aponta que relações de apoio e suporte são extremamente importantes para pessoas com transtornos mentais que tem o desejo de retornar ao trabalho, sugerindo, inclusive, que uma relação de suporte disponível pode ajudar a superar as barreiras de acesso ao trabalho. Os resultados encontrados quanto à importância das relações de suporte são apontados pelos autores como pertinentes à filosofia de atenção centrada no cliente, praticada por terapeutas ocupacionais, de forma que este profissional tem muito a contribuir no que diz respeito ao acesso das pessoas com transtorno mental ao mundo do trabalho.

Estudos internacionais têm abordado a questão do trabalho/emprego e das ocupações significativas em suas diversas formatações/modelos para pessoas com transtorno mental e as implicações desta para a prática dos terapeutas ocupacionais, bem como a viabilidade e possíveis contribuições do profissional terapeuta ocupacional neste contexto (ARBESMAN; LOGSDON, 2011; GEWURTZ; KIRSH, 2006; KENNEDY-JONES; COOPER; FOSSEY, 2005; KIRSH; COCKBURN; GEWURTZ, 2005; SHERRING et al., 2010; WOODSIDE; SCHELL; ALLISON-HEDGES, 2006).

O estudo desenvolvido por Kirsh, Cockburn e Gewurtz (2005) preconizou fornecer informações acerca das principais características relacionadas à evolução do campo da reabilitação profissional para as pessoas com doenças mentais graves, contribuindo, assim, para a literatura sobre a melhor prática em terapia ocupacional neste contexto. Por meio da realização de uma ampla revisão da literatura referente ao período de 1990 a 2003, 39 artigos foram selecionados para análise. Os dados apontam para a descoberta de várias características chave (um conjunto de 12) que contribuem para resultados positivos na formação profissional e que estas características podem ser incorporadas nos vários tipos de serviços que têm como função ajudar as pessoas com doença mental grave a se inserir ou reinserir no mercado de trabalho. Os autores afirmam também que as características encontradas são condizentes com os princípios e práticas da terapia ocupacional com destaque para o estímulo à escolha do paciente e suas preferências como aspectos fundamentais desta profissão. Reforçam que as características apresentadas representam um ponto de partida e incentivam que profissionais e pesquisadores

se engajem para descobrir formas de incorporar estas características e avaliar seus efeitos. Assim, para continuarem fiéis à longa história da profissão em reabilitação profissional, viabilizando aos consumidores participarem de oportunidades de trabalho significativos, os terapeutas ocupacionais necessitam continuar a investigar e estudar formas de produzir resultados mais positivos de emprego para os consumidores.

Kennedy-Jones, Cooper e Fossey (2005), ao utilizarem a abordagem narrativa com 4 pessoas com doença mental, preconizaram explorar de que forma as experiências de trabalho passadas e presentes dos participantes, bem como as atividades vocacionais orientadas dentro de um programa Clubhouse, os apoiaram no desenvolvimento ou na retomada de seus papéis de trabalhadores. Ainda, a partir dos resultados encontrados, preconizaram discutir as implicações para o campo da terapia ocupacional. Os resultados apontam que, nas histórias dos participantes, foram encontradas quatro forças impulsionadoras que contribuíram para um sentido de trabalhador, sendo elas: o apoio de outras pessoas significativas, o significado pessoal do trabalho, as experiências vividas dentro do programa Clubhouse e a constante luta contra a doença. A partir dos resultados, os autores apontam, dentre outras questões, que é necessário que os terapeutas ocupacionais viabilizem, de maneira ativa, oportunidades de emprego remunerado aos seus clientes a partir do reconhecimento da centralidade das ocupações produtivas na manutenção da saúde e do bem estar. Os terapeutas ocupacionais possuem o conhecimento acerca dos ambientes e como estes influenciam no desempenho ocupacional, o que reforça a viabilidade deste profissional em melhorar ambientes profissionais de capacitação e apoio.

O estudo desenvolvido por Gewurtz e Kirsh (2006) investigou a interação entre o fazer e o tornar-se com vistas a alcançar a compreensão do potencial para o trabalho para consumidores de serviços comunitários de saúde mental, uma vez que o fazer e o tornar-se são construções fundamentais para a terapia ocupacional. Para tanto, a partir da utilização da abordagem de teoria fundamentada, 10 consumidores foram entrevistados sobre suas experiências de trabalho remunerado e não remunerado. Os resultados revelam que o fazer e o tornar-se são essenciais para o processo sobre como os usuários desenvolvem ideias acerca de seu potencial para o trabalho. Assim, por meio deste, os usuários alcançam a percepção sobre sua capacidade para participar em trabalhos futuros, bem como a possibilidade de se tornarem pessoas com possibilidades futuras de trabalho. No que se refere às implicações práticas para a terapia ocupacional, os autores apontam que uma perspectiva de trabalho pautada no desenvolvimento da carreira desafia os terapeutas ocupacionais a criarem oportunidades para o fazer e o tornar-se entre os consumidores.

Woodside, Schell e Allison-Hedges (2006), ao considerarem que terapeutas ocupacionais que atuam na saúde mental muitas vezes trabalham com pessoas que querem um emprego, mas que não são bem sucedidas em encontrá-lo ou mantê-lo, desenvolveram um estudo com vistas a identificar fatores que contribuem para o sucesso profissional destes sujeitos. Para tanto, 8 sujeitos que estavam em processo de recovery de psicose foram entrevistados. A partir da análise das entrevistas três temas foram identificados e que ilustram como os participantes alcançaram o sucesso profissional, sendo eles: a autoavaliação regular da saúde mental, trabalhar ativamente para manter e melhorar a saúde mental e esforçar-se para relacionar-se com outras pessoas no espaço de trabalho. No que se refere às implicações práticas os autores consideram que apoiar as maneiras pelas quais os indivíduos avaliam e promovem sua saúde mental e recovery contribuirá para o sucesso destes no trabalho. Assim, terapeutas ocupacionais são convocados a ajudar estas pessoas a encontrarem locais de trabalho nos quais se sintam encorajados e confortáveis, de forma que este parece ser um fator importante no sucesso profissional destes sujeitos.

Sustenta-se que a realidade internacional acerca da forma como se vem pensando e propondo alternativas de trabalho às pessoas com transtornos mentais é bastante distinta da realidade brasileira. Nesse sentido, é possível que a atuação do terapeuta ocupacional também se diferencie entre estes contextos. Assim, enquanto na literatura internacional foi possível identificar uma série de modelos e programas de inserção no trabalho bem definidos e delineados, projetados para atender à demanda por trabalho de pessoas com transtornos mentais, e, ainda, uma série de estudos tratando das possíveis contribuições do terapeuta ocupacional, ou sugerindo a inserção destes neste contexto, no Brasil o cenário é bastante distinto, tanto no que diz respeito à forma de se propor o trabalho aos usuários da saúde mental, quanto em relação às produções teóricas acerca do trabalho do terapeuta ocupacional nestes espaços, que são extremamente escassas. Desta forma, embora atualmente no âmbito nacional exista um grande investimento na proposição de espaços de trabalho aos usuários da saúde mental, estes, em geral, ao contrário do que ocorre no cenário internacional, não estão pautados em um modelo ou um referencial específico, são, em sua maioria, iniciativas informais norteadas, muitas vezes, pelo o que se tem discutido e desenvolvido acerca da temática na área. Apesar disso, aponta-se que a economia solidária vem sendo cada vez mais difundida neste contexto e progressivamente adotada como um referencial de trabalho para estes sujeitos.

É importante destacar que a perspectiva de recovery também é um diferencial entre os dois contextos já que, enquanto no Brasil muito pouco se tem produzido e discutido acerca do recovery, tanto na clínica, quando na proposição do trabalho, no cenário internacional esta

concepção parece amparar de maneira expressiva, tanto a prática clínica, quanto a forma com que se vem pensando e propondo o trabalho no âmbito da saúde mental.

Estes apontamentos elucidam a importância e a necessidade de se investir na troca de experiências entre os contextos, considerando que estas trocas podem fornecer subsídios teóricos e práticos de maneira mútua, possibilitando o fortalecimento e aprimoramento nas formas de projetar trabalho às pessoas com transtornos mentais pelos terapeutas ocupacionais.

Embora a realidade brasileira seja distinta da realidade internacional acerca de como vem se pensando e propondo alternativas de trabalho às pessoas com transtorno mental, é possível admitir que o reconhecimento do terapeuta ocupacional enquanto profissional viável e desejável nestas propostas se assemelham entre os contextos, indicando um investimento nas habilidades e potenciais deste profissional.

Diante do panorama apresentado, cabe perguntar: as iniciativas de geração de trabalho e renda do estado de São Paulo contam com o trabalho do terapeuta ocupacional? Como os terapeutas ocupacionais têm desenvolvido sua prática nestas iniciativas?

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Investigar a prática dos terapeutas ocupacionais que trabalham em iniciativas de geração de trabalho e renda no estado de São Paulo, presentes no Cadastro de Iniciativas de Inclusão Social pelo Trabalho (CIST).

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar as iniciativas de geração de trabalho e renda;
- Identificar aspectos da formação profissional que contribuíram na atuação do terapeuta ocupacional nestas iniciativas;
- Identificar se estas iniciativas estão vinculadas ao movimento da economia solidária.

3. PERCURSO METODOLÓGICO

A presente pesquisa trata-se de um estudo exploratório transversal descritivo de abordagem qualitativa.

Os estudos exploratórios são realizados quando o objetivo é investigar um tema ou problema de estudo ainda pouco conhecido, sobre o qual existem dúvidas ou nenhuma informação anterior. Nesse sentido, tem como função permitir a familiarização com fenômenos, conceitos e apontar prioridades em estudos futuros (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2006).

Segundo Sampieri, Collado e Lucio (2006, p. 228) os estudos transversais exploratórios caracterizam-se pela exploração inicial de um contexto, situação, evento, dentre outros, situados em um momento único. “São muito utilizados dentro do enfoque qualitativo para o que denominamos 'imersão inicial no campo'”.

No que diz respeito à natureza da abordagem qualitativa adotada na presente pesquisa considera-se que esta “trabalha com valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões”, o que lhe confere a qualidade de se adaptar para explorar mais intensamente a complexidade dos fenômenos, situações e condições específicas e singulares de grupos razoavelmente delimitados numericamente, porém passíveis de serem contemplados de maneira abrangente (MINAYO; SANCHES, 1993, p. 247).

Segundo Minayo (2006, p. 57), esse tipo de abordagem além de permitir o conhecimento de processos sociais ainda pouco conhecidos sobre grupos particulares, favorece a edificação de novas abordagens, a revisão e construção de conceitos e categorias novas ao longo da investigação. “Caracteriza-se pela empiria e pela sistematização progressiva de conhecimento até a compreensão da lógica interna do grupo ou do processo em estudo”.

3.1 Participantes

O presente estudo contou com a participação de 16 terapeutas ocupacionais que atuam em iniciativas de geração de trabalho e renda no estado de São Paulo cadastradas no CIST.

Para a seleção dos participantes foram adotados os seguintes critérios de inclusão:

- atuar na iniciativa de geração de trabalho e renda há, no mínimo, seis (6) meses;
- ter vínculo formal com o serviço;

- aceitar participar do estudo;
- assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3.2 Campo do estudo

O campo de estudo foi composto por 10 iniciativas de geração de trabalho e renda distribuídas em 5 cidades do estado de São Paulo. Foram selecionadas para participar da pesquisa as iniciativas que, além de estarem cadastradas no CIST, estavam ativas e tinham o terapeuta ocupacional com vínculo formal e atuando no serviço.

3.3 Instrumentos para a coleta de dados

Para a coleta de dados foram utilizados dois instrumentos, sendo um questionário semiestruturado para caracterização dos terapeutas ocupacionais que atuam nas iniciativas de geração de trabalho e renda e das próprias iniciativas (APÊNDICE A) e um roteiro de entrevista semiestruturada composto por 14 questões que abordaram os seguintes aspectos: atividades desenvolvidas pelos terapeutas ocupacionais nas iniciativas de geração de trabalho e renda; conhecimentos necessários para atuação neste contexto; facilidades e dificuldades encontradas na prática; concepção acerca da relação entre terapia ocupacional e geração de trabalho e renda; concepção acerca da relação entre geração de trabalho e renda e economia solidária; contribuição de outros profissionais e expectativas do terapeuta ocupacional em relação à proposição do trabalho aos usuários da saúde mental (APÊNDICE B).

3.4 Procedimentos

3.4.1 Aspectos éticos

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) em 24/07/2012, tendo sido aprovado em 02/11/2012, sob o número 137.628 (ANEXO A). Somente após a aprovação foi iniciada a coleta de dados.

3.4.2 Elaboração do questionário

Para a realização da primeira etapa da coleta de dados foi elaborado um questionário semiestruturado a partir da revisão da literatura e baseado nos objetivos estabelecidos na pesquisa. Teve como finalidade caracterizar os terapeutas ocupacionais que trabalham em iniciativas de geração de trabalho e renda do estado de São Paulo cadastradas no CIST por meio de informações tais como formação profissional, tempo de atuação como terapeuta ocupacional, áreas de atuação, atuações na área de saúde mental, contribuições de atuações anteriores para o desenvolvimento das atividades no contexto de geração de trabalho e renda, dentre outros. Preconizou-se ainda fazer uma caracterização das iniciativas de geração de trabalho e renda em que estes profissionais estão inseridos, por meio de informações como tempo de existência da iniciativa, produtos por ela gerados, composição da população participante, renda mensal gerada, entre outros. Para isso, parte de sua construção foi baseada no conteúdo do formulário CIST compreendendo que tais conteúdos poderiam subsidiar as informações pretendidas de maneira consistente.

Segundo Marconi e Lakatos (2007) a escolha do instrumental metodológico depende dos fatores relacionados à pesquisa, como a natureza do fenômeno a ser estudado e o objeto da pesquisa, estando diretamente relacionado ao problema de estudo. Deve ainda ser adequado ao tipo de informações que se pretende obter.

Com vistas a realizar ajustes necessários no instrumento de pesquisa, o questionário foi aplicado com dois sujeitos antes do início da coleta de dados. Após análise dos conteúdos apresentados nas respostas, realizou-se a adequação do instrumento elaborando-se a versão final do questionário para a coleta de dados.

3.4.3 Elaboração do roteiro de entrevista

Para a realização da segunda etapa da coleta de dados foi elaborado um roteiro de entrevista semiestruturado a partir da revisão da literatura e baseado nos objetivos estabelecidos na pesquisa.

A entrevista consiste em estratégia amplamente utilizada em trabalhos de campo de abordagem qualitativa (MINAYO, 2006).

De acordo com Pádua (2009) dentre as vantagens da utilização da entrevista aponta-se a possibilidade de ser realizada com variados seguimentos populacionais, além de apresentar-

se como técnica eficiente no processo de obtenção de elementos relativos ao comportamento das pessoas.

Minayo e Sanches (1993, p. 245) consideram que

[...] a fala torna-se reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles), e, ao mesmo tempo, possui a magia de transmitir, através de um porta-voz (o entrevistado), representações de grupos determinados em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas.

A entrevista, como meio de se obter informações, permite acessar elementos de duas naturezas, ou seja, dados que poderiam ser provenientes de outras fontes, como documentos, e dados referentes ao próprio entrevistado. Assim, tratam-se de informações que nascem da reflexão do sujeito que vivencia determinada realidade, “e a que os cientistas sociais costumam denominar ‘subjetivos’ e só podem ser conseguidos com a contribuição da pessoa” (MINAYO, 2006, p. 262).

Com vistas a realizar ajustes necessários no instrumento de pesquisa, a entrevista foi realizada com dois sujeitos antes do início da coleta de dados. Após análise do conteúdo das respostas fornecidas, realizou-se a adequação do instrumento, elaborando-se a versão final do roteiro para a coleta de dados.

3.4.4 Localização e contato com as iniciativas de geração de trabalho e renda

A identificação das iniciativas de geração de trabalho e renda foi feita pela pesquisadora por meio de consulta ao banco de dados disponível na página eletrônica do Ministério da Saúde, no campo de informações relativas à saúde mental. Embora não esteja explícito no banco de dados o período referente ao levantamento dos dados apresentados, apreende-se que eles abrangem até o final do ano de 2010, visto que é essa a indicação na página eletrônica do Ministério da Saúde onde constam as informações relativas às iniciativas.

No referido banco de dados é possível ter acesso ao estado, município, nome, contato, endereço, telefone, e-mail e produtos e serviços gerados pelas iniciativas; informações que são referentes ao CIST.

O CIST¹ é um formulário eletrônico no qual as iniciativas de geração de trabalho e renda podem ser cadastradas e é por meio deste cadastro que se torna possível o levantamento de

¹ O CIST é um formulário que está disponível no endereço eletrônico: http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=865.

informações, a comunicação com estas iniciativas, bem como a formulação de políticas públicas (BRASIL, 2012a).

É importante ressaltar que, embora no banco de dados referente às iniciativas de geração de trabalho e renda acessado pela pesquisadora existisse uma legenda com as opções “Iniciativas cadastradas no CIST”, “Iniciativas não cadastradas no CIST” e “Iniciativas cadastradas no CIST – VERIFICAR” com as cores branca, vermelha e azul respectivamente para cada opção, elas não foram aplicadas ao documento de forma que não foi possível saber a condição das iniciativas, já que o banco de dados estava uniformemente disponível nas cores branca e cinza. Diante dessa condição, as 99 iniciativas disponíveis no banco de dados relativas ao estado de São Paulo foram contatadas, considerando-as cadastradas no CIST por estarem disponibilizadas no documento, sem, portanto, saber de fato qual a condição das mesmas.

Outra condição relevante diz respeito ao banco de dados consultado pela pesquisadora. O primeiro acesso ao documento ocorreu no início do primeiro semestre de 2012, no próprio sítio eletrônico do Ministério da Saúde na área relativa à saúde mental. Entretanto, após 2 meses, aproximadamente, ele se tornou indisponível no site. A pesquisadora entrou em contato com a Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas via e-mail e telefone, disponíveis no site, e recebeu a informação de que, de fato, tais informações e documentos não estavam mais disponíveis. Quanto ao motivo da retirada do banco de dados do site, a pesquisadora foi informada de que com o edital que havia sido lançado para beneficiar financeiramente os projetos, novos projetos foram cadastrados e também em breve nova lista seria lançada no site com aqueles que foram contemplados, tendo sido informado à pesquisadora que, provavelmente, por este motivo o banco de dados havia sido retirado do ar. Apesar da retirada deste material do site, a pesquisadora havia salvo tais documentos em seus arquivos de pesquisa.

Inicialmente, foram identificadas por meio do acesso ao banco de dados, 99 iniciativas de geração de trabalho e renda no estado de São Paulo distribuídas em 24 cidades.

O contato com foi feito inicialmente por telefone, considerando esta via a mais efetiva para a obtenção de informações, tais como existência das iniciativas (se estavam ativas ou não) e presença de terapeutas ocupacionais atuando nelas.

Para os locais nos quais não estava disponível o número telefônico, ou nos casos em que não se conseguiu concluir a ligação, lançou-se mão de envio de mensagem por meio de correio eletrônico. Houve 2 casos em que não havia disponível nem o número telefônico nem o e-mail, de forma que o contato com as 2 iniciativas cadastradas não se efetivou.

Para a obtenção das informações a respeito das iniciativas, durante dois meses aproximadamente, foram realizadas ligações diárias aos locais nos quais não se conseguia falar com o profissional responsável. Para os locais em que o contato foi feito por correio eletrônico, foram enviadas mensagens a cada 15 dias, totalizando uma média de 3 tentativas ao longo do referido período.

A partir da identificação e contato com os locais que abrigam as 99 iniciativas de geração de trabalho e renda constantes no banco de dados, foi possível constatar a seguinte situação, apontada no Quadro 1 a seguir.

Quadro 1 - Situação das iniciativas contatadas

Situação atual das iniciativas de geração de trabalho e renda contatadas	Quantidade
Telefone e e-mail indisponíveis no banco de dados – o contato com a iniciativa cadastrada não se efetivou.	2
Contato de e-mail e/ou telefone disponíveis estavam incorretos ou não se obteve retorno nas tentativas (ligações não completaram ou não atenderam; mensagens de e-mails voltaram ou não foram respondidas).	11
Iniciativa em funcionamento; não foi possível obter outras informações.	2
Atualmente a iniciativa não tem mais o objetivo de geração de trabalho e renda; tem TO ² na equipe.	1
Iniciativa em funcionamento precário; deixou de ter o objetivo de geração de trabalho e renda; não informou sobre a presença de TO na equipe.	1
Iniciativa em funcionamento; sem TO na equipe.	20
<i>Iniciativa em funcionamento com TO na equipe.</i>	17
Iniciativa desativada.	25
A iniciativa está parada no momento, em reestruturação; sem TO na equipe.	2
A iniciativa foi cadastrada, mas não chegou a ser implantada.	2
A iniciativa fundiu-se com outra que também está cadastrada e tem TO na equipe.	1
O contato telefônico e e-mail são de um Centro de Convivência que fomenta a geração de trabalho e renda; sem TO na equipe.	3
Não foi possível saber se trata-se de iniciativa de geração de trabalho e renda ou oficina terapêutica.	1
A iniciativa foi apresentada como oficina terapêutica; sem TO na equipe.	6
A iniciativa foi apresentada como oficina terapêutica; se fundiu com outras 2 também cadastradas; sem TO na equipe.	3
A iniciativa foi apresentada como oficina terapêutica; com TO na equipe.	1
Houve recusa sobre a disponibilização de quaisquer informações, inclusive sobre a existência ou não da iniciativa.	1
TOTAL	99

Fonte: próprio autor

² TO – terapeuta ocupacional

Destaca-se no Quadro 1 a informação em negrito e itálico de 17 iniciativas cadastradas, que estão em funcionamento e que contam com a atuação do terapeuta ocupacional na equipe. Entretanto 3 destas não foram incluídas no estudo, visto que:

- em uma o terapeuta ocupacional exerce atividade voluntária, não tendo vínculo formal com a instituição que abriga a iniciativa;

- em uma, as exigências feitas para a realização do estudo implicavam em nova submissão do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar para que, por meio deste procedimento, o projeto de pesquisa chegasse via Plataforma Brasil ao CEP da Secretaria Municipal de Saúde do município, o que se tornou inviável uma vez que atrasaria a coleta de dados e comprometeria o desenvolvimento do estudo;

- uma delas, embora estivesse ativa, o terapeuta ocupacional relatou compreender seu trabalho como fundamentalmente terapêutico e, portanto considerou sua participação na pesquisa inconsistente.

Ainda, nas iniciativas em que não foi possível saber sobre a presença do terapeuta ocupacional na equipe, ou sobre se a iniciativa se trata de geração de trabalho e renda ou oficina terapêutica, destaca-se que foram feitas várias tentativas por meio de contato telefônico e mensagem de e-mail, não havendo retorno das informações solicitadas.

A partir do Quadro 1 apresentado tem-se que dos 99 locais que abrigam as iniciativas foram contatados 97, pois 2 deles não disponibilizaram contato telefônico e nem endereço de e-mail no banco de dados.

Das 97 iniciativas contatadas, em 86 obteve-se sucesso no contato, sendo que 85 responderam às informações solicitadas e 1 não disponibilizou informação alguma.

Das 85, 25 estão desativadas; 2 foram cadastradas, mas não chegaram a ser implantadas; 2 estão paradas temporariamente; e 56 estão em funcionamento.

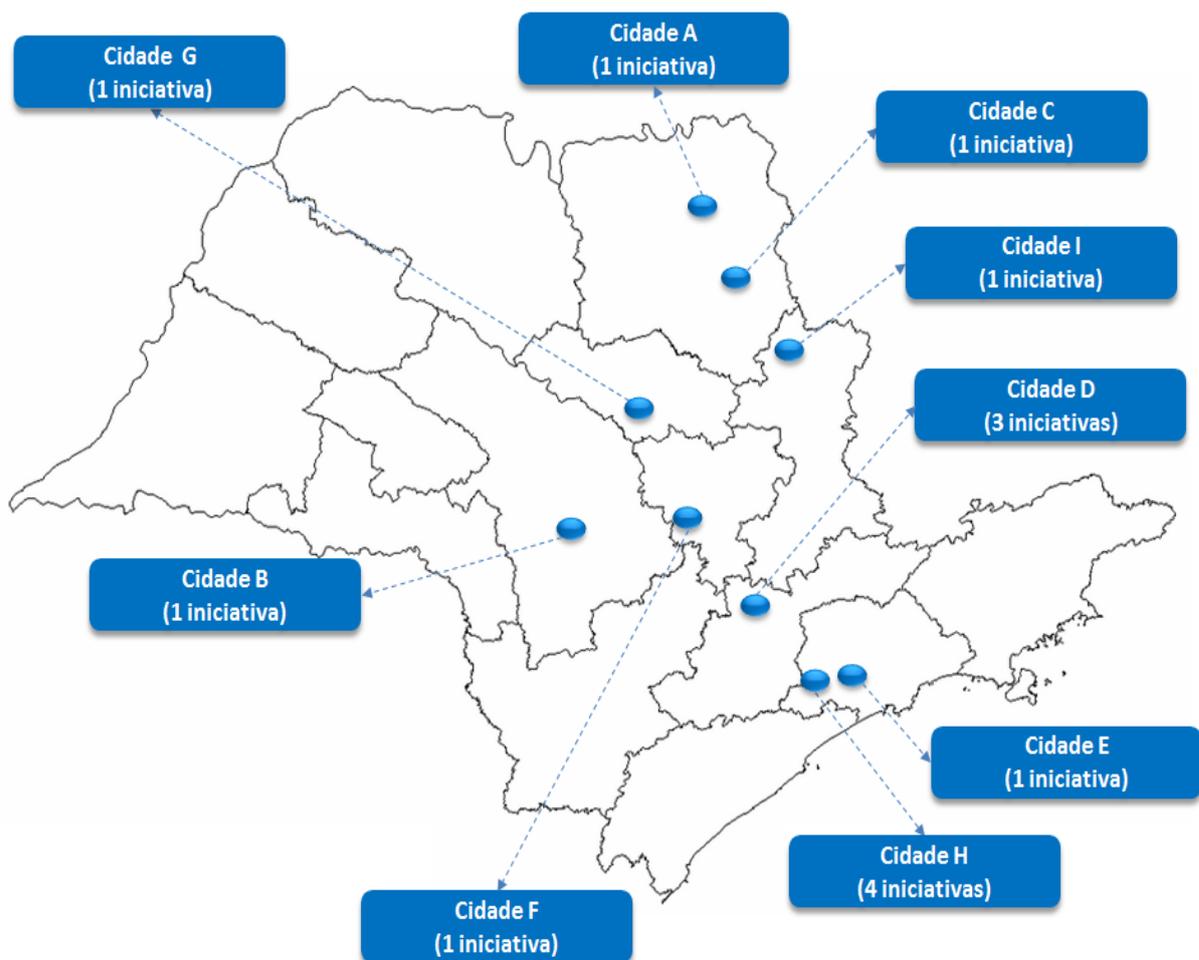
Destas 56, 10 apontaram que se tratava de oficinas exclusivamente terapêuticas. Além destas, 2 informaram apenas que a iniciativa estava em funcionamento, mas não quiseram informar sobre a constituição da equipe; em 1 não foi possível confirmar se tratava-se de uma iniciativa de geração de trabalho e renda ou oficina terapêutica; uma outra, embora estivesse em funcionamento, não tinha mais objetivo de geração de trabalho e renda e nem informou sobre a composição da equipe; e 1 não trabalhava mais na perspectiva da geração de trabalho e renda, mas informou sobre a presença do terapeuta ocupacional na equipe. Desta forma, das 56 iniciativas em funcionamento, 15 foram excluídas do estudo.

Das 41 restantes, 17 contam com o terapeuta ocupacional na equipe, entretanto 3 não foram incluídas no estudo por não atenderem aos critérios de participação, como já esclarecido anteriormente.

Diante do panorama apresentado, inicialmente foram incluídas no estudo 14 iniciativas de geração de trabalho e renda distribuídas em 9 cidades do estado de São Paulo, nas quais se constatou a presença de terapeutas ocupacionais na equipe.

A Figura 1 a seguir ilustra a distribuição das 14 iniciativas entre as 9 cidades do estado de São Paulo.

Figura 1 – Distribuição das 14 iniciativas de geração de trabalho e renda inicialmente identificadas com terapeuta ocupacional nas 9 cidades



Fonte: próprio autor

O Quadro 2, a seguir, ilustra o número de terapeutas ocupacionais por iniciativa, identificados inicialmente.

Optou-se por denominar as cidades por letras do alfabeto a fim de preservar a identificação destas, bem como dos profissionais.

Quadro 2 – Iniciativas identificadas com terapeuta ocupacional atuando

Cidade	Nº de iniciativas ativas identificadas	Nº de terapeutas ocupacionais por iniciativa
Cidade A	1	1
Cidade B	1	1
Cidade C	1	1
Cidade D	3 Iniciativas	*1 iniciativa com 4 terapeutas ocupacionais *1 iniciativa com 7 terapeutas ocupacionais *1 iniciativa com 1 terapeuta ocupacional
Cidade E	1	3
Cidade F	1	2
Cidade G	1	1
Cidade H	4 Iniciativas	Cada uma das iniciativas com 1 terapeuta ocupacional
Cidade I	1	1
TOTAL	14	26

Fonte: próprio autor

Destaca-se que em cada uma das iniciativas contatadas, que contava com o terapeuta ocupacional na equipe, a pesquisadora explicou ao responsável, por telefone, os objetivos da pesquisa, informou que o projeto havia sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos e solicitou autorização para a realização da pesquisa com os terapeutas ocupacionais do serviço.

Em alguns serviços foi requerido que a pesquisadora encaminhasse a solicitação de autorização para a realização da pesquisa à Secretaria Municipal de Saúde do respectivo município. Houve um caso em que a autorização foi concedida mediante aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do município e em outro a autorização foi concedida mediante aprovação do projeto pela Comissão de Avaliação de Solicitação de Pesquisa do Serviço em que se insere a iniciativa.

A fim de justificar o número final de iniciativas/cidades participantes do estudo, destaca-se que o Quadro 2 evidencia a presença de 26 terapeutas ocupacionais distribuídos nas 14 iniciativas localizadas em 9 cidades (**A, B, C, D, E, F, G, H, I**) do estado de São Paulo. Destes 26 terapeutas ocupacionais, 3 foram excluídos do estudo por não atenderem aos critérios de inclusão na pesquisa (1 por não ter respondido ao convite para participar da pesquisa após 4 tentativas e 2 por não atenderem aos critérios de inclusão no estudo, ou seja, estavam atuando na iniciativa de geração de trabalho e renda há menos de 6 meses). Portanto o convite foi efetivamente realizado aos 23 profissionais, sendo que todos aceitaram participar da pesquisa.

Após a formalização do convite aos 23 profissionais e envio do questionário (primeira etapa da pesquisa) para preenchimento e devolução à pesquisadora, não houve retorno do questionário dos profissionais das cidades **C** e **G** e 2 iniciativas, localizadas respectivamente nas cidades **A** e **I**, foram excluídas do estudo após o retorno do questionário, pois os profissionais as identificaram como oficinas terapêuticas sem a perspectiva de geração de trabalho e renda. Assim, a pesquisa foi realizada em 10 iniciativas de geração de trabalho e renda cadastradas no CIST no estado de São Paulo distribuídas em 5 cidades (**B, D, E, F, H**) como aponta o Quadro a seguir. Destaca-se que no referido Quadro também já consta o número final de terapeutas ocupacionais que compuseram este estudo, totalizando 16 participantes.

A partir desse momento as iniciativas que compuseram o estudo serão identificadas por algarismos romanos de I a X como forma de preservar a identificação destas, bem como dos participantes como ilustrado no Quadro 3 a seguir.

Quadro 3 - Iniciativas participantes do estudo e número de terapeutas ocupacionais participantes em cada iniciativa

Cidade	Iniciativas participantes do estudo	Nº de terapeutas ocupacionais por iniciativa
Cidade B	Iniciativa I	1
Cidade D	Iniciativa II	Iniciativa II – 2 terapeuta ocupacionais
	Iniciativa III	Iniciativa III – 4 terapeutas ocupacionais
	Iniciativa IV	Iniciativa IV – 1 terapeuta ocupacional
Cidade E	Iniciativa V	3
Cidade F	Iniciativa VI	1
Cidade H	Iniciativa VII	Iniciativa VII – 1 terapeuta ocupacional
	Iniciativa VIII	Iniciativa VIII – 1 terapeuta ocupacional
	Iniciativa IX	Iniciativa XI – 1 terapeuta ocupacional
	Iniciativa X	Iniciativa X – 1 terapeuta ocupacional
TOTAL	10	16

Fonte: próprio autor

3.4.5 Contato com os participantes

Após os locais concederem autorização para o desenvolvimento da pesquisa, a pesquisadora contatou os terapeutas ocupacionais, explicou-lhes os objetivos da pesquisa, informou sobre a liberdade para participar, bem como retirar seu consentimento a qualquer momento e realizou o convite. Em algumas iniciativas os responsáveis pelo serviço solicitaram que a pesquisadora fosse até o local para apresentar o projeto e realizar o convite aos terapeutas ocupacionais pessoalmente; em outras os responsáveis autorizaram que o convite aos terapeutas ocupacionais fosse feito por telefone; e em uma das iniciativas o responsável sugeriu que o convite fosse feito por meio de mensagem-convite por correio eletrônico, uma vez que ele já havia explicado a estes profissionais os objetos da pesquisa e eles já haviam aceitado participar do estudo.

3.4.6 Coleta de dados

Envio do questionário

A primeira etapa da coleta de dados consistiu no envio de um questionário semiestruturado aos 23 terapeutas ocupacionais incluídos inicialmente no estudo como já descrito em momento anterior.

Após o contato da pesquisadora com os terapeutas ocupacionais para a formalização do convite e mais esclarecimentos, foi solicitado àqueles que aceitaram participar do estudo que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C). O TCLE foi enviado de acordo com a preferência do convidado, ou seja, por correio convencional ou correio eletrônico.

O TCLE enviado por correio eletrônico seguiu junto do questionário e de uma mensagem explicativa, na qual continha os objetivos da pesquisa, as instruções quanto à assinatura do TCLE, do preenchimento do questionário, bem como do envio dos dois documentos à pesquisadora. Foi indicado que o TCLE poderia ser encaminhado por correio convencional ou correio eletrônico e solicitado que o preenchimento do questionário fosse realizado no próprio documento de Word e encaminhado por correio eletrônico.

O TCLE enviado por correio convencional seguiu com um material de instrução quanto à assinatura do mesmo e a forma de encaminhamento à pesquisadora – por meio de correio convencional ou correio eletrônico. Para estes participantes o questionário também foi enviado por correio eletrônico.

Dos 23 convidados, 17 solicitaram o envio do TCLE por meio de correio eletrônico, 5 por correio convencional e para 1 profissional foi entregue em mãos no momento da visita da pesquisadora ao serviço para a realização do convite de participação.

A pesquisadora solicitou que o TCLE assinado e o questionário respondido fossem retornados a ela em 15 dias contados a partir do recebimento.

Para aqueles participantes que não responderam ao questionário no prazo estipulado foram feitas ainda duas prorrogações de prazo, totalizando três tentativas ao longo de aproximadamente 2 meses.

Dos 23 convidados, 3 não retornaram o TCLE assinado e nem responderam ao questionário e 2, apesar de terem retornado o TCLE, não responderam ao questionário.

Terminado os prazos para o retorno dos questionários pelos participantes, a pesquisadora recebeu 18 questionários respondidos.

Os questionários foram analisados pela pesquisadora e nesse momento 2 participantes foram excluídos do estudo, como já esclarecido anteriormente, uma vez que, no questionário, apontaram que as iniciativas em que atuam são terapêuticas sem a perspectiva de geração de trabalho e renda.

Portanto o número final de questionários e de participantes da pesquisa foi 16.

Realização da entrevista

Para a participação na entrevista foram selecionados os participantes que atenderam aos seguintes critérios:

- 1) responderam ao maior número de questões e cujas questões apresentaram maior conteúdo e informações em relação ao participante e à iniciativa em que atua;
- 2) tivessem maior tempo de acompanhamento da iniciativa e que esta estivesse consolidada e funcionando há mais tempo.

Apesar de um dos participantes se caracterizar com menos tempo de atuação na iniciativa de geração de trabalho e renda em que está inserido (9 meses), optou-se por incluí-lo também na entrevista, pois, além de responder ao critério 1, desenvolve papel de gestor do serviço de geração de trabalho e renda e possui experiências anteriores neste contexto de trabalho.

Compreende-se que a visão dos únicos dois gestores participantes do estudo contribuiria sobremaneira com o mesmo.

Os critérios de seleção para participação na entrevista foram estabelecidos com vistas a obter respostas aprofundadas e reflexivas.

Desta forma, dos 16 participantes no estudo, 12 apresentaram o questionário nas condições estabelecidas para que pudessem ser convidados para participar desta etapa da pesquisa. O convite para a participação na entrevista foi feito pela pesquisadora por meio de contato telefônico a 11 participantes. A 1 dos participantes o convite foi feito por meio de mensagem eletrônica, uma vez que, no momento do convite, o participante estava em transição para mudança de local de trabalho. Todos os 12 participantes convidados concordaram em participar desta etapa.

Das 12 entrevistas realizadas, 11 ocorreram no local de trabalho dos participantes, tendo sido combinado previamente dia e horário de acordo com a possibilidade de cada um. Uma das entrevistas ocorreu por meio da utilização do softwear Skype (recurso de áudio e vídeo que permite a realização de conversas online de forma gratuita), uma vez que o participante demonstrou interesse em contribuir com esta etapa da pesquisa, entretanto considerou esta a única maneira possível de participar. Assim, a entrevista realizada por meio deste recurso foi gravada em gravador digital, assim como as demais que foram realizadas presencialmente.

As entrevistas foram transcritas integralmente pela pesquisadora.

Ressalta-se que as entrevistas ocorreram em 4 cidades do estado de São Paulo.

3.4.7 Análise dos dados

A análise dos questionários se deu de forma descritiva, sendo realizada a partir da ordenação e numeração dos questionários que obedeceu à disposição do recebimento dos mesmos pela pesquisadora. Os dados provenientes deste instrumento foram organizados sequencialmente segundo as perguntas respondidas e seu conteúdo subsidiou a caracterização dos sujeitos, a caracterização das iniciativas de geração de trabalho e renda e a descrição de aspectos relativos ao processo de formação do terapeuta ocupacional, como experiências anteriores, contribuição destas para o contexto atual, dentre outros.

Quanto à análise das entrevistas, esta foi realizada em profundidade por meio da técnica de Análise Temática, uma das técnicas contidas na Análise de Conteúdo (BARDIN, 2008).

Segundo Minayo (2006), é comum a utilização da Análise de Conteúdo para o tratamento dos dados coletados em pesquisas de abordagem qualitativa. De acordo com Bardin (2008), a Análise de Conteúdo pode ser definida como um conjunto de técnicas que visam à análise das comunicações, de forma que não representa um instrumento único, mas um conjunto de artifícios que se adaptam a um amplo contexto de aplicação representado pelas comunicações.

Como uma das técnicas contidas na Análise de Conteúdo, e por meio da qual esta se efetiva, optou-se na presente pesquisa pela utilização da Análise Temática para o tratamento dos dados provenientes das entrevistas.

A concepção de tema, amplamente aplicada na Análise Temática, é característica da Análise de Conteúdo. O tema, tomado como unidade de registro, representa uma forma de recorte no nível do sentido que não costuma estar explícito, já que tal recorte está condicionado

ao nível de análise que se faz. Nesse sentido, realizar Análise Temática pressupõe a descoberta dos núcleos de sentido contidos na comunicação, podendo a aparição e frequência destes núcleos de sentido revelar algum significado em direção ao objetivo de análise eleito (BARDIN, 2008).

A fim de aplicar a técnica de Análise Temática, realizou-se a leitura exaustiva das entrevistas transcritas como forma de apreender seu conteúdo. Em seguida, realizou-se a identificação dos temas que emergiram do processo sistemático de leitura. Após esta etapa, os temas identificados foram agregados e deram origem às categorias.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Por meio do conteúdo disponível nas entrevistas foi possível extrair temas que foram reunidos e originaram as seguintes categorias:

- Identificando as atividades desenvolvidas pelo terapeuta ocupacional e a necessidade de construção de um novo fazer;
- Terapia Ocupacional e o trabalho em equipe na geração de trabalho e renda;
- A prática do terapeuta ocupacional em iniciativas de geração de trabalho e renda e a contribuição dos fundamentos da profissão;
- As dimensões do trabalho como norteador da prática no contexto de geração de trabalho e renda;
- A economia solidária como referência para a organização do trabalho e da prática do terapeuta ocupacional nos espaços de geração de trabalho e renda;
- Dificuldades e desafios encontrados no âmbito da proposta de geração de trabalho e renda.

Antes da apresentação e discussão das categorias, será apresentada a caracterização dos participantes e das iniciativas de geração de trabalho e renda que compuseram o estudo cujo conteúdo é oriundo dos questionários.

4.1 Caracterização dos participantes

Por meio das informações coletadas no questionário semiestruturado respondido pelos participantes foi possível caracterizá-los.

O estudo foi composto por 16 terapeutas ocupacionais que atuam em 10 iniciativas de geração de trabalho e renda no estado de São Paulo cadastradas no CIST, localizadas em 5 cidades do estado.

O nome das cidades que compuseram o estudo, bem como o nome dos participantes não foram identificados a fim de garantir sigilo. Desta forma, as cidades foram identificadas por letras do alfabeto B, D, E, F, H, como já exposto no Quadro 3, e os sujeitos foram identificados por S1, S2 e assim sucessivamente até o S16.

O Quadro a seguir apresenta a caracterização dos participantes.

Quadro 4 - Caracterização dos participantes

Sujeito	Gênero	Idade (anos)	Instituição de formação	Tempo de atuação (anos)	Formação complementar	Cidade onde se localiza a iniciativa em que atua	Tempo de atuação na iniciativa (anos)
S1	Feminino	27	Privada	4	Aprimoramento em Saúde Mental; Mestrado em Saúde Coletiva em andamento	Cidade D	4
S2	Feminino	27	Pública	6	Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade - não concluído	Cidade F	4
S3	Feminino	31	Privada	8	Aprimoramento em Saúde Mental Infantojuvenil e Especialização em terapia ocupacional aplicada à neurologia	Cidade B	5
S4	Feminino	33	Privada	9	Aprimoramento em Saúde Coletiva; Mestrado em Ciência, Tecnologia e Sociedade - em andamento	Cidade D	3
S5	Feminino	29	Privada	6	Não realizou	Cidade D	11

S6	Feminino	38	Privada	17	Aprimoramento em Saúde Mental; Formação complementar em Economia Solidária e em Empreendedorismo	Cidade D	15
S7	Feminino	50	Pública	27	Mestrado em Saúde Coletiva	Cidade H	7
S8	Feminino	39	Pública	12	Não realizou	Cidade D	6
S9	Feminino	31	Pública	8	Não realizou	Cidade H	4
S10	Feminino	46	Privada	22	Aprimoramento em Saúde Mental incompleto; Especialização em Práxis Artísticas e Terapêuticas da Arte e da Saúde; Mestrado em Ciências da Saúde	Cidade H	7
S11	Feminino	35	Privada	13	Aprimoramento em Saúde Mental	Cidade D	3 anos e 2 meses
S12	Feminino	33	Pública	10	Aprimoramento em Reabilitação Psicossocial; Especialização em Economia Solidária e Tecnologia Social na América Latina	Cidade D	6
S13	Feminino	44	Pública	17	Formação complementar em Psicomotricidade	Cidade H	----
S14	Feminino	31	Privada	9	Aprimoramento em Saúde Mental	Cidade E	7 anos e 9 meses
S15	Feminino	33	Privada	11	Especialização em Saúde Pública em envelhecimento; Especialização em Danças Circulares; Mestrado em Gerontologia	Cidade E	9 meses
S16	Feminino	34	Privada	12	Especialização em Saúde Mental	Cidade E	6

Fonte: próprio autor

Dentre as informações pessoais dos participantes apontadas no Quadro 4, identificou-se que todos são do gênero feminino, de forma que passarão a ser denominados por este gênero.

A idade das participantes variou entre 27 e 50 anos. Todas formaram-se no estado de São Paulo, sendo que 6 estudaram em Universidade Pública e 10 em Universidade Privada e o tempo de formação profissional variou entre 4 e 27 anos.

O tempo de atuação das profissionais nas iniciativas de geração de trabalho e renda variou entre 9 meses a 15 anos.

No Quadro 4 é possível verificar que das 16 participantes, 13 apontaram a realização de formações complementares.

Quanto à contribuição das formações complementares realizadas pelas participantes para o trabalho que elas desenvolvem atualmente na iniciativa observou-se que: das 16 participantes, 11 responderam a questão e 5 não responderam. Das 5 que não responderam, 1 delas apontou na resposta que não havia feito formação complementar; inferiu-se que 2 delas não responderam a questão pois já haviam sinalizado não terem realizado formação complementar; 1 já na questão anterior havia mencionado que não considerava como formação complementar o que havia feito, pois não concluiu e 1 não respondeu à questão embora tenha sinalizado ter realizado formação complementar.

Das 11 participantes restantes, 3 apontaram que a prática profissional por elas desenvolvida foi o que mais contribuiu e vem contribuindo para o embasamento e desenvolvimento de suas ações, sendo que 2 delas apontaram as formações acadêmicas como secundárias, mas que contribuíram enquanto embasamento teórico para a estruturação do pensamento e das ações e 1 apontou que teve pouca aproximação com espaços de geração de renda na formação acadêmica. Das 8 participantes restantes, 1 alegou não haver conteúdo específico nas formações complementares que realizou, entretanto elas contribuíram para a ampliação do olhar nos diferentes estudos.

Finalmente, as 7 participantes restantes apontaram e justificaram quais as formações complementares que mais contribuíram para o atual trabalho em iniciativa de geração de trabalho e renda como ilustrado no Quadro 5 a seguir.

Quadro 5 - Formações complementares que mais contribuíram para o trabalho atual

Formações complementares apontadas	Número de participantes que apontaram a formação complementar
Aprimoramento	2
Aprimoramento e Especialização	2
Aprimoramento e Mestrado	1
Formações complementares em economia solidária e em empreendedorismo	1
Mestrado	1
TOTAL	7

Fonte: próprio autor

Dentre as justificativas apontadas pelas participantes quanto às formações complementares que mais contribuíram para o trabalho que desenvolvem atualmente na iniciativa de geração de trabalho e renda tem-se:

- ✓ A formação complementar foi realizada na área atual de trabalho;
- ✓ As formações complementares apontadas contribuíram para: 1) a atuação em saúde mental; 2) trazer um leque de técnicas e conhecimentos que são utilizados atualmente na geração de trabalho e renda com alguns pacientes com problemas neurológicos associados;
- ✓ As formações complementares apontadas contribuíram: 1) no engajamento para o trabalho voltado para a organização de processos de trabalho direcionando o percurso profissional para a atividade de coordenação; 2) na complementação e sistematização sobre os equipamentos que geram trabalho e renda na saúde;
- ✓ A formação complementar apontada contribuiu, pois já atuava nessa área;
- ✓ A formação complementar contribuiu, pois sua parte prática foi realizada em um contexto com proposta de geração de trabalho e renda; a diversidade de diagnósticos em saúde mental com os quais atuou também contribuiu;
- ✓ As formações complementares apontadas contribuíram com conteúdos teóricos que embasam o trabalho do profissional no contexto de geração de trabalho e renda cujos conteúdos não foram vistos em sua formação;
- ✓ As formações complementares realizadas tiveram uma aproximação entre seus conteúdos o que contribuiu para o trabalho na área da saúde mental, bem como para

a compreensão sobre a economia solidária e a forma como as oficinas se organizam dentro dessa lógica.

Verifica-se nas justificativas supracitadas quanto à contribuição das formações complementares para o trabalho no contexto atual que, em sua maioria, as formações realizadas abordaram, de alguma forma, conteúdos acerca da proposição do trabalho a usuários da saúde mental, ou ainda, que as profissionais apreenderam destas formações aspectos que contribuem para a administração de questões relativas à saúde mental que surgem no espaço de geração de trabalho e renda, o que pode indicar um investimento destas profissionais em capacitações e aquisição de novas habilidades para o desenvolvimento do trabalho neste contexto.

No que diz respeito às áreas de atuação anteriores destas profissionais e o tempo de atuação em cada uma foi possível identificar que algumas participantes consideraram a área de atuação somente como o local onde já atuaram, evidenciando talvez uma falta de compreensão quanto à pergunta ou um limite do próprio instrumento (questionário). Nem todas as profissionais apontaram o tempo de atuação em cada uma das áreas.

Quanto às áreas nas quais as profissionais já atuaram anteriormente, o Quadro 6 ilustra as que foram mencionadas.

Quadro 6 – Áreas de atuação anteriores ao trabalho na iniciativa de geração de trabalho e renda

Saúde Mental
Neurologia
Gerontologia
Geriatria
Psiquiatria
Geronto-Psiquiatria
Saúde Pública – Atenção Básica
Atuação na área acadêmica
Área social
Reabilitação física
Estimulação precoce e estimulação sensorial na infância
Área da infância e adolescência - crianças e adolescentes com deficiências
Saúde do idoso

Fonte: próprio autor

Das 16 participantes, 8 apontaram que suas atuações anteriores foram somente na área de Saúde Mental. Das 8 participantes restantes, 1 apontou o trabalho realizado no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (o qual não foi concluído) como única experiência anterior em outra área que não a Saúde Mental e 7 apontaram mais de uma área de atuação já realizada, além da área de Saúde Mental.

Quanto ao tempo de atuação nas áreas apontadas, este variou entre 4 meses e 22 anos, sendo este último representando 22 anos de atuação somente na área de saúde mental.

Quanto à contribuição de atuações anteriores na área de saúde mental para o atual contexto de trabalho nas iniciativas de geração de trabalho e renda, das 16 participantes, 12 responderam haver contribuições. Das 4 restantes, 1 deixou a questão em branco e 3 deram respostas relativas a outros conteúdos.

Dentre as justificativas quanto à contribuição de tais atuações no campo da saúde mental estão:

- ✓ A realização de carga horária distribuída em diferentes serviços, dentre eles um serviço de geração de trabalho e renda, proporcionou grande experiência nesse tipo de atuação, além da temática sobre geração de trabalho e renda já ser algo que vinha estudando desde o trabalho de conclusão de curso na graduação;
- ✓ Compreender o processo de sofrimento psíquico ajuda atualmente a entender os usuários participantes da iniciativa e criar possibilidades para estes;
- ✓ O trabalho mostrou-se, em diversos momentos, norteador da nova rotina de vida dos usuários em processo de reinserção social;
- ✓ Desde o início de sua prática profissional sua atuação sempre aconteceu nesse seguimento;
- ✓ No aprendizado sobre manejo de grupo, embora considere necessária a formação em economia solidária;
- ✓ Em todas as atuações anteriores trabalhou com proposta de geração de trabalho e renda;
- ✓ Importância das atividades em atuações anteriores para o processo de formação, compreensão e manejo da população usuária da saúde mental, além de terem concedido ferramentas para o trabalho com grupos, fundamental para o trabalho atual em oficina;

- ✓ Durante toda a experiência anterior viu e vivenciou condutas e pensamentos totalmente contrários à Reforma Psiquiátrica, o que fora importante para auxiliar no que acredita e faz hoje;
- ✓ O processo de atuação em diferentes contextos de trabalho e de articulação com políticas por meio das necessidades locais a fortaleceram para a atuação nesse momento como gestora do serviço de geração de trabalho e renda;
- ✓ As atuações anteriores na área da saúde mental forneceram instrumentos para uma melhor compreensão da dinâmica do trabalho com geração de trabalho e renda. É necessário haver uma plasticidade enquanto profissional para pensar nos vários aspectos envolvidos na produção sem deixar de lado os cuidados em saúde mental.
- ✓ Carregou as experiências anteriores para o atual contexto de trabalho em geração de trabalho e renda;
- ✓ Sua única experiência anterior, que não foi no âmbito da saúde mental, contribuiu para o seu desenvolvimento no trabalho em equipe, além de ter possibilitado um conhecimento prévio do cotidiano de um serviço público, bem como a diversidade e complexidade de seus usuários, o que encontrou quando iniciou seu trabalho em iniciativa de geração de trabalho e renda.

As justificativas apontadas pelas participantes revelam uma compreensão amadurecida sobre as contribuições das atuações anteriores em saúde mental, uma vez que destacam tanto ferramentas que adquiriram, quanto valores que incorporaram ao longo de suas atuações neste campo e como articulam tais aspectos com a atual proposta de trabalho.

Com relação à realização de cursos na área de saúde mental ou em alguma área relacionada à geração de trabalho e renda, das 16 participantes, 11 apontaram que realizaram ou estão realizando algum curso e 5 mencionaram que não.

Das 5 participantes que responderam negativamente, embora 1 tenha respondido não à questão, acabou mencionando em seguida ter realizado um curso para acompanhar a oficina que coordena atualmente, participando de uma capacitação que contribuiu com informações específicas sobre as atividades que são realizadas na oficina e justificou que a não realização de cursos é consequência de sua falta de tempo e de recursos financeiros para tal investimento. Das outras 4 participantes, 1 não relatou o motivo de não ter feito ou estar fazendo cursos atualmente e 3 justificaram com os seguintes motivos:

- ✓ Questões pessoais e financeiras e não encontrar dentro do que é oferecido algo que contribua com as demandas do trabalho executado;
- ✓ Falta de cursos na região e impossibilidade de custear cursos realizados fora da cidade;
- ✓ Não ter aproveitado algumas oportunidades.

Dentre as 11 participantes que responderam sobre a realização de algum curso na área de saúde mental ou em alguma área relacionada à geração de trabalho e renda, o Quadro 7 ilustra tais cursos, bem como o número de vezes que foram mencionados pelas participantes.

Quadro 7 – Cursos relacionados à área de saúde mental ou geração de trabalho e renda que foram ou estão sendo realizados pelas participantes

Cursos mencionados pelas participantes	Nº de participantes que apontaram o curso
Curso de Extensão: Gestão de Empreendimentos Solidários para a Saúde Mental – UFRJ	3
Curso em Economia Solidária	1
Curso de Difusão Cultural “Saúde Mental e Economia Solidária” – Escola de Enfermagem da USP	1
Curso de Extensão em Saúde Mental – F.C.M Unicamp	1
Formação em Saúde Mental e Economia Solidária – Escola de Enfermagem da USP	2
Curso sobre Cooperativismo – Cáritas	1
Curso de danças circulares e jogos cooperativos	1
Especialização Terapia Ocupacional em Saúde Mental	1
Formações complementares já apontadas em questão anterior	1
Participação em fóruns de geração de renda e supervisão institucional bimensal de técnicos do projeto de geração de trabalho e renda	1

Fonte: próprio autor

Como ilustrado no Quadro 7, alguns dos cursos foram apontados por mais de uma participante.

Observa-se que uma participante considerou de maneira genérica as formações complementares por ela realizadas também como cursos relacionados à área de saúde mental

ou geração de trabalho e renda. Uma das participantes considerou apenas sua participação em Fóruns de Geração de Renda e supervisão institucional bimensal de técnicos do projeto de geração de trabalho e renda no âmbito dos “cursos”, justificando que por meio dele foi possível participar de capacitações em geração de renda, mas não apontou formalmente nenhum outro curso; 2 participantes também consideraram a participação em Fóruns, Seminários e leitura de textos como pertinentes à categoria “cursos”, justificando que a formação nessa área é permanente e contínua, mas apontaram outros cursos dentre os listados no Quadro 7.

Das 11 participantes que responderam positivamente à questão, somente 1 estava realizando algum curso no momento da coleta de dados, no caso a especialização em Terapia Ocupacional, e 1 estava aguardando um curso iniciar no primeiro semestre de 2013. Dentre os cursos que já foram realizados pelas participantes, foi possível constatar que estes ocorreram entre os anos de 2003 a 2012.

É possível observar no Quadro 7 que grande parte dos cursos apontados pelas participantes aborda a temática da saúde mental e economia solidária, o que representa um forte engajamento das profissionais por formação nesta temática e que certamente contribui sobremaneira para a difusão da importância do trabalho solidário no âmbito da saúde mental. Ainda, evidencia um compromisso destas profissionais com as atuais políticas de saúde mental e economia solidária, uma vez que ao realizarem formações nesta área, demonstram conhecimento acerca de tais políticas, bem como uma iniciativa em fomentar esta perspectiva de trabalho aos usuários da saúde mental inseridos nas iniciativas de geração de trabalho e renda.

Quanto à contribuição destes cursos realizados pelas 11 participantes para o trabalho que desenvolvem atualmente, 2 deixaram a questão em branco e 2 não responderam à questão propriamente, abordando outros assuntos. As demais mencionaram:

- ✓ Contribuição no planejamento, reestruturação e organização do trabalho realizado na oficina, principalmente em questões voltadas para o planejamento da linha de produção da oficina, formação de preços, vendas e todas as questões envolvidas na produção e comercialização do produto;
- ✓ Contribuição no aprimoramento da clínica, possibilitando novos olhares e novos saberes;
- ✓ Contribuição para o manejo do grupo em relação às etapas e organização do processo produtivo, bem como para as questões relativas ao tipo de produto a ser produzido e sua comercialização;

- ✓ Contribuição com aspectos práticos relacionados ao trabalho na oficina por meio da oferta de elementos mais ligados à economia e menos focados na saúde mental;
- ✓ Contribuição para o entendimento e para a atuação diante dos diferentes comportamentos e diagnósticos em saúde mental e no cuidado diário com o usuário;
- ✓ Contribuição para a compreensão da oficina de trabalho como instrumento que preconiza a apropriação do processo de trabalho, o protagonismo e a participação ativa dos sujeitos aumentando seu poder de contratualidade e gerando valores como cooperação, coletividade, solidariedade, geração de renda, formação de redes e promoção de saúde;
- ✓ Contribuição para uma aproximação entre o embasamento referente à proposição do trabalho na saúde mental e a lógica da economia solidária.

É importante destacar que dentre as justificativas apontadas acima pelas participantes quanto à contribuição de cursos por elas realizados para o trabalho atual que desenvolvem no contexto de geração de trabalho e renda, foram apontadas contribuições no aprimoramento da clínica e contribuições relacionadas ao cuidado com o usuário no que se refere a comportamentos e diagnósticos. Estas considerações sugerem que, apesar das participantes evidenciarem uma prática na qual concebem aspectos relacionados à economia, apropriação do processo de produção, aumento da contratualidade dos usuários, dentre outros, evidenciando assim uma prática mais evoluída, a relação entre trabalho e clínica parece ainda presente neste contexto.

Quanto à necessidade de realizar algum curso para complementar a formação e contribuir no contexto de trabalho atual em geração de trabalho e renda, das 16 participantes, 2 deixaram a questão em branco, 2 responderam que não sentem necessidade, 8 responderam que sentem necessidade e 4 responderam a questão de maneira genérica sendo que destas: 2 apontaram estar sempre dispostas a adquirir novos conhecimentos, 1 apontou que são necessários não só cursos e 1 considerou que a discussão em torno da geração de trabalho e renda é ainda escassa e não abordada em toda a sua completude no âmbito da terapia ocupacional, de forma que os cursos para formação também estão em construção; entretanto apontou o desejo de ter mais tempo para acompanhar um pouco mais sobre a legislação do cooperativismo.

Dentre os cursos que foram mencionados por algumas participantes que responderam sentir necessidade de realizar algum curso para complementar a formação e contribuir no contexto de trabalho atual em geração de trabalho e renda estão:

- ✓ Cursos que problematizem questões relativas às relações de trabalho;
- ✓ Cursos com abordagem de questões legislativas;
- ✓ Cursos com abordagem de questões administrativas;
- ✓ Cursos que contextualizem experiências fora do Brasil;
- ✓ Cursos na área de Saúde Mental e Economia Solidária;
- ✓ Supervisão com outras experiências mais consolidadas;
- ✓ Curso de planejamento e gestão;
- ✓ Cursos em áreas de marketing, designer;
- ✓ Curso voltado especificamente para a área de geração de trabalho e renda;
- ✓ Curso na área de estratégia de vendas;
- ✓ Curso sobre técnicas específicas trabalhadas na oficina;
- ✓ Curso sobre cooperativismo;
- ✓ Curso sobre noções de empreendedorismo;
- ✓ Curso sobre planejamento financeiro.

Dentre as possíveis contribuições que os cursos supracitados poderiam dar às profissionais no contexto de geração de trabalho e renda, foram apontadas:

- ✓ Capacitação dos profissionais para que busquem ampliar os projetos, garantam maior autonomia aosicineiros e busquem meios de lidar com a relação mercado formal/informal, bem como o lugar do usuário nesse processo;
- ✓ Contribuição para um olhar mais amplo e social da problemática, buscando soluções para o desenvolvimento das oficinas para que gerem de fato renda;
- ✓ Melhoria na prática e na produção da oficina, bem como de seus aspectos administrativos;

- ✓ Dinamização da gestão da oficina com expectativa de aumento de vendas e consequente aumento da geração de renda;
- ✓ Agregação de conhecimentos específicos desta tecnologia (geração de trabalho e renda);
- ✓ Melhoria no valor mensal pago aos oficinheiros e ampliação do número de vagas;
- ✓ Contribuição para solucionar questões burocráticas da oficina;
- ✓ Contribuição na sondagem do tipo de atividade atrativa financeiramente e de produção viável;
- ✓ Contribuição na negociação do produto no mercado;
- ✓ Contribuição quanto à necessidade contínua de rever os processos de trabalho;
- ✓ Contribuição no cotidiano da oficina em relação às dificuldades encontradas em sua rotina, como pensar melhores espaços de comercialização, parcerias, comércio justo e marketing.

Verifica-se que os cursos apontados como necessários e as justificativas quanto à contribuição destes cursos para a atuação das profissionais nos espaços de geração de trabalho e renda, dizem de um real envolvimento destas, não só com os aspectos do trabalho na geração de trabalho e renda propriamente, mas também com aspectos relativos ao mundo do trabalho. Ou seja, as participantes fazem apontamentos que deixam explícito o quanto, de fato, elas têm se envolvido com a proposta de gerar trabalho e renda para os usuários da saúde mental e o quanto isso se dá sob a ótica do mundo do trabalho, em que são necessários conhecimentos administrativos, de comercialização, marketing, dentre outros apontados e que são necessários para que os produtos sejam atrativos, viáveis e que possam entrar no mundo da comercialização. Assim, fica explícita também a demanda por novos conhecimentos e novas ferramentas para lidar com questões relativas ao mundo do trabalho. Destaca-se também a necessidade, apontada pelas participantes, de estratégias e meios de alcançar melhor comercialização e, principalmente, de gerar melhores rendas.

4.2 Caracterização das iniciativas de geração de trabalho e renda

Por meio das informações contidas nos questionários respondidos pelas 16 participantes, foi possível identificar e caracterizar as 10 iniciativas de geração de trabalho e renda localizadas em 5 cidades no estado de São Paulo incluídas no estudo.

Inicialmente denominou-se como iniciativa de geração de trabalho e renda a “oficina”³ cujo terapeuta ocupacional estivesse atuando diretamente, já que a expectativa era encontrar no banco de dados a “oficina” propriamente cadastrada e não o serviço que a abriga. Entretanto o acesso ao banco de dados revelou que alguns cadastros diziam respeito a uma única “oficina”, mas outros diziam respeito a um serviço de geração de trabalho e renda no qual são desenvolvidas várias “oficinas” e que em algumas havia o terapeuta ocupacional na equipe.

O retorno dos questionários respondidos pelas participantes confirmou esta condição e revelou certa incompreensão por parte destas participantes, sendo que algumas responderam às perguntas direcionando as respostas para a “oficina” em que atuam e outras responderam direcionando as respostas para o serviço de forma geral, abordando todas as “oficinas” que o compõem, inclusive aquelas em que a participante não atua diretamente.

Desta forma, no Quadro 8 a seguir são feitos esclarecimentos acerca de cada iniciativa (se corresponde a uma única “oficina” ou ao serviço de geração de trabalho e renda) e o número de terapeutas ocupacionais participantes em cada uma delas.

³ O termo oficina foi mencionado por quantidade considerável de participantes para se referirem a um determinado grupo de produção que acompanham na iniciativa de geração de trabalho e renda. Portanto, somente nesse momento, ao utilizarmos o termo oficina, este virá entre aspas, visto que o consideramos ambíguo e hoje não parece o mais adequado para traduzir a proposta de geração de trabalho e renda. Esta questão será problematizada mais adiante neste estudo.

Quadro 8 – Condição das iniciativas de geração de trabalho e renda participantes e número de terapeutas ocupacionais participantes por iniciativa

Cidade	Iniciativa participante do estudo	Condição da iniciativa	Nº de terapeutas ocupacionais participando do estudo por iniciativa
Cidade B	Iniciativa I	Serviço de geração de trabalho e renda - abriga 3 “oficinas”	1
Cidade D	Iniciativa II	Serviço de geração de trabalho e renda - abriga 4 “oficinas”	2 (Uma das participantes atua em uma das 4 “oficinas” e a outra faz a gestão do serviço)
	Iniciativa III	Serviço de geração de trabalho e renda – abriga 15 “oficinas”	4 (Cada uma das participantes atua em uma determinada “oficina” do serviço)
	Iniciativa IV	“Oficina”	1
Cidade E	Iniciativa V	Serviço de geração de trabalho e renda – abriga 7 “oficinas”	3 (Duas terapeutas atuam cada uma em uma das 7 “oficinas” e a outra faz a gestão do serviço)
Cidade F	Iniciativa VI	Serviço de geração de trabalho e renda – abriga 4 “oficinas”	1
Cidade H	Iniciativa VII	“Oficina”	1
	Iniciativa VIII	“Oficina”	1
	Iniciativa IX	“Oficina”	1
	Iniciativa X	“Oficina”	1

Fonte: próprio autor

Ressalta-se que foram incluídas no estudo 2 participantes que desenvolvem função de gestora do serviço de geração de trabalho e renda, como já mencionado anteriormente. Embora

tenha se preconizado a participação de terapeutas ocupacionais que estivessem atuando diretamente nas “oficinas”, as 2 participantes foram incluídas compreendendo a importância das informações contidas no questionário por elas respondido e valorizando tal atuação em um contexto em que se desenvolvem apenas “oficinas” de geração de trabalho e renda, dando voz, portanto, ao terapeuta ocupacional que, para além do trabalho direto nas “oficinas”, também tem pensado a construção, desenvolvimento e manutenção destas por meio do papel de gestor.

Feitos estes esclarecimentos, a seguir será apresentada a caracterização das iniciativas de geração de trabalho e renda. Diante da constatação já mencionada anteriormente sobre a condição do cadastro dessas iniciativas, a caracterização será feita de 2 formas:

- Uma caracterização daquelas iniciativas cujo cadastro e resposta das participantes são referentes a uma única “oficina”;
- Uma caracterização daquelas iniciativas cujo cadastro no banco de dados consta o serviço de geração de trabalho e renda e cuja resposta da maioria das participantes permitiu tal caracterização do serviço como um todo.

Caracterização das oficinas de geração de trabalho e renda

As iniciativas apontadas a seguir serão descritas de forma a caracterizar a “oficina” de geração de trabalho e renda como já esclarecido.

Neste contexto as iniciativas passarão a ser denominadas **Oficinas**.

Quadro 9 - Caracterização das Oficinas

Cidade	Oficina	Tempo de existência da oficina (anos)	Profissionais que atuam na oficina	Origem dos participantes da oficina	Nº de participantes	Produtos e serviços gerados pela oficina
D	IV	10	1 terapeuta ocupacional; 1 psicólogo	Somente usuários da saúde mental	9	Produtos alimentícios
H	VII	7	1 terapeuta ocupacional; 2 assistentes sociais	Usuários da saúde mental, familiares e pessoas da comunidade	7 usuários da saúde mental; 3 não usuários da saúde mental	Confecção
H	VIII	5	1 terapeuta ocupacional e 1 psicólogo	Somente usuários da saúde mental	3	Venda de livros
H	IX	7	1 terapeuta ocupacional; 1 assistente social; 1 oficineiro artesão	Usuários da saúde mental, idosos, pessoas com deficiência intelectual	3 usuários da saúde mental; 7 não usuários da saúde mental	Reciclagem e confecção
H	X	7	1 terapeuta ocupacional; 1 assistente social (Coordenador do serviço); 1 auxiliar de enfermagem	Somente usuários da saúde mental	8	Atividade agrícola – cultivo e produção de hortaliças e plantas medicinais

Fonte: próprio autor

Das 5 oficinas apontadas no Quadro 9, 1 está localizada na cidade D e 4 estão localizadas na cidade H. Nestas 5 oficinas há apenas 1 terapeuta ocupacional em cada uma delas e que participa do estudo.

O tempo de existência dessas oficinas variou entre 5 e 10 anos e o número de participantes por oficina variou entre 3 e 10 pessoas.

Dentre os profissionais que acompanham as oficinas foram apontados, além do terapeuta ocupacional, o psicólogo, o assistente social, o auxiliar de enfermagem e o oficineiro artesão. Das 5 iniciativas, somente 1 conta com o oficineiro artesão como componente da equipe.

Das 5 oficinas, 3 contam somente com a participação de usuários da saúde mental e 2 contam com, além dos usuários da saúde mental, pessoas da comunidade e familiares de usuários em 1, e pessoas com deficiência intelectual e idosos em outra.

Quanto à procedência (serviços de origem) dos usuários de serviços de saúde mental, o Quadro 10 ilustra os serviços de origem, bem como o número de participantes que os apontaram.

Quadro 10 - Serviços de origem dos usuários da saúde mental participantes das oficinas

Serviço de origem dos participantes das oficinas que fazem uso de serviços de assistência à saúde mental	Nº de participantes que apontaram o serviço
CAPS	5
Centro de Saúde	1
Ambulatório de Especialidades com atendimento em Psiquiatria e UBS – Saúde Mental	2

Fonte: próprio autor

Quanto às atividades produtivas e de prestação de serviços realizadas nas oficinas foram apontadas:

- ✓ Produtos alimentícios;
- ✓ Confeção;
- ✓ Venda de livros;
- ✓ Reciclagem;
- ✓ Atividade agrícola.

Ressalta-se que apenas 1 das oficinas desenvolve mais de uma das atividades mencionadas acima e somente 1 delas apontou que o grupo realiza prestação de serviços.

O Quadro 11 a seguir ilustra aspectos referentes ao funcionamento das oficinas.

Quadro 11 – Aspectos relacionados ao funcionamento das oficinas

Objetivo específico da oficina/ N° de oficinas	Frequência com que os grupos desenvolvem as atividades nas oficinas/ N° de oficinas	Período do dia no(s) qual(is) os grupos desenvolvem suas atividades nas oficinas/ N° de oficinas	Forma de funcionamento da oficina/ N° de oficinas
Geração de trabalho e renda – 3 oficinas	De segunda à sexta-feira – 2 oficinas (1 delas há participação em eventos esporádicos aos finais de semana)	Período da manhã e da tarde – 2 oficinas . (1 das oficinas das 8h às 17h e a outra das 10h às 12h e das 13h30 às 15h30)	Empreendimento econômico solidário – 2 oficinas
Geração de trabalho e renda e fomento ao trabalho – 1 oficina	2 vezes por semana – 2 oficinas	Somente no período da tarde – 2 oficinas	Grupo de produção – 2 oficinas
Fomento ao trabalho – 1 oficina	1 vez por semana e quando há eventos – 1 oficina	Somente no período da manhã – 1 oficina	Empreendimento econômico solidário e oficina de geração de renda – 1 oficina

Fonte: próprio autor

Quanto à situação atual da oficina, 2 participantes consideraram as oficinas em funcionamento, já implantadas; 2 consideraram as oficinas em processo de construção (algumas ações implantadas e outras em fase de implantação); e 1 considerou a oficina ainda em projeto (aguardando incentivo para implantação da iniciativa), ainda que esteja sendo desenvolvida, como apontado pela participante no momento em que a pesquisadora fez o convite para a participação na pesquisa.

Quanto à forma/local de comercialização dos produtos e serviços gerados nas oficinas foram apontados:

- ✓ Feiras;
- ✓ Eventos;
- ✓ Venda para a vizinhança por meio da rede de amigos dos sujeitos que participam da oficina;
- ✓ Venda de forma ambulante pelos sujeitos que participam da oficina para pessoas conhecidas ou em escolas;
- ✓ Venda pela internet;
- ✓ Venda na própria unidade onde se desenvolve a oficina.

Das 5 oficinas, somente em 1 foi apontado a venda na própria unidade onde se desenvolve a oficina como único meio de comercialização do produto; as 4 restantes apontaram mais de uma forma de comercialização, sendo que somente em 1 delas foi apontada a venda pela internet.

No que diz respeito ao critério adotado nas oficinas para realizar a distribuição da renda entre os participantes, das 5 oficinas, em 4 a distribuição é feita de acordo com as horas trabalhadas e apenas em 1 realiza-se uma combinação entre os dias trabalhados e a disposição de cada um em colaborar, levando em conta as condições e limitações, dentre elas o período de reagudização do quadro e o adoecimento.

No que se refere à renda mensal gerada pela oficina, à renda mensal por pessoa e às despesas mensais de cada uma das 5 oficinas, houve grande variação e situações bastante distintas, portanto, esta situação será ilustrada por meio do Quadro 12 a seguir, apontando tais informações sobre cada uma das oficinas.

Quadro 12 - Aspectos financeiros das oficinas

Oficina	Produtos e serviços gerados pela oficina	Renda mensal da oficina (Real)	Renda mensal por pessoa (Real)	Despesas mensais da oficina (Real)
IV	Produtos alimentícios	4.000	350	3.000
VII	Confecção	Entre 100 e 300	Em média 20	Materiais de consumo (cerca de 25% do faturamento)
VIII	Venda de livros	Variação de 800 a zero entre os meses	Já houve mês em que a renda por pessoa foi de 200 e mês de não haver renda alguma	Não há despesa fixa
IX	Reciclagem e Confecção	A renda não é mensal e sim trimestral. Em torno de 300	Trimestralmente a renda gira em torno de 30	Trimestralmente as despesas giram em torno de 50
X	Produção de hortaliças e plantas medicinais	Não mencionou valores. A produção é muito pequena de forma que a partilha da arrecadação é feita semestralmente	Em torno de 35, no último semestre	Não mencionou valores

Fonte: próprio autor

Quanto aos parceiros destas oficinas foram apontados:

- ✓ Fórum de Economia Solidária;
- ✓ Secretaria de Saúde;
- ✓ Secretaria do Trabalho e Renda;
- ✓ Incubadora Tecnológica de Cooperativas Populares;
- ✓ Ministério da Saúde;
- ✓ Secretaria Municipal do Verde e Meio Ambiente (SMVMA).

Das 5 oficinas que contam com parceiros, 4 mencionaram o Fórum de Economia Solidária e dentre o tipo de parceria que estabelecem com o Fórum foram mencionados

participação em eventos e reuniões da Rede Estadual de Saúde Mental e Economia Solidária e participação em cooperativa de empreendimentos solidários.

Quanto aos demais parceiros mencionados, foram apontados os seguintes tipos de parcerias estabelecidas:

- ✓ Concessão de espaço físico;
- ✓ Concessão de recurso material;
- ✓ Realização de supervisão institucional;
- ✓ Auxílio em feiras;
- ✓ Viabilização de recurso financeiro por meio de editais;
- ✓ Capacitação dos participantes das iniciativas por meio de recursos do Ministério da Saúde (3ª Chamada para projetos de arte, cultura e geração de renda);
- ✓ Capacitação dos empreendimentos na área de economia solidária;
- ✓ Orientações técnicas aos participantes das iniciativas.

No que diz respeito à vinculação das oficinas com algum serviço de saúde mental, nas 5 foi apontado que sim, que estão vinculadas a algum serviço de saúde mental, sendo que 3 delas estão vinculadas a CAPS e 2 delas estão vinculadas a Centro de Convivência e Cooperativa (CeCCo). Aponta-se ainda que 3 oficinas acontecem dentro do CAPS e 2 dentro do CeCCo.

Sobre a vinculação destas oficinas à economia solidária, das 5 oficinas presentes, 4 estão vinculadas e apenas 1 não está. Dentre as formas de vinculação que foram apontados tem-se:

- ✓ Por meio do Fórum de Geração de Renda da cidade;
- ✓ Por meio da Rede de Saúde Mental e Economia Solidária;
- ✓ Por meio da atuação da própria iniciativa que trabalha fundamentada nos moldes da economia solidária;
- ✓ Por meio de capacitações concedidas por Incubadora Tecnológica de Cooperativas Populares;
- ✓ Por meio da formação do terapeuta ocupacional nesta área e dos cursos realizados.

Caracterização dos serviços de geração de trabalho e renda

Como mencionado anteriormente, as iniciativas apontadas a seguir serão descritas de forma a caracterizar o serviço de geração de trabalho e renda.

Ressalta-se que, nos momentos em que for possível, serão apontadas informações relativas às “oficinas” específicas dos serviços em que as terapeutas ocupacionais participantes do estudo atuam, quando todas tiverem fornecido tais informações sobre determinado aspecto da “oficina”.

Neste contexto as iniciativas passarão a ser denominadas **serviços de geração de trabalho e renda**.

Quadro 13 - Caracterização dos serviços de geração de trabalho e renda

Cidade	Serviço de geração de trabalho e renda	Tempo de existência do serviço (anos)	Profissionais que atuam no serviço	Origem dos participantes das “oficinas” do serviço	Nº total de participantes das “oficinas” do serviço	Atividades de produção/serviço desenvolvidas nas “oficinas” do serviço
B	I	15	2 terapeutas ocupacionais; 1 assistente social; 1 psicólogo	Somente usuários da saúde mental	Não precisou o número total	Costura; arte em mosaico; confecção de papel artesanal; encadernação
D	II	7	3 terapeutas ocupacionais; 1 educador social e artista plástico, 1 psicólogo; monitores de oficinas; 1 gestor; 2 profissionais de limpeza	Usuários da saúde mental e pessoas em vulnerabilidade de social	42 participantes, sendo 70% usuários da saúde mental	Artesanato em tecido; fios e linhas; bijuteria; confecção de papel; mosaico; corte e costura; confecção de bonecos de papel; produção alimentícia; prestação de serviços (alimentos e eventos)
D	III	20	Terapeuta ocupacional; psicólogo; assistente social; nutricionista; enfermeiro; técnico em enfermagem; médico psiquiatra;	Somente usuários da saúde mental	Não precisou o número total	Reciclagem; produção de hortaliças orgânicas, frutas e plantas medicinais; atividade de jardinagem; cartonagem; mosaico em vidro

			equipe administrativa; gerente do programa; monitor; motorista e vendedores – não foi especificado o número de profissionais de cada categoria			
E	V	Completerà 10	9 supervisores de oficina (sendo 2 terapeutas ocupacionais) 9 monitores; 1 assistente técnico administrativo; 1 coordenador de equipe; 1 auxiliar de serviços gerais; 2 auxiliares de loja; 1 profissional que trabalha na cozinha	Somente usuários da saúde mental – embora alguns sujeitos participantes apresentem condição de alta vulnerabilidade social e também deficiência intelectual. Contam atualmente com um sujeito morador de rua.	96 usuários da saúde mental	Reciclagem; marcenaria; confecção; tecelagem; vitral; encadernação; papel artesanal; mosaico; serigrafia
F	VI	8 anos dentro de serviço de saúde mental/ irá completar 4 em sede própria	2 terapeutas ocupacionais; 2 monitores de arte (sendo que 1 tem formação de técnico em enfermagem e o outro é guarda civil)	Somente usuários da saúde mental	56 usuários da saúde mental; 6 não usuários da saúde mental; 4 familiares	Reciclagem; tecelagem; mosaico; pintura em panos de prato e madeira; confecção de sacolas

Fonte: próprio autor

Dos 5 serviços de geração de trabalho e renda apontados no quadro, 1 está localizado na cidade B; 2, na cidade D; 1, na cidade E; e 1, na cidade F.

Com relação ao número de terapeutas ocupacionais participantes do estudo, no serviço I há 1; no serviço II, 2, sendo que uma delas exerce papel de gestora do serviço; no serviço III, 4; no serviço V, 3, sendo que uma delas exerce papel de gestora do serviço; e no serviço VI, 1.

O tempo de existência desses serviços variou entre 7 e 20 anos e o número de participantes por serviço variou entre 42 e 96 pessoas, quando mencionado.

Dentre os profissionais que atuam no serviço de geração de trabalho e renda foram apontados, além do terapeuta ocupacional:

- ✓ Assistente social;
- ✓ Psicólogo;
- ✓ Educador social e artista plástico;
- ✓ Monitor de oficina;
- ✓ Gestor do serviço de geração de trabalho e renda;
- ✓ Profissionais de limpeza;
- ✓ Nutricionista;
- ✓ Enfermeiro;
- ✓ Técnico em enfermagem;
- ✓ Médico psiquiatra;
- ✓ Equipe administrativa;
- ✓ Gerente do programa;
- ✓ Motorista;
- ✓ Vendedor;
- ✓ Supervisor de oficina;
- ✓ Coordenador de equipe;
- ✓ Auxiliar de serviços gerais;
- ✓ Auxiliar de loja;
- ✓ Profissionais que atuam na cozinha do serviço.

Quanto à origem dos participantes das oficinas que compõem o serviço de geração de trabalho e renda, dos 5 serviços, em 4 foram apontados que os participantes são somente usuários da saúde mental, e em um deles os participantes são usuários da saúde mental e pessoas em vulnerabilidade social. Embora em 4 serviços tenha sido apontada a participação nas

oficinas de apenas usuários da saúde mental, em 2 deles foram feitas observações, já que em 1 são aceitas também pessoas que apresentem comorbidades, e atualmente há a participação de um morador de rua; em outro houve uma posterior informação de que, além dos usuários da saúde mental, tem havido a participação de familiares destes sujeitos e pessoas não usuárias da saúde mental.

Dentre os serviços de origem dos usuários que participam das oficinas do serviço de geração de trabalho e renda, foram apontados:

- ✓ Ambulatório da Universidade;
- ✓ Ambulatório de Psiquiatria da Universidade;
- ✓ Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF;
- ✓ Posto de Saúde;
- ✓ Ambulatório Regional;
- ✓ Centro de Referência de Assistência Social - CRAS;
- ✓ CAPS I, II e III;
- ✓ CAPS ad;
- ✓ Unidade Básica de Saúde – UBS;
- ✓ Centro de Saúde;
- ✓ CeCCo;
- ✓ Demanda espontânea;
- ✓ Ambulatório de Saúde Mental/Psiquiatria;
- ✓ Médicos particulares;
- ✓ Convênios;
- ✓ Rede de Saúde Mental do município.

Quanto às atividades de produção ou prestação de serviços desenvolvidas nas oficinas que compõem o serviço de geração de trabalho e renda, foram mencionadas:

- ✓ Costura;
- ✓ Mosaico;
- ✓ Confecção de papel artesanal;
- ✓ Encadernação;
- ✓ Artesanato em tecido;
- ✓ Fios e linhas;
- ✓ Bijuteria;
- ✓ Corte e costura;
- ✓ Confecção de bonecos de papel;
- ✓ Produção de alimentos;
- ✓ Prestação de serviços no ramo alimentício e eventos;
- ✓ Reciclagem;
- ✓ Prestação de serviços no ramo de marcenaria e serigrafia;
- ✓ Produção de hortaliças orgânicas, frutas e plantas medicinais;
- ✓ Atividade de Jardinagem;
- ✓ Cartonagem;
- ✓ Mosaico em vidro – produtos para iluminação;
- ✓ Marcenaria;
- ✓ Confecção;
- ✓ Tecelagem;
- ✓ Vitral;
- ✓ Serigrafia;
- ✓ Pintura em panos de prato e madeira;
- ✓ Confecção de sacolas.

Dos 5 serviços, em apenas 2 foi apontado que há a realização de prestação de serviços; nos demais há apenas atividade de produção.

Quanto ao objetivo específico das oficinas que compõem o serviço de geração de trabalho e renda, foram apontados: objetivo de geração de renda, objetivo de fomento ao trabalho e objetivo de capacitação e formação. O Quadro 14 a seguir ilustra a distribuição das respostas dadas pelas participantes relativas às oficinas que compõem o serviço.

Quadro 14 – Objetivo específico das oficinas que compõem o serviço de geração de trabalho e renda

Objetivo específico das oficinas que compõem o serviço de geração de trabalho e renda	Nº de serviços em que foi apontado o objetivo específico das oficinas que os compõem
Geração de renda	2
Geração de renda e fomento ao trabalho	1
Geração de renda, capacitação e formação	1
Geração de renda, fomento ao trabalho, capacitação e formação	1

Fonte: próprio autor

Com relação à frequência com que os grupos realizam suas atividades nas oficinas do serviço de geração de trabalho e renda, dos 5 serviços, em 4 as atividades ocorrem de segunda a sexta-feira e em 1 foi apontado que existe uma variação de acordo com cada oficina, de forma que existem grupos que desenvolvem atividades e frequentam o serviço 1 vez por semana, 3 vezes por semana ou até 4 vezes por semana.

Quanto à forma de funcionamento dos grupos nas oficinas desenvolvidas no serviço de geração de trabalho e renda foram apontadas:

- ✓ Empreendimento econômico solidário;
- ✓ Cooperativa social;
- ✓ Grupo de produção;
- ✓ Oficina de geração de renda;
- ✓ Associação.

Identificou-se, a partir das informações acima, que houve mais de uma indicação por serviço da forma como os grupos funcionam nas oficinas e isso aconteceu, provavelmente, por cada terapeuta ocupacional participante do estudo, nesse caso, responder à luz da oficina que

acompanha no serviço. Embora existisse uma expectativa de que os terapeutas ocupacionais que atuam em oficinas de um mesmo serviço tivessem clareza sobre tal aspecto e dessem a mesma resposta, isso não ocorreu. Em apenas 2 dos 5 serviços os terapeutas ocupacionais participantes do estudo responderam tratar-se de uma única forma de funcionamento.

Dentre as formas de comercialização dos produtos e serviços gerados nas oficinas dos serviços de geração de trabalho e renda foram apontadas:

- ✓ Feiras;
- ✓ Lojas;
- ✓ Eventos;
- ✓ Vendas informais na comunidade;
- ✓ Contrato com empresa privada;
- ✓ Loja on-line na internet;
- ✓ Parceiros;
- ✓ Venda na porta para consumidor final;
- ✓ Supermercados;
- ✓ Bazares;
- ✓ Mesas de negociações;
- ✓ Compra para revenda;
- ✓ Consignação.

Na totalidade dos serviços de geração de trabalho e renda há comercialização dos produtos e serviços em feiras e lojas; dos 5, somente em 1 não foi apontado a comercialização dos produtos em eventos. Além destas formas de comercialização outras foram apontadas por 3 dos 5 serviços: 1 dos serviços realiza vendas informais na comunidade e por meio de contrato com empresa privada; 1 realiza venda em loja online na internet, venda para parceiros, venda na porta para consumidor final e venda em supermercados; 1 realiza venda em bazares, mesas de negociações, compra para revenda, consignação e outras parcerias.

No que diz respeito a a) forma de distribuição da renda entre os participantes; b) renda mensal do grupo que trabalha em determinada oficina; c) renda por trabalhador em determinada

oficina; e d) despesas mensais de determinada oficina; as terapeutas ocupacionais, em sua maioria, informaram sobre a oficina específica em que atuam.

Portanto, a seguir, será apresentado o Quadro 15 caracterizando cada uma das oficinas identificadas em cada um dos 5 serviços em que as terapeutas ocupacionais atuam e os aspectos financeiros das mesmas. Houve 2 situações em que as respostas foram dadas de maneira genérica, sem distinguir a oficina acompanhada pelo terapeuta ocupacional, como será explicitado.

Quadro 15 - Aspectos financeiros das oficinas desenvolvidas nos serviços de geração de trabalho e renda onde há o terapeuta ocupacional atuando

Serviço de geração de trabalho e renda	Oficina(s) acompanhada(s) pelo terapeuta ocupacional	Forma de distribuição da renda entre os trabalhadores da oficina	Renda mensal gerada na oficina (Real)	Renda mensal por pessoa (Real)	Despesas mensais da oficina (Real)
Serviço I	Não especificou	Por horas trabalhadas	De 250 a 400	De 30 a 180	Não especificou
⁴ Serviço II	Oficina de produção de alimentos e prestação de serviços em eventos e no ramo alimentício	Por horas trabalhadas	Média de 4.645,40	Média de 422,30	Média de 440
Serviço III	1) Papel Artesanal	1) Por horas trabalhadas; por produtividade; por avaliação de desempenho	1) 1.300	1) De 30 a 250	1) Não especificou
	2) Agrícola	2) Por horas trabalhadas; por avaliação de desempenho	2) 35.000	2) 300	2) 25.000
	3) Gráfica	3) Por horas trabalhadas; por função	3) 4.800	3) De 120 a 470	3) De 1.500 a 3.000

⁴ Serviço II: Neste serviço há 2 terapeutas ocupacionais participando do estudo, entretanto, só foi apontada a oficina em que 1 delas atua, já que a outra assume o papel de gestora do serviço de geração de trabalho e renda.

	4) Vitral artesanal	4) Por horas trabalhadas	4) Média de 2.000	4) De 50 a 200	4) 4.000
⁵ Serviço V	1) Papel Artesanal	1) Por horas trabalhadas; por produtividade	1) De 200 a 1.000	1) Média de 50 a 55	1) Não há despesa mensal, os gastos são esporádicos com manutenção de equipamentos ou compra de sementes a cada 6 meses
	2) Mosaico	2) Por horas trabalhadas; por produtividade	2) De 200 a 1.000	2) De 2 a 150	2) Realizam 2 compras grandes de m.d.f no ano e 3 compras grandes de azulejo no ano. Os demais gastos que são mensais giram em torno de 100
Serviço VI	Não especificou	Por horas trabalhadas	Média de 1.400	O pagamento é feito a cada 2 meses e o valor médio é de 25	Média de 250

Fonte: próprio autor

Quanto aos parceiros destes serviços foram apontados:

- ✓ SEBRAE;
- ✓ SESC/SENAC;
- ✓ Secretaria de Saúde;
- ✓ Secretaria de Ação Social;
- ✓ Fórum de Economia Solidária;
- ✓ Secretaria Municipal de Trabalho e Renda;

⁵ Serviço V: Neste serviço há 3 terapeutas ocupacionais participando do estudo, entretanto, só foram apontadas as oficinas em que 2 delas atuam, já que a outra assume o papel de gestora do serviço de geração de trabalho e renda.

- ✓ Secretaria Municipal Cidadania, Assistência e Inclusão Social;
- ✓ ONG's;
- ✓ Escolas;
- ✓ Coordenadoria de Assistência Técnica Integral – CATI;
- ✓ Instituto Agrônomo;
- ✓ Agrônomos da comunidade;
- ✓ OPAC – Assistência técnica;
- ✓ Secretaria da Cultura;
- ✓ Delegacia Regional do Trabalho;
- ✓ Secretaria do Meio Ambiente;
- ✓ Laboratórios Pfizer;
- ✓ Iniciativa privada;
- ✓ Artesãos e artistas plásticos da cidade.

A totalidade dos serviços mantém parceria com a Secretaria de Saúde e dentre as contribuições advindas dessa parceria foram apontadas: a concessão de passe de ônibus para os trabalhadores das oficinas que compõem o serviço; convênio de cogestão entre a Prefeitura da cidade e o equipamento de saúde que abriga o serviço de geração de trabalho e renda; verba para contratação de profissionais para atuarem nos serviços; contribuição direta nas ações desenvolvidas pelo serviço; e financiamento. Em um dos serviços foi também apontado que a Secretaria de Saúde contribui sendo cliente, por meio da compra dos produtos gerados pelo serviço; em outro foi mencionado que o serviço de geração de trabalho e renda pertence à Secretaria.

Quanto à contribuição das demais parcerias, foram apontadas:

- ✓ Consultorias;
- ✓ Cursos de capacitação;
- ✓ Ampliação das vendas;
- ✓ Participação em editais;
- ✓ Desenvolvimento de produtos, comercialização e vendas;

- ✓ Oficinas do serviço como campo de estágio;
- ✓ Cofinanciamento de vale transporte para alguns usuários que trabalham nas oficinas do serviço;
- ✓ Assistência técnica;
- ✓ Encontros mensais para compartilhar experiências, pensar estratégias de comercialização e fomentar Políticas Públicas;
- ✓ Clientes;
- ✓ Concessão de bolsa moradia para alguns usuários que trabalham nas oficinas do serviço;
- ✓ Eventos na área de economia solidária;
- ✓ Concessão de matéria prima;
- ✓ Proposição de discussões e programa de bolsas;
- ✓ Participação em feiras de economia solidária;
- ✓ Contribuição em projetos pontuais para melhorias e aquisição de bens duráveis;
- ✓ Disponibilização do espaço para realização de eventos e participação em feiras.

Com relação à ligação existente entre o serviço de geração de trabalho e renda a algum serviço de saúde mental, na totalidade dos serviços ocorre tal ligação. Dos 5 serviços, 2 apontaram o próprio serviço de geração de trabalho e renda sem maior especificação sobre a ligação destes a um serviço de saúde mental; 1 apontou que o serviço de geração de trabalho e renda está ligado a um serviço de saúde mental específico da cidade; 1 referiu que o serviço de geração de trabalho e renda está ligado ao CAPS; e 1 apontou que o serviço de geração de trabalho e renda constitui a Rede de Atenção Psicossocial do município, estando em parceria direta com os CAPS, UBS e demais equipamentos constituintes da rede.

Todos os serviços de geração de trabalho e renda apontaram estar vinculados à economia solidária. Foram referidas as seguintes formas de vinculação:

- ✓ O trabalho no serviço de geração de trabalho e renda é desenvolvido nos moldes da economia solidária;
- ✓ Participação do serviço nos Fóruns Municipal e Estadual de economia solidária;

- ✓ Por meio da parceria com a Secretaria Municipal de Trabalho e Renda do município onde se encontra a Diretoria de Economia Solidária. Por meio de realização conjunta de feiras e participação em editais;
- ✓ Participação do serviço nos diversos fóruns ligados ao movimento da economia solidária;
- ✓ Participação em feiras ligadas ao movimento da economia solidária;
- ✓ Por meio da realização e participação em cursos de capacitação na área de economia solidária;
- ✓ Por meio de ações e discussões nos âmbitos municipal, estadual e federal;
- ✓ A economia solidária é uma das diretrizes de ação do serviço de geração de trabalho e renda.

Os resultados provenientes dos questionários referentes à caracterização das 10 iniciativas (5 oficinas e 5 serviços de geração de trabalho e renda) até aqui apresentados revelam que estas, em sua maioria, contam apenas com usuários da saúde mental e estes usuários vêm, principalmente, dos CAPS, sendo que o número de participantes nestas iniciativas é relativamente baixo, variando de 3 a 10 participantes nas que se tratam de uma única oficina. As atividades de produção ainda estão fortemente ligadas ao artesanato e apenas 3, das 10 iniciativas, investem em prestação de serviços.

Quanto à frequência com que os grupos desenvolvem suas atividades de trabalho, nas oficinas verificou-se que apenas 2 desenvolvem suas atividades de segunda à sexta-feira, as demais no máximo 2 vezes na semana, ao contrário dos serviços de geração de trabalho e renda que, em quase sua totalidade, desenvolvem suas atividades de segunda à sexta-feira.

Quanto à renda mensal gerada por participante, os resultados indicam que as retiradas, em sua maioria, são ainda extremamente baixas revelando que gerar renda ainda é um dos maiores desafios destas iniciativas de geração de trabalho e renda. Assim, há iniciativas que não conseguem gerar renda mensal aos usuários, de forma que a partilha da renda gerada chega a ser feita a cada 2, 3 e até 6 meses, retratando uma situação alarmante e urgente frente à proposta que existe atualmente de gerar trabalho e renda, e cuja renda deve viabilizar a participação social dos usuários, bem como sua inclusão social.

Destaca-se que todas as iniciativas estão vinculadas a algum serviço de saúde mental e estabelecem várias parcerias, tendo sido apontada, principalmente, parceria com a Secretaria de

Saúde do Município e o Fórum de Economia Solidária. Das 10 iniciativas, em 9 foi apontado o vínculo com a economia solidária.

Diante do panorama apresentado, um primeiro apontamento a ser feito é em relação ao termo oficina. Justifica-se que, optou-se neste trabalho pelo uso desta terminologia, em um primeiro momento, como uma estratégia didática para distinguir as iniciativas que se tratam de um único grupo de produção, daquelas que se tratam de serviços que desenvolvem vários grupos de produção. Uma segunda justificativa, e que respalda a primeira, é que boa parte das participantes do estudo fez uso desta terminologia ao longo das entrevistas para se referir a um determinado grupo de produção. Entretanto, considera-se que o termo oficina suscita uma série de questionamentos, principalmente, no que se refere ao valor que carregou e ainda carrega quando se pensa em dispositivos/recursos de intervenção no âmbito da assistência em saúde mental.

Segundo Galletti (2004, p. 21), o dispositivo denominado oficina geralmente se apresenta quando se abordam as novas propostas terapêuticas, sendo frequentemente utilizado na clínica “psi” para designar uma série de experiências terapêuticas e extraterapêuticas quase sempre respaldadas pelas perspectivas da Reforma Psiquiátrica, de forma que “o universo das oficinas não se define por um modelo homogêneo de intervenção e nem tampouco pela existência de um único regime de produção; ao contrário, é composto de naturezas diversas, numa multiplicidade de formas, processos e linguagens”.

Ainda que a autora supracitada explore vários aspectos potencias das oficinas, inclusive abordando a perspectiva de trabalho que se encontra nestas e discorrendo sobre suas potências sob a ótica de produção de sentido, considera-se que a atual proposta de trabalho aos usuários da saúde mental deve ir além e buscar cada vez mais cindir com os resquícios terapêuticos que a perspectiva de oficinas possa suscitar.

Nesse sentido, o cuidado quanto ao uso da terminologia oficina pela pesquisadora neste trabalho, e todo este esclarecimento sobre quando o termo for utilizado, se fundamenta na importância de se esclarecer que, atualmente, a perspectiva de trabalho que se propõe aos usuários da saúde mental, e que se espera alcançar, deve necessariamente transcender à lógica das oficinas terapêuticas, oficinas expressivas, oficinas de convivência e tantas outras modalidades de oficinas que surgiram ao longo do nascimento deste dispositivo como interventor clínico e que, em geral, ocorrem dentro de serviços de saúde mental.

Não cabe aqui uma discussão acerca das modalidades de tais oficinas, nem tampouco problematizar a função destas no âmbito da assistência, mas antes demarcar que se trata de uma discussão em torno da proposição do trabalho aos usuários da saúde mental como um direito,

de pensar o trabalho nas iniciativas a partir de uma perspectiva do negócio de fato e que deve se distanciar de uma lógica de assistência e intervenção em saúde mental, a fim de se legitimar como trabalho com sentido existencial e social. Nessa direção, “O trabalho como meio de inclusão social de pessoas portadoras de sofrimento mental se afirma enquanto um direito de cidadania e distinto das ações humanistas, ou mesmo assistenciais e terapêuticas” (RODRIGUES; MARINHO; AMORIM, 2010, p. 1616). Assim, é em meio à busca por estratégias para ressignificar a proposição do trabalho no contexto da saúde mental que se destaca a importância da parceria com a economia solidária visto que, como aponta Martins (2008), a fronteira entre o que é espaço terapêutico e o que é espaço de geração de trabalho e renda tem sido delimitada por meio das trocas com o campo da economia solidária.

Quanto ao número de usuários participantes por iniciativa que compõe o presente estudo, os dados revelam que este é relativamente baixo, frente à demanda que existe atualmente.

Como apontado no Relatório Final do Grupo de Trabalho Saúde Mental e Economia Solidária, a iniciativa da Coordenação Nacional de Saúde Mental em iniciar, em 2004, o mapeamento das experiências a fim de desenvolver uma política de Inclusão Social pelo trabalho exequível foi estimulada justamente pela recorrente demanda proveniente dos movimentos de usuários de serviços de saúde mental, trabalhadores e familiares (BRASIL, 2006a). Nesse sentido, questiona-se os motivos da baixa quantidade de usuários nas iniciativas de geração de trabalho e renda estudadas, e se esta é uma realidade específica destas iniciativas ou se existem outras nesta mesma condição, haja vista que existe demanda real por esta modalidade de trabalho, como apontado no Relatório Final supracitado, e ainda, que os dados disponibilizados no documento Saúde Mental em Dados em suas várias versões evidenciam um aumento crescente destas experiências no âmbito nacional.

Argumenta-se que é fundamental que haja uma efetiva participação dos usuários nas iniciativas de geração de trabalho e renda, pois somente assim é possível identificar necessidades de melhorias, aprimoramentos e políticas públicas, principalmente no que diz respeito à maior sustentabilidade destas já que, como afirma Delgado (2005c, p. 9), referindo-se à identificação de experiências por meio da realização da primeira Oficina Nacional de Experiências, estas “mostram em sua diversidade duas características comuns: a angústia por serem frágeis e com pouca sustentação institucional e financeira, e a certeza dos bons resultados obtidos e da adesão dos usuários. São boas e frágeis, eficazes, porém inseguras”.

Esta realidade apontada por Delgado (2005c), no que se refere à baixa sustentabilidade das iniciativas, se reafirma em estudo recente desenvolvido por Gigante (2011) que, ao traçar o

perfil das iniciativas de geração de trabalho e renda cadastradas no Ministério da Saúde, revelou que ainda há uma fragilidade na autossustentação destas.

O estudo desenvolvido por Tagliaferro (2011) revelou que, para alguns profissionais que compõem a equipe de incubação de um empreendimento solidário composto por usuários da saúde mental, o número de usuários que participava do empreendimento estava diminuindo, além de haver aqueles que não se posicionavam quanto a permanecer ou não no grupo, revelando a necessidade de inclusão de novos participantes, visto que existia fila de espera. Ainda, o estudo desenvolvido por Milioni (2009), ao apreender a experiência dos usuários integrantes deste mesmo empreendimento solidário, revelou que este ainda não gerava renda satisfatória. A autora considera que a baixa renda gerada pode desestimular alguns usuários participantes do empreendimento ou ainda ser uma barreira para a entrada de novos integrantes, já que a baixa remuneração pode gerar desinteresse por este trabalho.

Os dados apontados pelos estudos supracitados podem contribuir na investigação e hipóteses quanto ao número relativamente baixo de usuários encontrados nas iniciativas participantes do presente estudo, principalmente no que se refere à baixa renda gerada, entretanto, certamente não se limitam a estes. Assim, considera-se fundamental que a efetiva participação dos usuários seja fomentada, bem como se investigue os possíveis determinantes para o baixo número de participantes nas iniciativas de geração de trabalho e renda com vistas a criar subsídios para o aprimoramento da proposta de trabalho a esta população.

No que se refere à forma de funcionamento das iniciativas apontadas pelas participantes tem-se: empreendimento econômico solidário, grupo de produção, oficina de geração de renda, cooperativa social e associação. Chama atenção as várias denominações dadas, principalmente pela constatação, neste estudo, de que nos serviços que desenvolvem várias oficinas as participantes de um mesmo serviço deram denominações diferentes para as oficinas em que atuam. Esperava-se que, nesta condição, as participantes dessem a mesma denominação, visto que por se tratar de um serviço que abriga várias oficinas estas adotassem uma única forma de funcionamento.

Este dado pode revelar certa falta de compreensão e mesmo de consenso acerca do que efetivamente se referem estas formas de funcionamento. Nessa direção, Andrade et al. (2013) apontam que atualmente existem duas formas de denominar as iniciativas: iniciativas de geração de trabalho e renda, adotada pela Rede Brasileira de Saúde Mental e Economia Solidária, e iniciativas de inclusão social pelo trabalho, adotada no CIST, além de denominações tais como empreendimentos de saúde mental e economia solidária e cooperativas sociais. Para as autoras, talvez essa diversidade de denominações revele a atual condição de

construção da política de inclusão social pelo trabalho e sua particularidade quanto à realidade social em que é desenvolvida, além de representar as diferentes formas de conceber a relação entre loucura e trabalho. Os apontamentos feitos pelas autoras talvez possam respaldar de certa forma a condição encontrada neste estudo acerca das várias denominações para as iniciativas.

A vinculação à economia solidária foi apontada em 9 das 10 iniciativas participantes do estudo, o que revela que nelas tem-se buscado assumir o compromisso com uma nova perspectiva de trabalho e mesmo um envolvimento com as atuais políticas públicas de saúde mental e economia solidária. Nessa direção, na perspectiva de Martins (2008), a escolha pela economia solidária não é por acaso, já que para a autora os usuários da saúde mental, vistos como trabalhadores solidários, têm conseguido apoio tanto para seu acesso ao contexto social e comunitário, quanto para decidirem e gerirem suas próprias vidas. Além disso, o princípio da autogestão representa um dos caminhos para lidar com a situação de exclusão e para combater a ideia de que as pessoas com transtornos mentais são incapazes e, portanto, necessitam de tutela e proteção.

Feitos os apontamentos acerca dos dados provenientes dos questionários na primeira etapa do estudo passa-se, a seguir, para a apresentação e discussão das categorias que emergiram dos relatos das participantes nas entrevistas.

4.3 Identificando as atividades desenvolvidas pelo terapeuta ocupacional e a necessidade de construção de um novo fazer

No contexto de geração de trabalho e renda as terapeutas ocupacionais assumem a função de coordenadoras de oficina, como mencionado em sua maioria, e as atribuições assumidas pelas profissionais desdobram-se, dentre outras, em atividades administrativas, atividades relacionadas à organização e execução do processo produtivo e, em alguns momentos, até mesmo em participação em feiras e eventos para comercialização, caracterizando-se como atividades e funções que são desenvolvidas sob a perspectiva econômica, da produção, com vistas à comercialização. Os relatos abaixo evidenciam essa condição:

“Como agora oficialmente eu estou, também estou como coordenadora de oficina [...] Então é, desde assim, de dar uns toques no processo produtivo né, essa orientação, então tem algumas coisas que precisam ser encaminhadas, organizadas, porque assim, algumas atividades, dependendo do grupo que você está eles dão conta de fazer, outras não. Por

exemplo, lidar com números. [...] ajudo a criar produtos também [...] tem ah... compra de material, a parte financeira da oficina também a gente que acaba fazendo as contas e tal... [...] participação em feira, em evento, então desde selecionar os produtos, empacotar os produtos [...] às vezes participar em si da feira, então a gente está junto também com os oficinheiros no momento da venda, a gente faz esse trabalho também [...]” (T1)

“[...] atividades administrativas, inclusive comerciais né, produtivas e comerciais. [...] atividades como compras de matéria prima, cotação de preços, contato com fornecedor, negociação, é... a gente faz o custo da peça, é... faz etiquetas, é... cuida da apresentação da peça né, a embalagem. Na área da produção, a gente começa da criação da peça né, a gente faz pesquisa de mercado, visita lugares, lojas, feiras para ver qual é a tendência do momento e aí junto com o grupo, com o monitor, a gente cria algumas peças, pensa que cores vai ter, que apresentação que vai ter e aí a gente implanta junto com o grupo né, começa a produzir, testar. Então essa é a parte produtiva [...] se precisar o coordenador terapeuta ocupacional faz junto [...]” (T2)

“É... a gente acaba ajudando muito nas questões de pensar a organização e o processo de trabalho [...]. Esse é um grupo um pouco diferente dos grupos que a gente está acostumado a, a... a conversar, a estar junto e tal porque é um grupo super autônomo [...] a gente fica muito pouco pra dentro [do local de produção], então as questões de organização e processos de trabalho que a gente é... conversa com eles, no sentido do que comercializar é... como a gente vai fazer para divulgar o produto, como vamos nos organizar para fazer a produção do material para ser comercializado [...] a questão do fechamento de caixa, então para trabalhar também a questão de, de fechamento de caixa diário [...]” (T3)

“Então, acho que nesse projeto de trabalho e geração de renda eu acabo, dentre várias coisas né, acho que a atividade principal é, é esse manejo da oficina de trabalho. Então é... eu auxilio na operacionalização da oficina, na dinâmica do trabalho, na organização do trabalho, na divisão de tarefas, no processo de trabalho também [...]” (T11)

Foi possível apreender nos relatos que existe a proposta de um “fazer” que preconiza o crescimento conjunto do grupo e a horizontalidade nas relações. Nessa direção, algumas participantes enfatizam que, mais do que serem coordenadoras, elas assumem papéis em direção a facilitar e colaborar com o processo do grupo como explicitam os depoimentos a seguir:

“[...] a gente hoje tem um papel que nós não nos chamamos mais de coordenadores do grupo, nós somos facilitadores do, do, do projeto, assim. [...] acho que o nosso papel fundamental pra dentro de ser propositivo é poder ajudar os usuários a pensarem assim né, é... mais do que dar as respostas prontas, eu acho que é mais nisso que a gente entra com a questão aí da participação.” (T3)

“[...] muitas vezes eu entro nessa coisa do processo produtivo como mais uma opinião, ah o que você acha melhor? [...] então eu, eu entro, acho que eu tenho entrado mais desse jeito, mas como mais uma colaboradora, como uma parceira, foi quebrando um pouco essa coisa hierárquica, esses mitos todos aí.” (T1)

“[...] eu entendo que eu sou uma apoiadora né [...] A gente não traz nada pronto, até porque a gente, o tempo todo, a gente tenta frisar essa parte de que a gente é apoiadora né então...” (T6)

“Acho que eu, a gente fala muito enquanto coordenadora de oficina, coordenadora de oficina, mas eu acho que a minha função hoje é uma facilitadora aqui dentro né [...]” (T8)

Os depoimentos anteriores evidenciam uma postura das profissionais bastante nova, ou seja, um movimento realmente de desconstruir uma relação de verticalidade que por muito tempo permeou, e de alguma forma ainda permeia, as relações entre usuários da saúde mental e profissionais da assistência. Embora as iniciativas de geração de trabalho e renda se caracterizem como um componente de reabilitação psicossocial como previsto na Portaria nº 3.088 de 2011 (BRASIL, 2011) e na Portaria nº 132 de 2012 (BRASIL, 2012c) e não como um serviço de cuidado em saúde mental propriamente, incorre-se no risco de ainda haver relações de verticalidade dos profissionais como detentores de um saber sobre os usuários que ocupariam o lugar de receptores da assistência. Entretanto, os relatos ilustram que, de fato, tem havido uma busca pela mudança no perfil destas profissionais que caminham em direção à valorização do usuário como sujeito capaz de produzir, tomar decisões e ser agente de suas ações nestes espaços.

Sustenta-se que as concepções sobre o recovery, apresentadas na introdução deste trabalho, apesar de terem grande aplicabilidade na clínica, podem contribuir sobremaneira no desenvolvimento de práticas nas iniciativas de geração de trabalho e renda. A ideia de que o sujeito se torne o mais profunda e plenamente consciente de suas potencialidades e limites (JAVED, 2010) também deve ser considerada no âmbito do trabalho. Sob esta perspectiva, ressalta-se a importância de valorizar a experiência individual do sujeito e trazê-la para o coletivo a fim de fortalecer e potencializar o protagonismo dos usuários nos contextos de trabalho.

A proposta de facilitar e apoiar os usuários, como está expresso nas falas das participantes, é condizente com os princípios preconizados pela reabilitação psicossocial e os presentes na concepção de recovery, sendo bastante expressivo na literatura desta última, que prevê que os serviços e profissionais devem apoiar e auxiliar o usuário em seu processo de

superação das condições negativas impostas pela doença e pelo estigma social, com vistas a alcançarem o restabelecimento de suas condições para uma efetiva participação nos vários âmbitos da vida, dentre eles o contexto de trabalho. Nessa direção, Sorheim e Pedersen (2008) relatam a experiência desenvolvida em Bergen, na Noruega, no que diz respeito aos modelos de trabalho desenvolvidos para as pessoas com transtornos mentais usuárias dos serviços de saúde mental, cujas propostas de serviços e modelos de trabalho estão fortemente influenciadas pelos princípios de recovery. Os autores apontam que vários projetos de trabalho para essa população vêm sendo desenvolvidos com o objetivo de reabilitação e recovery e que o principal fator de sucesso tem sido a disponibilidade dos profissionais com as habilidades e valores exigidos para apoiarem a iniciativa (SORHEIM; PEDERSEN, 2008) e, conseqüentemente, os usuários nestes contextos.

Segundo Lussi (2009), dentre os fatores implicados na evolução do processo de reabilitação psicossocial dos usuários inseridos em projetos de inserção laboral participantes de sua pesquisa está a credibilidade que receberam, em particular, dos profissionais atuantes em tais projetos.

Como coloca Anthony (1993), é importante que no processo de recovery existam pessoas que apoiem e acreditem no recovery dos usuários, dando suporte nos momentos mais difíceis e depositando credibilidade neles quando eles mesmos não conseguem acreditar em si. Sustenta-se que esta é uma condição essencial que esteja presente no contexto das iniciativas de geração de trabalho e renda, principalmente, pelo sentimento de incapacidade para o trabalho existente, em geral, na maioria dos usuários da saúde mental.

Além das tarefas de ordem administrativa, de produção e que dizem respeito à gestão da produção nas iniciativas, algumas participantes apontaram realizar atividades burocráticas, relativas à participação em reuniões internas e à organização das iniciativas, mas também reuniões relativas à atenção em saúde mental e mesmo externas como as que tratam de assuntos relativos à economia solidária, por exemplo. Além destas, foram apontadas atividades relacionadas à mediação de discussões, de relacionamentos e de conflitos. Foram apontadas, ainda, atividades relativas ao cuidado em saúde mental e mesmo terapêuticas evidenciando que, a despeito do objetivo das iniciativas e da proposição do trabalho dentro delas, a questão da saúde mental permeia esse contexto, de forma que as terapeutas ocupacionais de alguma maneira acabam lidando com estes aspectos como está expresso nas falas:

“[...] então, tem desde atividades burocráticas [...] E essas coisas do cotidiano de um serviço de saúde assim, ah... Os ofícios para a Secretaria [...] participação em reuniões, então

aí tem, assim, reuniões que a gente faz aqui da equipe, reuniões dos serviços de saúde mental, reuniões fora daqui, por exemplo, da economia solidária [...]” (T1)

“Eu desenvolvo atividades terapêuticas [...] Então o meu dia a dia na oficina é fazer o acolhimento, é fazer a escuta [...] fazer contato com o serviço onde ele faz o tratamento, discussão de caso, supervisões, é aí inclui também a reunião de equipe onde a gente pode levar casos, compartilhar, pensar junto né, o manejo é...” (T2)

“Ah... a gente, de vez em quando eu tenho que intermediar alguns, mediar alguns conflitos né, na oficina para... algumas crises que venham a acontecer né, algum episódio um pouco mais crítico de um sofrimento maior de alguém, então a gente precisa fazer esse acolhimento, essa continência e poder fazer os encaminhamentos necessários né porque eu acho que a gente lida com a crise aqui, mas não é aqui né, a gente entende que não é aqui, aí a gente faz todo o encaminhamento para a rede [...]” (T11)

“[...] também faço o suporte é... terapêutico da oficina, sou a referência terapêutica dessa oficina, então é, faço contato com a rede, com os CAPS, com, com os serviços de referência é, percebo quando o sujeito não está bem assim, faço uma abordagem direta né, com ele a respeito disso e aí quando a gente não dá, consegue dar o sustento aqui dentro a gente né, faz o contato com o CAPS, aciona a família, é...” (T9)

Os relatos anteriores das participantes evidenciam o quanto as questões relativas à saúde mental estão colocadas no dia a dia, tanto no que diz respeito a se envolverem em atividades burocráticas de ações entre os serviços, quanto a se envolverem, muitas vezes, no cuidado direto com os usuários. Apreende-se ainda que, na medida do possível, se preconiza um trabalho em rede buscando-se a articulação com os serviços de saúde mental de origem do usuário como fica evidente nos relatos de T9 e T11, condição que atende às proposições instituídas pela Portaria nº 3.088, a qual prevê a articulação e integração dos dispositivos de atenção em saúde em rede disponíveis no território (BRASIL, 2011). Esta condição pode evidenciar o esforço que vem sendo feito pelas profissionais em torno de tentar garantir o espaço de geração de trabalho e renda como um espaço de trabalho, de produção, distanciado de um espaço de tratamento. Apesar disso, verificou-se que algumas participantes reconhecem realizar atividades terapêuticas em alguns momentos, como fica explícito na fala de T2.

Embora a questão do cuidado em saúde mental apareça no cotidiano de trabalho das profissionais no contexto de geração de trabalho e renda, fica evidente que se trata de algo previsível dada a população que frequenta o espaço. Entretanto, as falas evidenciam que as profissionais buscam estabelecer uma postura de acolhimento do sofrimento como forma de

garantir o passo seguinte que é o de acionar o serviço de saúde ao qual o usuário está vinculado, contatar familiares e dar os encaminhamentos seguintes.

Nos relatos a seguir é possível identificar que as terapeutas ocupacionais investem esforços para que as iniciativas de geração de trabalho e renda viabilizem outros eventos como geração de renda, como aparece no primeiro relato, ou outras possibilidades, como aparece no segundo relato, mas, que de maneira geral, esses espaços garantam eventos outros, dissociados do terapêutico:

“[...] pelas consultorias, pelo que a gente tem visto assim eles têm garantido já o espaço terapêutico nos serviços de origem, assim, a gente quer, a expectativa é gerar grana pra essas pessoas [...] Que esses caras ganhem e ganhem assim, que seja uma grana boa mesmo, eles merecem pô, eles têm que estar na sociedade gente [...]” (T1)

“[...] eu acho que quando vai para o espaço que é da renda aí, a ideia de estou doente né, doença, ela, ela fica fora, a gente busca deixar fora. [...] [busca que o espaço da geração de trabalho e renda] seja, de fato, um espaço que ajude as pessoas a fazer outras coisas né, fazer atividades estruturadas, relacionar com outras instâncias, com outros lugares, com outras pessoas né [...] Então se alguém está dentro do grupo e começa a entrar muito em alguma questão complicada, a gente tenta colocar que não, então não é aqui, não é esse espaço, nós vamos conversar depois, ou com a sua equipe você vai conversar né, mas não é nesse espaço. A gente tenta fazer esse recorte né, com todo o esforço porque aqui é um local de tratamento, então tem paciente, por exemplo, que fala, quando eu vou ter alta do CAPS? Não, tudo bem, você pode ter alta, mas aí você não vai mais fazer a [atividade]? É porque se eu tiver alta eu não vou mais fazer a [atividade], fica em um embolamento de que isso é tratamento, isso é algo que ajuda na reabilitação, mas não é necessariamente o tratamento, então a gente busca que não seja o espaço terapêutico né [...]” (T7)

Na fala de T7 foi possível identificar o esforço que é feito em torno de legitimar o espaço de geração de trabalho e renda como espaço de trabalho e que gera outras possibilidades, como fazer atividades estruturadas e relacionar-se com outros espaços e pessoas, como apontado pela participante. Ela também evidencia a grande dificuldade de tal legitimação, uma vez que esta iniciativa é desenvolvida dentro de um serviço de saúde mental, o que acaba por dificultar ainda mais a separação entre a proposta de geração de trabalho e renda e o tratamento/assistência. Nessa direção, para Lussi (2009, p. 110) “existe um risco grande de projetos que nascem no âmbito da saúde continuarem mantendo os usuários na condição de assistidos ao invés de promover sua real emancipação e protagonismo no processo de trabalho”. Este apontamento feito pela autora pode respaldar a condição apresentada na fala da T7 na medida em que, se é condição estar em tratamento no CAPS para poder participar da geração de trabalho e renda,

como apontado pela participante, então corre-se o risco realmente de incutir no sujeito a ideia de que a proposta de geração de trabalho e renda é, de fato, parte do serviço e do tratamento, o que desconstrói a possibilidade da vivência do trabalho como um promotor de acesso real às trocas materiais e sociais, bem como de uma efetiva inclusão social.

Embora em todas as iniciativas participantes do estudo tenha sido apontada no questionário (1ª etapa do estudo) a vinculação a um serviço de saúde mental, destaca-se que pouco mais da metade delas acontece em espaços externos ao local de tratamento. Essa condição evidencia um momento de transição, no qual parece estar havendo um movimento em busca da saída destas iniciativas dos serviços que se prestam ao tratamento e cuidados em saúde mental, o que pode revelar um reconhecimento acerca da importância de distinção entre estas propostas.

Nesse sentido, em alguns relatos foi possível identificar que algumas participantes consideram importante que as iniciativas de geração de trabalho e renda estejam em outros espaços que sejam dissociados do local de tratamento. Embora não tenham justificado tal consideração, é possível inferir que se trata da necessidade realmente de cindir a relação entre trabalho e tratamento que pode ocorrer quando as iniciativas são desenvolvidas nestes espaços. Os relatos a seguir ilustram tal opinião:

“[...] a gente acredita que é no CeCCo que tem que estar esses grupos e não nos CAPS, por exemplo. A gente já teve, fez essa discussão com o CAPS do território e foi muito bacana porque o CAPS também entendia isso [...]” (T12)

“[...] eu não acho que é muito legal ficar muito amarrado no CAPS né, mas assim, se não fosse a estrutura física do CAPS, os [materiais] iam ficar espalhados na casa de cada um né [...] mas assim, eu acho que essa coisa de ficar junto do CAPS ela pode ter dois lados né, mas eu acho que enquanto infraestrutura, que a gente não tem, é uma facilidade [...]” (T6)

Destaca-se na fala de T6 que, embora a participante considere não ser a melhor opção o grupo acontecer dentro do CAPS, a falta de outro espaço e, portanto, de infraestrutura, acaba por definir esta como única condição do grupo acontecer, o que reforça a ideia da necessidade da iniciativa ocorrer em outro local, mas revela também a necessidade de recursos humanos e materiais para a concretização desta mudança.

No universo das atividades desenvolvidas pelas terapeutas ocupacionais, apesar de surgirem questões relativas à saúde mental, fica evidente que as profissionais lidam, em sua maioria, com demandas que dizem respeito ao processo produtivo, à administração da oficina e de tudo o que permeia a estruturação e execução da produção, envolvendo núcleos de

conhecimento que extrapolam o arcabouço teórico do terapeuta ocupacional e que, em alguns momentos, representam uma dificuldade para o profissional. Isso fica evidente nos seguintes relatos:

“É... dificuldade é aquilo que eu disse que necessita muito e que o TO não aprendeu a fazer, que são as atividades administrativas, organizacionais né, então assim, você faz uma contabilidade, você tem um caixa que tem entrada, que tem saída, que tem nota fiscal. Você vai calcular o preço de um produto né, assim, você tem é, de um quilo de tinta quantos gramas eu usei né. Em um processo artesanal isso é difícil, então a gente não aprende a fazer isso como TO né. [...] tem uma outra logística aí que é do negócio que vai muito além do saber do terapeuta ocupacional.” (T4)

“[quando começou a trabalhar na iniciativa de geração de trabalho e renda] eu tive que aprender muita coisa, fazer conta, economia, contabilidade, divisão, enfim, que não é do nosso núcleo, está bem longe na verdade né, isso não, nunca foi dado né, então tem parceria aí com um monte de, de outros núcleos que eu acho que é importante.” (T8)

“[...] acho que a parte mais difícil pra mim é a parte do... de gerenciar caixa, de fazer preço de produto né, essa parte eu acho mais complicada, de ter que calcular bolsa né, é, essa parte administrativa mesmo da oficina né, é, ter que ajudar a pensar em produtos novos, sendo que eu não entendo nada né, assim de mercado. Então é, a gente vai se virando, mas eu acho difícil essa parte do comercial mesmo né assim, por conta da minha formação.” (T5)

“[...] e aí tem algumas coisas que você fala nossa, que é de organização mesmo que eu não tenho conhecimento de planilha de vendas, de estoque, de capital de giro, algumas coisas bem específicas sabe, que eu acho que seria bacana né, a gente acaba meio que fazendo uma coisa caseira né [...]” (T6)

Os relatos supracitados evidenciam que muitas das demandas e exigências inerentes ao processo produtivo e ao escoamento da produção extrapolam os conhecimentos que compõem a profissão terapia ocupacional. Essa condição revela que a falta que se faz encontra-se no universo do trabalho. Ou seja, são ferramentas, estratégias e dinâmicas que se localizam no universo da produção para a comercialização e que, portanto, não compõem os conhecimentos adquiridos pelo terapeuta ocupacional ao longo de sua formação profissional. Esta perspectiva é reafirmada pelos dados provenientes dos questionários acerca da necessidade de realização de cursos pelas participantes nesta área, bem como suas contribuições para lidar com as demandas do mercado.

Nesse sentido, revela-se uma condição na qual, de fato, faltam algumas ferramentas, conhecimentos e mesmo, de certa forma, habilidades para o terapeuta ocupacional lidar com

aspectos concretos do trabalho e sua dimensão econômica. Esta perspectiva é corroborada por Oliver et al. (2002, p. 92), que ao desenvolverem um estudo em duas oficinas de geração de trabalho e renda, concluíram, dentre outros aspectos, que a proposta de gerar renda traz como exigência instrumentos que ainda estão pouco consolidados na prática dos profissionais da saúde e dos terapeutas ocupacionais, cujos instrumentos “seriam úteis para a inscrição dessas experiências no mercado (produção e distribuição), propiciando relações de trocas de outra dimensão”.

As necessidades por determinados conhecimentos e ferramentas apontadas pelas participantes extrapola a forte proximidade que o terapeuta ocupacional estabelece com a perspectiva do trabalho e sua importância na vida dos sujeitos e alcança o universo da prática, de se ver em contato direto com as exigências do mercado e ter de lançar mão de recursos para lidar com esta condição. Esta situação aponta para uma questão fundamental: como agregar aos conhecimentos prévios do terapeuta ocupacional acerca do trabalho novas ferramentas, recursos e conhecimentos que o instrumentalize para estar nesse lugar e concretizar, de fato, uma proposta de trabalho?

Talvez seja de suma importância incluir esta temática na grade curricular dos cursos de terapia ocupacional, visto que o trabalho é uma questão central na profissão e, desta forma, este profissional necessita ampliar seus conhecimentos, principalmente porque a questão da inserção dos usuários de saúde mental no mundo do trabalho vem sendo cada vez mais fomentada e vem ganhando espaço de maneira singular no âmbito das políticas públicas.

Justifica-se ainda que esta temática representa um dos pilares para a efetiva inclusão social dos usuários da saúde mental, sendo esta um dos vértices da prática do terapeuta ocupacional. Nesse sentido, para além dos avanços e novos contornos que a terapia ocupacional vem adquirindo ao longo das transformações na assistência em saúde mental, considera-se que o investimento na formação do profissional desde a graduação e, portanto, a inclusão de disciplinas que discorram sobre as atuais modalidades de inclusão social – no caso a perspectiva do trabalho – devem necessariamente estar contidas na grade curricular desta profissão, cumprindo com o dever ético e político da inclusão a que se propõe o terapeuta ocupacional.

Outras possibilidades poderiam ser pensadas tais como formações complementares atreladas a outras áreas, cursos e até mesmo especializações. Destaca-se, entretanto, que estas alternativas para compor a formação do profissional precisam necessariamente estar articuladas à realidade atual do modo de produção vigente, o capitalismo, e seu antípoda emergente, a economia solidária, pois só assim é possível discutir a perspectiva de um trabalho real aos

usuários da saúde mental, que precisa estar balizado às tensões e desafios que emergem das exigências do mercado de trabalho.

Acredita-se que o investimento em formação para os profissionais é um dos pilares para que se possa pensar a questão do trabalho como direito aos usuários da saúde mental. Ou seja, desvinculado da perspectiva do tratamento e conseqüentemente da roupagem de um recurso de intervenção, instaura-se a possibilidade de discussão sobre a real função social e econômica do trabalho, bem como a necessidade de ressignificação deste na vida dos sujeitos, o que se alcança por meio do trabalho de profissionais preparados e abertos à compreensão do trabalho sob esta perspectiva.

Assim, concorda-se com a perspectiva de trabalho assumida na experiência de Santos, na qual se passou a conceber que a inclusão pelo trabalho se coloca como uma das dimensões do processo de singularização dos usuários, os quais passam a ser vistos como sujeitos com capacidades. Nessa direção, aponta-se que “diferente da habilitação em si para o trabalho, a proposta remete à construção de um tecido de trocas sociais no qual a inserção pelo trabalho implica um conjunto de articulações, ativação de recursos, de possibilidades dos sujeitos, de espaços de agenciamento de relações” (NICÁCIO; KINKER, 1997, p. 168).

Um aspecto verificado no conteúdo das entrevistas e que reforça a perspectiva de uma prática em construção neste contexto é que, embora exista uma conjuntura histórica e mesmo fundamentos da profissão que aproximam a terapia ocupacional das questões relativas ao tema trabalho, as profissionais reconhecem que atuar na geração de trabalho e renda foi uma construção que se deu no dia a dia, que não foi algo aprendido na graduação e que demanda conhecimentos outros, como já apresentados anteriormente. Nos relatos das profissionais:

“Aí eu falo né, que a gente aprende a ser supervisor, coordenador de oficina, né, aqui assim, a gente não aprende isso em nenhum outro lugar né, a gente “en passant” vê pela faculdade assim né, acho que isso é uma questão... [...] a gente estuda o trabalho, mas a gente não estuda a questão da, da geração de renda assim dentro da saúde mental [...]” (T9)

“[...] Então eu acho que essa, a construção da geração de renda e terapia ocupacional, na verdade, foi uma construção né, por exemplo, a minha trajetória, eu não fiz um curso específico como ser terapeuta ocupacional de um serviço de geração de renda. [...] Claro que os conteúdos né, é... os conteúdos teóricos eles ajudam a organização do pensamento a, a tomada de decisões em alguns momentos, enfim, mas eu vejo como muito, muito rico mesmo essa construção prática [...]” (T10)

“[...] se eu falar para você que eu li, para poder fazer o que eu fiz não foi isso né. Eu... a gente, eu fui trabalhando... é com, com acúmulo de experiências mesmo né. [...] Aliás, assim,

eu acho que a terapia ocupacional é... tem, teria que ter isso [aprender sobre geração de trabalho e renda] na sua... disciplina, teria que ter disciplinas a respeito disso na Universidade, no currículo, acho que tem tudo a ver com a gente.” (T12)

“Então eu aprendi na prática mesmo, no meu cotidiano né, aprendi com os usuários, aprendi né, com monitor, aprendi com os meus colegas né, então... Acho que tem muito da prática assim que você aprende no dia a dia né.” (T5)

“[...] na nossa formação a gente consegue ter esse olhar grandão, amarrar as coisas e tudo aquilo que eu falei, mas esse olhar específico para trabalhar com geração de renda acho que a gente não tem muito, assim, é muito ah vamos lá visitar, visitou, acabou. Assim, ninguém ah... não é muito bem trabalhado na nossa formação a realidade que a gente vai encontrar nesses serviços e mesmo esses outros conhecimentos [...]” (T1)

Os relatos supracitados sustentam não só a noção de uma prática em construção e que demanda outros conhecimentos, mas também reforçam a necessidade de haver conteúdos sobre geração de trabalho e renda desde a graduação, o que reafirma a importância de uma maior abordagem da temática, bem como da disponibilização de cursos e apoios técnicos na área para subsidiar a prática dos profissionais.

Nesse sentido verificou-se que as iniciativas de geração de trabalho e renda, alicerçadas fortemente na proposição do trabalho e articuladas a conhecimentos de ordem da produção e do mercado, convocam os terapeutas ocupacionais à construção de um novo saber e isso traz implicações de ordem prática, evidenciando a necessidade de parcerias com outros profissionais, a fim de alavancar a produção e comercialização dos produtos, ainda que tais profissionais não componham a equipe como está expresso nos relatos a seguir:

“[...] acho que faltam outros profissionais, assim, a gente que está falando de geração de trabalho e renda a gente precisa ter um olhar comercial né, acho que a gente precisa ter uma estratégia de marketing que a gente não tem isso né é... [...] é questão de elaborar um contrato, de negociar, negociar comercialmente com o cliente, acho que isso tudo são coisas que... a gente acaba não tendo, deixa um pouquinho a desejar [...]” (T9)

“A gente gostaria muito de ter gente ligada a... [...] designer, modelagem né, que pudesse fazer produtos mais bacanas né, pensar... como aproveitar essa criatividade delas e que isso fosse né, revertisse em produtos mais legais... [...] eu não sei se continuamente, mas talvez pontualmente uma assessoria mais dessa parte administrativa [...] e talvez a parte de marketing, venda, então etiquetas legais, embalagens legais, como é que a gente consegue fazer esse produto ser mais atraente né [...]” (T7)

“Então, eu acho que, não sei se na equipe ou mesmo pensando em uma questão de assessoria com técnico a gente vai ter agora, mas uma assessoria contínua, eu acho que designer teria que ter. [...] alguém que trabalhe com designer gráfico [...] relações públicas, sabe umas coisas assim?” (T10)

“[...] eu acho que é o, é o que pega porque é muito maior né, assim, você tem que saber... é, se esse produto vende mesmo ou não né a gente estava com esse, com essa questão no [oficina que coordena] porque diminuíram as vendas um período aí o pessoal falava, ah não é porque está fora de moda, ah é porque não é... ah é difícil mesmo vender esse tipo de produto né. [...] Então eu acho que nessa parte seria legal ter, ter uma assessoria maior assim, mas... [...] talvez mais para essa parte administrativa assim né, ou alguém, que fosse específico lá para pensar na... no desenvolvimento de produto sabe? [...] Então teria que ser alguém que ficasse na oficina e pensasse junto assim né, como facilitar né o desenvolvimento, como... né, que outros tipos de materiais daria para a gente usar [...]” (T5)

Aqui revela-se a importância da parceria com outros profissionais com vistas a aprimorar a proposta de trabalho, o que está diretamente implicado com o aperfeiçoamento e formação das profissionais nessas áreas correlatas. Ainda, apresenta-se como consequência a importância e necessidade da qualidade dos produtos como via de acesso ao mercado.

É nessa direção que Martins (2008) considera que, se o que se almeja é vender o produto e não a loucura, então novas exigências surgem, dentre elas a qualidade da produção. Sob esta perspectiva, Nicácio (1994) aponta que em muitas oficinas, inclusive aquelas que ocorriam fora dos hospitais, era comum a produção de objetos sem qualificação, sem valor e, portanto, sem possibilidade de inserção no mercado. Para a autora essa condição direciona para uma reflexão sobre a manutenção de uma relação de invalidação com o sujeito e de afirmação de suas incapacidades. Saraceno (2001a), ao tratar da experiência de empresa social desenvolvida na Itália, afirma que a qualidade dos produtos desta é função de sua capacidade de competir no mercado, além da qualidade do produto qualificar a autoestima de quem produz.

Estes apontamentos reafirmam a importância dos profissionais implicados no trabalho nas iniciativas de se atualizarem e contribuir para o aprimoramento do processo de produção dos usuários e qualidade dos produtos mas, mais do que isso, remete à reflexão da importância destes profissionais como agentes no processo de construção social de uma nova visão sobre o usuário, ou seja, usuário este que produz com qualidade, utilidade e valor.

Sob outra perspectiva, foi possível identificar na fala de uma das participantes que a necessidade de ter outros profissionais ligados a áreas produtivas e comerciais também se justifica pelo fato do trabalho e as técnicas utilizadas na saúde mental ainda estarem em processo de se desvincular do caráter terapêutico e, portanto, estarem em processo de conversão

para uma proposta de produção comercial com enfoque econômico, o que novamente convoca o terapeuta ocupacional ao aprendizado de um novo fazer, além de revelar uma preocupação com a superação desta lógica. Para tal participante,

“[...] é a gente tem essa origem de fazer assim é, a história dessas técnicas que a gente usa aqui, que eram usadas com esse olhar terapêutico dos serviços de origem deles e que, é isso que eu falei no começo, como que a gente vai fazer isso funcionar dentro de uma outra lógica, essa lógica do, do mercado [...] Eu vejo assim, outros profissionais e outras parcerias [poderiam contribuir], porque se a gente, assim, como os serviços de geração de renda nasceram da saúde e estão muito enterrados ainda na saúde, eu reconheço que a gente ainda está, mas, como eu disse, a gente da saúde não aprendeu a ganhar dinheiro né, a gente não tem noção de, de fazer um estudo do mercado para saber quais produtos vão ter saída, de marketing, de designer de produto e... e isso é toda assim, uma linguagem mais administrativa e muito capitalista, uma linguagem mais administrativa e que tem outros é... é... como fala, nichos de conhecimento [...]” (T1)

No que se refere ao aprendizado necessário para trabalhar em contextos de geração de trabalho e renda e, ainda que este seja um processo que se dá na prática do dia a dia e no acúmulo de experiências, algumas participantes consideraram que determinadas formações, vivências práticas de trabalho mesmo que em contextos que não o de geração de trabalho e renda e mesmo experiências práticas em estágios durante a graduação trouxeram contribuições para construir e aprender a prática que desenvolvem atualmente. Ressalta-se que esta questão já havia aparecido nos resultados provenientes dos questionários e foi novamente apontada pelas participantes durante as entrevistas, evidenciando a relevância do processo de formação tanto ao longo da graduação quanto ao longo de suas práticas profissionais para o contexto de trabalho nas iniciativas de geração de trabalho e renda.

Algumas participantes apontaram a necessidade dos terapeutas ocupacionais se instrumentalizarem e se apropriarem de determinados conteúdos para fundamentar sua prática nos espaços de geração de trabalho e renda e também registrá-las, a fim de que essa produção possa servir de arcabouço teórico.

Quanto à necessidade de novos conhecimentos e instrumentais para a terapia ocupacional desenvolver sua prática nesses contextos, algumas participantes consideraram que,

“Acho que a TO e a, e a geração de trabalho e renda é, ela está muito, está muito próxima, muito atrelada e acho que a gente podia só se... se embasar mais sabe, se fortalecer mais teoricamente com relação a isso [...] acho que a gente tem que se instrumentalizar um pouco mais também, não como nós fizemos assim de, de fazer instintivamente né, acho que,

acho que a gente, nós somos uma geração que estamos caminhando, estamos é, abrindo esse caminho, acho que né, acho que a gente tem que começar a, não, vamos pensar na formação mesmo de tudo isso, acho que isso é um, um pressuposto [...]” (T9)

“[...] eu acho que esses conteúdos que tem a ver com a economia e... a formação capitalista, o mundo do trabalho, eles são fundamentais se a gente quer continuar nessa trilha de pensar trabalho e terapia ocupacional, trabalho para os nossos usuários, né.” (T7)

Quanto à importância e necessidade de registrar a prática do terapeuta ocupacional nesse contexto de trabalho e produzir material teórico sobre essa atuação, algumas participantes ressaltaram este aspecto como algo que se faz necessário dentro da profissão, como está marcado nos depoimentos a seguir:

“Acho que a TO é muito da prática né e a gente não vê nada muito registrado, muito material teórico, eu acho que a TO precisa disso né, há muito tempo precisa é... Então eu acho essa, acho que essa experiência estar relatada eu acho que é, é uma iniciativa bem, bem importante.” (T11)

“[...] acho fundamental que, que, que mais pessoas escrevam sobre isso... Eu acho que a gente tem conteúdos teóricos eu não, não, não vou dizer que não, com certeza temos. Mas, é... eu acho que temos que escrever mais porque tem pouca coisa assim [...]” (T12)

“[...] eu acho interessantíssimo você propor essa discussão. Acho que vai nos, vai nos brindar também assim com, com material teórico e com reflexões. Espero que também dessas eu também já tenha outras reflexões para poder né, avançar lá na frente [...]” (T10)

Os apontamentos feitos pelas participantes acerca da necessidade de novos conhecimentos e instrumentais para a prática do terapeuta ocupacional, bem como a importância de se registrar estas experiências revela a necessidade sentida por estas profissionais de um amparo teórico e prático para aprimorarem as funções que desenvolvem nas iniciativas. Ainda, concorda-se com a colocação de uma das participantes (T12) sobre os terapeutas ocupacionais possuírem conteúdos teóricos, entretanto acrescenta-se a necessidade de sistematização do que existe acerca da prática deste profissional neste contexto, bem como o desenvolvimento de novos conhecimentos a fim de lidar com todas as questões com as quais elas estão envolvidas como, por exemplo, pensar a produção, a divulgação e a comercialização dos produtos.

As considerações e reflexões até aqui realizadas evocam alguns questionamentos acerca do novo fazer com o qual os terapeutas ocupacionais vêm se deparando. De fato, a busca por

relações horizontalizadas com os usuários incentivando seu protagonismo, envolver-se e envolver os usuários em disciplinas tão voltadas ao universo do trabalho, necessitar de parcerias com profissionais com outros núcleos de conhecimentos, demonstrar a necessidade de novos conhecimentos teóricos e instrumentais, bem como evidenciar a necessidade de sistematização destes conhecimentos para compor o saber do terapeuta ocupacional indicam, de fato, um compromisso com um novo fazer, bem como com uma nova relação com o trabalho para os usuários.

Entretanto é inevitável não contrapor este avanço à realidade constatada na caracterização das iniciativas. Ou seja, a caracterização realizada na primeira etapa deste estudo revelou uma condição ainda desafiadora para estas iniciativas, visto que estas, em sua maioria, contam apenas com usuários da saúde mental, desenvolvem atividades de produção e fortemente atreladas ao artesanato, sendo poucas as que investem em prestação de serviços e, ainda, geram uma renda extremamente baixa, o que se revela muito preocupante quando se considera a remuneração como meio de subsistência, emancipação para o mundo das trocas e acesso aos bens materiais.

Nesse sentido questiona-se qual lugar estas iniciativas têm ocupado enquanto função de um trabalho ressignificado e promotor de acesso ao mundo das trocas a estes usuários e mesmo em que medida as próprias terapeutas ocupacionais têm alcançado tais objetivos na relação com os usuários por meio deste novo fazer. Parece que, a despeito de todo investimento apontado pelas participantes quanto a adquirirem novos conhecimentos, habilidades e ferramentas, a constatação da condição destas iniciativas parece não ter, de certa forma, evoluído da mesma maneira com que vem evoluindo a proposição do trabalho e a prática das profissionais.

É importante questionar se efetivamente se tem conseguido concretizar uma proposta de trabalho, sem demérito de todos os avanços apontados e todo compromisso das profissionais, mas, sem este questionamento e sem pensar estratégias para solucionar os desafios supracitados corre-se o risco de estas iniciativas permanecerem num lugar de oficinas como as desenvolvidas nos CAPS, por exemplo. Não que estas não cumpram com funções essenciais no cuidado dos usuários, mas como já discutido em momento anterior, é preciso criar condições reais de trabalho para que se supere a lógica do trabalho como assistência ou cuidado e isso se dá por meio de uma compreensão de trabalho como direito, de maiores produções, de produtos com qualidade e aceitos no mercado, de melhor comercialização e consequentemente de geração de renda viável.

A título de exemplo, o estudo realizado por Milioni (2009) revelou que, na opinião de alguns sujeitos participantes de seu estudo, o fato do empreendimento solidário gerar uma renda

baixa justifica o considerarem mais como uma terapia do que propriamente um trabalho. Ainda, o estudo desenvolvido por Gigante (2011) revelou que na opinião de 25% dos profissionais participantes de sua pesquisa que atuam em iniciativas de geração de trabalho e renda não havia diferença entre o que era feito na iniciativa e o que era feito em oficinas terapêuticas do CAPS. Dentre os que responderam à justificativa, foram apontadas, dentre outros, que o empreendimento era um complemento das oficinas terapêuticas; que a qualidade dos produtos não se diferenciava entre os produzidos no empreendimento e os produzidos nas oficinas terapêuticas; e ainda, o fato da iniciativa ser desenvolvida dentro do CAPS contando com a participação de usuários e profissionais fazia com que não vissem diferença entre as duas propostas.

Estes exemplos reforçam alguns apontamentos já feitos nesta categoria acerca da importância de se qualificar as iniciativas como propostas de trabalho real, de investir na qualidade do que é produzido, das iniciativas ocorrerem em locais externos ao serviço de saúde mental e, principalmente, de serem capazes de gerar renda satisfatória - esta última já mencionada em momento anterior e que será retomada em outra categoria - para que alcancem novos lugares, cindindo com um perfil de oficinas como as desenvolvidas no CAPS, por exemplo.

Portanto, diante destas questões, considera-se relevante problematizar a situação atual destas iniciativas, bem como o papel e prática desenvolvida pelos terapeutas ocupacionais a fim de investigar quais os obstáculos a serem enfrentados, uma vez que a constatação de uma prática mais evoluída e condizente com as exigências da produção de bens e consumo parece não ter sido acompanhada pelo desenvolvimento das iniciativas, que ainda demonstram fragilidades importantes frente à proposta de gerar trabalho e renda. Rever estas condições permite refletir e amadurecer a proposta de trabalho aos usuários, além de identificar o que efetivamente falta, ou seja, se a falta reside no universo das políticas públicas, no universo do trabalho ou mesmo no universo das relações entre os profissionais e os usuários.

Destaca-se que os apontamentos feitos acerca da importância por formação e aprimoramento das terapeutas ocupacionais em conteúdos relativos ao universo do trabalho, não se configura em demanda exclusiva do terapeuta ocupacional, mas de todos os profissionais implicados com esta prática, principalmente porque, em geral, os profissionais que têm atuado em contextos de geração de trabalho e renda tem formação no campo da saúde.

Portanto, não é responsabilidade exclusiva dos terapeutas ocupacionais alavancar estas iniciativas, nem tampouco espera-se que estes detenham e dominem absolutamente todos os conhecimentos acerca dos aspectos econômicos inerentes ao processo produtivo, mas sim que,

juntamente da familiarização e formação destes profissionais em conhecimentos relativos ao trabalho, se invista e se crie a possibilidade de um trabalho coletivo, multiprofissional e interdisciplinar, pois somente assim se criam possibilidades de aprimorar estas iniciativas e distanciá-las do contexto da saúde. Nesse sentido, uma possibilidade bastante viável para se alcançar esta condição é a vinculação destas iniciativas às Incubadoras Tecnológicas de Cooperativas Populares ligadas às universidades, principalmente porque, como foi revelado na primeira etapa deste estudo, é quase unânime a vinculação das iniciativas à economia solidária.

Segundo Culti (2007) as Incubadoras começaram a surgir em razão da crescente demanda de trabalhadores pela formação de empreendimentos econômicos solidários. Nesse sentido, em meados de 1990 iniciou-se o programa da Incubadora Tecnológica de Cooperativas Populares, da Universidade Federal do Rio de Janeiro – pioneira neste percurso e precursora de várias outras Incubadoras Universitárias no contexto nacional – cujo objetivo tem sido fazer uso dos recursos humanos e do conhecimento produzido na universidade para a formação, qualificação e assessoria de trabalhadores para a construção de empreendimentos autogestionários com vistas à inserção no mercado de trabalho (GUIMARÃES, 2003). Desta forma, as incubadoras

Desempenham um papel importante à medida que se tornam espaços de troca de experiências em autogestão e autodeterminação na consolidação desses empreendimentos e das estratégias para conectar empreendimentos solidários de produção, serviços, comercialização, financiamento, consumidores e outras organizações populares que possibilitam um movimento de realimentação e crescimento conjunto auto-sustentável (CULTI, 2007, p. 20).

Destaca-se que as incubadoras são espaços que contam com a participação de professores pesquisadores, técnicos e acadêmicos de várias áreas do conhecimento e que, dentre outras atividades, realizam a incubação dos empreendimentos econômicos solidários cujo objetivo, como já mencionado, é assessorar os trabalhadores na organização de seus empreendimentos seja sob a forma de cooperativas, associações ou empresas autogestionárias (CULTI, 2007). Assim, é fundamental que se estimule a articulação das iniciativas de geração de trabalho e renda às incubadoras, uma vez que, além de poderem contar com assessoria para alavancar as iniciativas, o fato das incubadoras serem compostas por profissionais de diversas áreas do conhecimento certamente pode contribuir para auxiliar os terapeutas ocupacionais e demais profissionais a lidarem com demandas e conhecimentos que não são de seu domínio, permitindo uma construção coletiva de possíveis soluções e enfretamento dos desafios.

4.4 Terapia Ocupacional e o trabalho em equipe na geração de trabalho e renda

Foi possível identificar que o trabalho nas iniciativas de geração de trabalho e renda acontece de maneira compartilhada entre as terapeutas ocupacionais e outros profissionais, sejam eles com formação de nível superior ou nível técnico, sendo apontada a presença do monitor de oficina por algumas profissionais como aquele que, em geral, domina a técnica a ser aplicada na produção podendo ter formação de nível superior ou não.

Os relatos das participantes evidenciam a importância da parceria com outros profissionais no processo de construção do trabalho no contexto de geração de trabalho e renda considerando que tal parceria, principalmente com os monitores como apontado por algumas participantes, contribui no desenvolvimento da prática no dia a dia. Nessa direção, o estudo desenvolvido por Tagliaferro (2011), ao analisar a experiência de uma equipe no processo de incubação de um empreendimento solidário composto por usuários da saúde mental revelou que dentre as facilidades apontadas pelos participantes está o trabalho em equipe, pois a equipe ao ser composta por vários profissionais com distintas formações, viabiliza a troca de experiências e promove o dinamismo.

Os depoimentos a seguir evidenciam a relação estabelecida no trabalho em equipe:

“[...] cada oficina tem duas referências que é um profissional da saúde mental e um monitor; o monitor é alguém que conhece mais a técnica né, que é formado, tem formação ou não em artes, mas é, mas, mas que tem habilidade para aquela atividade que ele, que ele é monitor né para aquela oficina. [...] esse contato que a gente tem com os monitores é muito legal porque tem monitor que é, tem experiência com arte, tem monitor que já, é da sociologia né, tem monitor que... a... é músico sabe? Então essa, esse contato com essas outras experiências sabe, esse, essa troca de saberes que a gente vai tendo sabe essa, essa troca de... essa troca de saber mesmo isso é muito... é, é, aqui é tudo muito interligado né [...]” (T11)

“[...] sempre eu converso antes com a monitora porque ela é a minha parceira, a minha equipe, então a gente tem que estar sempre alinhada né, nas nossas propostas é... [...]” (T2)

“Então, o monitor da oficina também ele, ele também ajuda em tudo né, assim, é o parceiro do coordenador, então ele ajuda principalmente nessa parte da técnica em si né, de ensinar a técnica, de olhar para ver se está bem feito, se está legal né, assim, de passar a atividade para o grupo né.” (T5)

“[...] a equipe trabalha junto [...] é feito junto com os monitores, não sou só eu que faço, a gente trabalha junto [...] a equipe foi, assim, sendo construída e os profissionais que estão aqui com a gente... mas é muito legal que tudo isso é mais compartilhado assim, e é o que a gente busca, tanto ser compartilhado entre os oficinheiros e nós técnicos quanto partilhado mais entre a equipe.” (T1)

Foi possível identificar nestes relatos apresentados como a figura do monitor se destaca no contexto do trabalho e está relacionada ao domínio da técnica, estabelecendo-se uma relação de parceria e construção coletiva como fica explícito na fala de T1 e T11. Destaca-se ainda que mesmo nos contextos onde não foi mencionada a presença do monitor, existe o trabalho conjunto com outros profissionais, sendo a prática desenvolvida por meio da articulação dos conhecimentos de cada um.

Essa característica da composição da equipe que trabalha diretamente com as iniciativas de geração de trabalho e renda suscita a discussão em torno da construção de um fazer que é compartilhado por outros saberes e que acaba extrapolando os núcleos de conhecimento específicos de cada profissional. Isso fica evidente nas falas a seguir:

“Mas tanto no Centro de Convivência quanto na geração de renda eu acho que os papéis acabam se... se misturando e se complementando muito no sentido que a gente tem feito é... um esforço para um objetivo em comum né [...] E aí eu acho que, que os papéis se misturam muito assim, a, o núcleo, o núcleo denso das, das profissões é... acabam, acabam se misturando no sentido que a gente está aqui para um outro objetivo que não é especificamente o projeto terapêutico [...]” (T3)

“[...] todo mundo está sempre tão junto com a oficina né, com eles ali na produção que as coisas acabam se misturando né, eu não acho isso ruim, não é um, uma, uma maçaroca só que ninguém sabe o que que não é de ninguém, o que que é do outro, o que que é meu. Não é isso, mas a, mas as coisas aqui vão se dando de uma forma sempre muito, muito interligada, muito, uma coisa mais, meio trans assim sabe?” (T11)

“Os CeCCos e os espaços como este nos colocam em outro lugar né. [...] Mas especialmente nos CeCCos e em espaços como esse o fazer ele fica muito híbrido assim, ele fica muito...” (T10)

Essa condição evidenciada nas falas anteriores remete à discussão para a forma de organização do trabalho em equipe nestes contextos. Ou seja, é possível que o trabalho em equipe, nestes espaços, se dê de forma interdisciplinar ou transdisciplinar, como sugere a fala de T11. Nesse sentido, na perspectiva de Lima e Ghirardi (2008, p. 154), “Ao propormos um espaço de *práticas híbridas*, buscamos discutir elementos de ação cotidiana no trabalho, com potência para produzir fendas na estrutura *disciplinar*, abrindo uma disposição favorável a organizações de trabalho pautadas pela *transdisciplinariedade*”.

Destaca-se, entretanto, que tais formatações na organização das equipes muitas vezes podem suscitar nos profissionais uma busca por identificar e demarcar suas especificidades

enquanto campo profissional de uma área de conhecimento. Nessa direção, Galheigo (1999) considera que a transdisciplinaridade não desperta apenas o receio quanto à aceitação do conhecimento proveniente de outro saber, mas também o receio da perda do campo de atuação, da perda de identidade profissional e mesmo do espaço no mercado de trabalho.

Embora este possível receio não tenha ficado explícito no contexto das entrevistas, e mesmo os relatos anteriores não expressem essa condição, foi possível identificar que uma das participantes esboçou, de maneira mais expressiva, a importância de se buscar os aspectos que “pertencem” e que são específicos da profissão nesses espaços, talvez indicando certa necessidade em reforçar a identidade profissional neste contexto. Em suas palavras:

“[...] sempre quando perguntam da especificidade da profissão pra dentro desse tipo de projeto existe, lógico, a especificidade existe, a forma como você é... lida com aquela oficina, lida com aquele projeto dependendo da sua formação né, é... eu sou muito mais objetiva, tenho uma lida muito mais, é, forte com as oficinas e tal no que diz respeito à atividade e eu volto a dizer isso porque eu acho que isso para mim fica muito forte, muito claro [...] esse momento de a gente poder repensar, inclusive me faz voltar um pouco acho que em algumas questões que você colocou é... muito voltada para o nosso núcleo da profissão porque é aquilo que eu falei, acho que eu estou num, num espaço que as coisas, campo e núcleo se misturam muito de encontro com outras profissões é, é, e aí a gente acaba perdendo a especificidade do, do nosso núcleo assim, entendendo o que a gente, o que difere as coisas, mas assim, é, não dizendo que isso é uma coisa ruim né, mas pra gente poder voltar e pensar naquilo que é nosso assim e que a gente no dia a dia acaba não fazendo mesmo né [...]” (T3)

A fala de T3 parece oscilar entre uma compreensão segura sobre sua especificidade enquanto área profissional nestes contextos e a necessidade de que isso não se perca no dia a dia na relação estabelecida com os outros profissionais, evidenciando também uma compreensão sobre como os saberes provenientes de várias áreas de conhecimento se articulam nestes contextos de atuação.

Para Galheigo (1999, p. 52), a maneira como o terapeuta ocupacional tem colocado em prática seus vários olhares e utilizado diversas linguagens permite afirmar que este profissional tem incorporado em sua prática a multirreferencialidade, de forma a expressar certa facilidade em se inscrever em práticas interdisciplinares e até mesmo transdisciplinares. Para a autora “somos inclinados à inter e à transdisciplinaridade por que transitamos bem por diversos domínios, fazendo uso de uma abordagem multirreferencial na qual nos baseamos para fundamentar nossa prática”. Na mesma direção, no que se refere à especificidade da terapia ocupacional, Almeida e Trevisan (2011) consideram que é possível assinalar que todas as ações

interdisciplinares sugeridas pelos dispositivos substitutivos em saúde mental são condizentes com os pressupostos teóricos que norteiam a profissão. Dessa forma, o terapeuta ocupacional deve demonstrar sua competência no trabalho em equipe e evidenciar o potencial de sua formação e conhecimento acerca da atividade humana como elementos que podem contribuir para que se alcancem os objetivos preconizados na reabilitação psicossocial.

A despeito da característica que o trabalho do terapeuta ocupacional nos contextos de geração de trabalho e renda pode assumir quando em equipe, e considerando que por vezes o fazer se constrói na conjunção dos diferentes núcleos de conhecimento, algumas participantes apontaram que, mesmo na interface, é possível identificar aspectos próprios da profissão ou diferenciar suas características quando comparadas às dos outros profissionais no mesmo contexto, evidenciando segurança e propriedade acerca de sua prática, como está expresso nos relatos a seguir:

“Assim, eu consigo enxergar a terapia ocupacional em alguns, vamos dizer, não... no todo eu consigo pensar quando, quando a gente coloca duas profissões dialogando eu consigo ver a especificidade de uma ou de outra, em um montante é aquilo, a meta é a mesma e a gente vai trabalhar da mesma forma. E aí nas pequenas coisas a gente vê né, não isso aqui é da TO [...]” (T3)

“[...] eu não acho que eles [conhecimentos necessários para trabalhar em iniciativa de geração de trabalho e renda] sejam exclusivos da terapia ocupacional né, mas eu acho que o terapeuta ocupacional tem um olhar diferente né dos outros profissionais que os outros profissionais vão ter outros olhares que o terapeuta não tem né.” (T5)

“Eu acho que isso tem uma, uma diferença sim, tanto que assim, eu tenho uma, essa colega que é assistente social ela sempre falava assim, fica diferente quando, quando tem uma TO [...]” (T12)

“É diferente às vezes você pegar uma, uma, uma oficina de, né coordenada por uma TO de uma... você vê diferenças [...]” (T10)

Foi possível apreender, por meio das falas anteriores, um movimento das profissionais em torno de destacar que é possível diferenciar aspectos do terapeuta ocupacional no trabalho em equipe na geração de trabalho e renda, ainda que exista um fazer que se constrói na junção dos saberes de cada profissão.

Nessa direção, identificou-se que algumas participantes reconhecem aspectos que são próprios da profissão terapia ocupacional e que tais aspectos contribuem na equipe, ainda que sejam apontadas que as contribuições são mútuas entre os profissionais e os saberes que

compõem a equipe no contexto de geração de trabalho e renda, como vem expresso nas falas a seguir:

“Hoje nós temos outros profissionais né enfermeiros, psicólogos que também coordenam oficinas é... e eu acho que eles trazem um pouquinho da formação deles né, do psicólogo, do enfermeiro, do assistente social e complementa o nosso olhar, a nossa visão, a nossa prática né para a gente atuar, mas eu acho que o terapeuta ocupacional é, também favorece muito a atuação deles na coordenação, é... pelo terapeuta ocupacional ter uma facilidade com a atividade, ensinar uma atividade, acompanhar uma atividade, avaliar, é... adaptar essa atividade no grupo, pelo terapeuta ocupacional também ter habilidades na organização dos registros, dos processos, é... Então eu acho que o terapeuta ocupacional contribui muito pra uma equipe, quando a equipe é multidisciplinar, acho que o TO contribui muito né, é... acho que é isso.” (T2)

“Acho que talvez o que seja exclusivo da terapia ocupacional seja esse olhar é... olhar mais detalhado para o cotidiano da pessoa, da, das ocupações mesmo, os papéis ocupacionais, acho que isso a gente consegue contribuir muito na, na equipe né [...]” (T10)

Foi possível verificar nos relatos apresentados ao longo desta categoria que as profissionais foram destacando especificidades da profissão quando na atuação em espaços de geração de trabalho e renda e isso se deu a partir do trabalho em equipe, ou seja, elas deram indícios de suas especificidades em termos de recursos e conceitos a partir das diferenças que encontram em relação aos demais profissionais envolvidos neste trabalho. Nesse sentido, é possível apontar para uma condição na qual as profissionais têm empreendido esforços para desenvolver sua prática nestes contextos com enfoque no desenvolvimento da técnica na produção. Apesar disso, é possível identificar que se trata de uma prática que vem sendo construída, como já discutido na primeira categoria temática, para a qual ainda estão sendo criadas algumas ferramentas - ou estas, embora possam existir, ainda não estejam sistematizadas em produções teóricas - apesar da familiaridade da terapia ocupacional com a temática do trabalho e das atividades que também se caracterizam como ferramentas do terapeuta ocupacional. Ainda, a proposição da inserção social por meio do trabalho nestes moldes é bastante nova no âmbito da saúde mental, trazendo novas exigências práticas e mesmo teóricas para os profissionais envolvidos neste contexto de atuação.

Destacam-se as indicações feitas pelas participantes quanto aos aspectos com os quais a terapia ocupacional trabalha e que estão presentes no contexto de geração de trabalho e renda, tendo sido apontados nos relatos a atividade, o cotidiano e as ocupações.

Galheigo (1999), apesar de propor uma discussão acerca do corpo teórico metodológico da terapia ocupacional, afirma que não há dúvida de que este profissional avalia de maneira singular o fazer, a atividade humana, o trabalho, o lazer e o autocuidado.

Na próxima categoria serão tratados aspectos relativos à profissão terapia ocupacional, como instrumentos e conceitos, que são pertinentes à profissão e que aparecem na vida diária destes profissionais no contexto de geração de trabalho e renda e que foram bastante enfatizados nos relatos.

4.5 A prática do terapeuta ocupacional em iniciativas de geração de trabalho e renda e a contribuição dos fundamentos da profissão

Verificou-se no contexto das entrevistas que as profissionais reconhecem o espaço de geração de trabalho e renda como uma proposta de trabalho muito próximo à prática do terapeuta ocupacional e isso está justificado, em sua maioria, por aspectos que dizem respeito aos conteúdos aprendidos na formação em terapia ocupacional, bem como aos fundamentos que norteiam a prática profissional e que contribuem na atuação neste espaço. As falas a seguir evidenciam essa condição:

“Ai eu acho que as coisas [terapia ocupacional e geração de trabalho e renda] estão muito, são muito próximas, são intrínsecas assim, a gente trabalha com atividade, a gente trabalha com cotidiano né [...] Então eu acho que tem tudo a ver. [...] acho que a terapia ocupacional é muito importante que ela esteja nesse lugar [...]” (T12)

“Eu acho que a terapia ocupacional e a geração de renda tem a ver porque o terapeuta ocupacional acho que ele já tem essa experiência na formação dele, já tem esse aprendizado do trabalho, da atividade, da ocupação ah... e transformar isso em geração de renda...” (T2)

“Então... é... eu, eu vejo assim, que tem... tem todo um sentido para a terapia ocupacional trabalhar com a questão da geração de trabalho e renda né, por conta disso que eu falei, tanto da, da questão histórica né, ligada à ocupação e ao trabalho, quanto pela questão de proporcionar, de potencializar a cidadania né, a inserção social.” (T6)

Os relatos supracitados evidenciam uma afinidade entre os conhecimentos, conteúdos e ferramentas inerentes à profissão terapia ocupacional e o contexto de geração de trabalho e renda. Entretanto é neste momento que se torna possível o resgate da discussão feita na primeira categoria temática acerca da necessidade de novos conhecimentos e ferramentas para a

construção de um novo fazer. Ou seja, apesar de haver aspectos da profissão que viabilizam o desenvolvimento de uma prática fundamentada, são necessários outros conhecimentos e ferramentas, como já apontados, com vistas a comporem com os conhecimentos pré-existentes da profissão e assim contribuir no avanço da proposta de geração de trabalho e renda.

Dentre os atributos que justificam a afinidade do terapeuta ocupacional com a prática no contexto de geração de trabalho e renda, as profissionais foram enfáticas em apontar a atividade como um recurso da terapia ocupacional que está presente o tempo todo neste contexto e com a qual este profissional sabe lidar com muita propriedade. Foram enfatizadas também questões que giraram em torno da atividade e se desdobraram em aspectos como o fazer, a ação humana, o trabalho como uma atividade humana, a habilidade do terapeuta ocupacional em lidar com os diferentes tipos de atividade e com o fazer das pessoas, dentre outros, como aspectos com os quais o terapeuta ocupacional tem muita familiaridade e que aparecem na lida diária deste profissional no contexto de geração de trabalho e renda.

No que se refere à atividade, destaca-se que esta sempre se caracterizou como um recurso e domínio da terapia ocupacional desde o surgimento da profissão. A perspectiva conceitual e prática de sua utilização na atualidade remonta a um processo de transformação em sua concepção pelos terapeutas ocupacionais ao longo do desenvolvimento da profissão.

Nessa direção, Castro, Lima e Brunello (2001), traçando um breve histórico acerca da utilização da atividade pelos terapeutas ocupacionais no Brasil, destacam os principais eventos históricos que ocorreram e que influenciaram a maneira como a atividade foi sendo pensada e proposta na prática profissional. Dentre os eventos relevantes apontados pelas autoras destaca-se aqui o momento de forte questionamento que ocorreu na área da saúde quanto ao papel dos técnicos nas instituições e na atuação com as populações, condição que redimensionou o papel do terapeuta ocupacional entre os anos 1970 e 1980. Ou seja, este profissional passa a questionar a condição de assistência de seus pacientes e seu papel ambíguo que oscilava entre a função terapêutica e a função de controle social. A esta problematização quanto à função exercida pelos profissionais, outros dois eventos no âmbito das propostas de cuidado em saúde contribuíram para o fortalecimento de atuações interdisciplinares e também para que as atividades ganhassem novos sentidos, bem como a prática do terapeuta ocupacional. Estes eventos foram: o de organização das pessoas com deficiência na luta por direitos às mesmas oportunidades dos demais cidadãos, bem como pela melhoria de suas condições de vida e de seus ambientes; e as propostas de desinstitucionalização psiquiátrica que visou um movimento pelos direitos dos cidadãos, produzindo subsídios para transformação concreta na vida das pessoas, bem como para a conquista da cidadania. É nesse contexto que surge uma nova

concepção de reabilitação a qual passa a preconizar a construção dos direitos dos sujeitos com algum acometimento, bem como a pesquisar as transformações nos vários âmbitos da vida das pessoas tidas como excluídas. É esse novo perfil no contexto da saúde e das propostas da reabilitação psicossocial que viabiliza que as atividades se caracterizem como importantes instrumentos no processo de transformação de uma lógica de exclusão e práticas alienadas.

Nesse contexto,

A nova direção da prática da Terapia Ocupacional propõe uma atuação no campo das possibilidades e recursos, de entrada no circuito de trocas sociais; o lúdico, o corpo, a arte, a criação de objetos, os estudos e o conhecimento, a organização dos espaços e o cuidado com o cotidiano, os cuidados pessoais, os passeios, as viagens, as festas, as diversas formas produtivas, a vida cultural, são alguns exemplos de temas que referendam, conectam e agenciam experiências, potencializam a vida, promovem transformações, produzem valor (CASTRO; LIMA; BRUNELLO, 2001, p. 46).

Nessa perspectiva, foi possível apreender que um dos pilares de respaldo da prática do terapeuta ocupacional dentro das iniciativas de geração de trabalho e renda está fundamentado em conhecimentos próprios da profissão, como o conhecimento sobre as atividades, a ação humana, o cotidiano, dentre outros apontados pelas participantes. Acrescenta-se que estes aspectos são reconhecidos por algumas participantes como o diferencial do terapeuta ocupacional no trabalho nas iniciativas, sendo inclusive apontado, por vezes, como facilitadores da atuação do profissional e justificando a pertinência deste nesse contexto.

Os relatos seguintes ilustram os aspectos que as participantes reconhecem como próprios da profissão, que estão presentes no contexto de geração de trabalho e renda e com os quais elas lidam cotidianamente:

“Quando a gente fala em, quando a gente pensa em oficina de trabalho, a gente... já pensa claro no, na produção, no fazer, na atividade, na ação né? E com certeza esse é um aspecto da TO né, do uso da atividade né, do, da ação, da ação humana, isso é, isso é muito próximo da TO né, é... E eu acho que a TO... acho que a TO tendo essa, é... tendo o fazer, tendo a ação do homem como um instrumento de trabalho né, não só como meio né, não, não vendo só a atividade como meio, mas como um fim em si mesma, eu acho que isso é... é bem, é bem legal ter esse olhar para a atividade, para o fazer e estar em uma oficina de trabalho [...]”
(T11)

“[...] eu acho que a gente tem um olhar um pouco pra coisa da atividade né, é... do processo produtivo, da atividade, do começo, do meio e do fim, então eu acho que isso acaba ajudando né, quando você está num, num projeto assim de geração de renda e trabalho [...]”
(T6)

“[...] se falar de atividade, do fazer das pessoas e das pessoas estando no mundo e o quanto as pessoas estão no mundo assim, através das atividades e eu também poder olhar pra isso e aí isso é uma coisa muito da TO; e aí trazendo isso para a geração de renda, eu poder olhar mesmo as atividades com esse olhar assim da produção, mas não desse olhar aí da atividade produtiva, só do produzir, mas assim, do produzir o produto e o produzir além desse produzir o produto. Então isso é da terapia ocupacional né, é muito nosso [...]” (T1)

“Porque a gente aprende é... que a atividade é própria do ser humano né, ele desenvolve atividade para a sobrevivência dele né, para ser feliz, para se realizar, os cuidados né, pessoais, enfim, a atividade é muito ampla na vida do ser humano é... e eu acho que esse trabalho de... de geração de renda, inclusão social está na formação do terapeuta ocupacional né, ele aprende a fazer isso, a promover o ser humano através das atividades, valorizar a pessoa através de fazeres...” (T2)

É possível apreender nas falas supracitadas que as participantes concebem a atividade na perspectiva da ação humana, de estar envolvido em uma atividade - no caso, a atividade produtiva no espaço de geração de trabalho e renda - associada ao fazer. Quanto a esta concepção, o estudo realizado por Toyoda e Akashi (1993), que teve como objetivo conhecer a visão dos terapeutas ocupacionais docentes do estado de São Paulo a respeito da atividade, de atividade terapêutica e de ocupação, demonstrou que, para a maioria dos participantes da pesquisa, a atividade tem significado de ação e a ação é compreendida como fazer.

Para Castro, Lima e Brunello (2001, p. 47)

As atividades humanas são constituídas por um conjunto de ações que apresentam qualidades, demandam capacidades, materialidade e estabelecem mecanismos internos para sua realização. Elas podem ser desdobradas em etapas, configurando um processo na experiência da vida real do sujeito. A linguagem da ação é um dos muitos modos de conhecer a si mesmo, de conhecer o outro, o mundo, o espaço e o tempo em que vivemos, e a nossa cultura. Ela se apresenta como uma experiência organizada em estruturas definidas cujas bases referem-se à realidade do homem como ser social e ao seu relacionamento com o seu “em torno” material.

Nessa direção, Lopes e Leão (2002), ao investigarem a prática desenvolvida por terapeutas ocupacionais nos CeCCos de São Paulo, consideram que este profissional busca estar aberto ao processo do sujeito e isso se deve à própria formação do terapeuta ocupacional. Assim, em relação aos demais profissionais, traz em suas intervenções uma concepção singular acerca do uso das atividades.

No que se refere à realização de atividades propriamente, Castro, Lima e Brunello (2001, p. 50) consideram que,

A realização de atividades procede da experiência vivida, fornece experiências e vivências, ampliando esses campos, e permite aos sujeitos agirem sobre seu próprio meio. Mediante as atividades podemos mergulhar na significação dos gestos e das ações e estabelecer relação com aspectos materiais. Esse fazer está ligado também aos valores espirituais de sujeitos e grupos e pode representar o processo cultural de um grupo social, apresentando-se como um fator ativo de organização social.

Foi possível identificar na fala de algumas participantes a maneira como elas lidam com demandas que aparecem no trabalho com os usuários e que dizem respeito a uma habilidade do terapeuta ocupacional na sua forma de atuar com o fazer, com a atividade, com adaptações necessárias e tudo o que envolve o cotidiano deste trabalho. Essa condição está expressa nos relatos a seguir:

“Eu acho que a gente tem essa prática maior de fazer junto, sentar né, bolar junto alguma coisa, pensar, pensar junto em como fazer melhor né, eu acho que isso é uma ferramenta que o terapeuta ocupacional já tem né [...]” (T5)

“É, eu participo principalmente é, porque essa, essa coisa de você conseguir é... destrinchar uma atividade em várias etapas ela é muito característica do terapeuta ocupacional né. Então você conseguir ter feito, assim, dividir claramente cada uma das funções e poder olhar para cada sujeito com aquilo que ele traz, com aquilo que a oficina necessita, é... A minha entrada é muito em facilitar isso. [...] Então o meu papel é de poder identificar essas demandas e ir construindo com o grupo aí como cada sujeito se insere.” (T4)

“Acho que isso, acho que isso que eu, que eu acabei falando assim, de, de poder, de poder você pensar em como essa atividade está sendo realizada, em como ela pode ser realizada por diferentes pessoas né, pessoas que podem ter mais ansiedade, pessoas que podem ter mais sofrimento mental [...] É... eu, eu, eu sempre lidei muito com o fazer assim sabe, eu sempre, eu sempre é... sempre, nunca abandonei essa ideia de, do, do como fazer uma atividade e de como, mesmo né, da, da tríade mesmo, dessa coisa bem... bem TO mesmo sabe? Eu, eu sempre lidei com isso e acho que esse conhecimento sempre esteve presente na minha prática.” (T12)

Os relatos evidenciam uma forma particular do terapeuta ocupacional em lidar com a atividade, em lidar com o sujeito em atividade, em avaliar como ela pode ser feita por diferentes pessoas, as adaptações que podem ser necessárias para que ela seja executada, bem como o fazer junto como uma habilidade deste profissional. Essa característica também ficou evidente no estudo desenvolvido por Lopes e Leão (2002), que ao buscar conhecer a prática desenvolvida pelos terapeutas ocupacionais nos CeCCos de São Paulo entre 1989 à 2000, puderam constatar que uma das características que diferencia o terapeuta ocupacional dos demais técnicos é o uso da atividade, a forma como analisa e adapta as atividades quando estão sendo executadas,

considerando as demandas e necessidades dos sujeitos, atentando sempre para a forma com que esse sujeito se relaciona com as outras pessoas, com seu trabalho e com sua atividade.

Uma das participantes considerou que conhecer a atividade sob as dimensões que o terapeuta ocupacional conhece, bem como ter um olhar diferenciado sobre o fazer humano, foi importante para ela compreender o trabalho que desenvolve na geração de trabalho e renda, apontando isso como uma especificidade da terapia ocupacional. Em suas palavras:

“Bom, eu acho que essa coisa da atividade é bacana e esse estudo, esse, essa coisa que a TO se propõe a se debruçar, a se debruçar e olhar para, para as atividades, para as coisas que o ser humano faz, isso é interessante e foi interessante assim ter esse conhecimento para eu poder entender esse trabalho aqui, isso eu acho que é um pouco mais específico nosso.” (T1)

Na mesma direção, outra participante apontou que aspectos de funcionamento da terapia ocupacional contribuem para a maneira como lida com o processo de trabalho dentro do espaço de geração de trabalho e renda considerando que:

“É... eu acho que algumas dinâmicas que a gente tem de funcionamento pra dentro da terapia ocupacional também colaboram muito para eu poder pensar hoje como é... como eu desenvolvo e facilito a... as questões mesmo pra dentro, pra dentro do processo de trabalho deles [...]” (T3)

Os apontamentos feitos por T1 e T3 supracitadas sugerem uma habilidade do terapeuta ocupacional em lidar com o fazer nos espaços de geração de trabalho e renda e mesmo uma condição de ver além da simples realização de uma atividade de trabalho, o que pode evidenciar uma relação amadurecida quanto à concepção de atividade. Nesse sentido, concorda-se com Ribeiro e Machado (2008) para as quais a terapia ocupacional, tendo como principal ferramenta a atividade, a qual retrata o cotidiano do sujeito, tem como possibilidade transformar sua ação junto aos usuários em ação que promova o protagonismo social.

Além da questão da atividade, do fazer humano, da ação humana e de tudo o que gira em torno da terapia ocupacional na relação com o outro por meio da atividade e do fazer, algumas participantes também consideraram a habilidade para trabalhar com grupos e a habilidade do terapeuta ocupacional em lidar com as organizações como elementos que contribuem na prática nos espaços de geração de trabalho e renda e que muitas vezes são facilitadores da atuação.

No que se refere ao trabalho com grupos, os relatos abaixo evidenciam que este é um aspecto aprendido na formação, como está assinalado nas duas primeiras falas, mas também vivenciado ao longo das práticas, como mencionado na terceira fala, e que vem colocado no trabalho no espaço de geração de trabalho e renda como algo que contribui:

“[...] não sei como foi a tua formação, mas a gente tinha as questões das ART’s né, então é, a gente é, tinha nas, nas modalidades de ART a gente tinha uma delas que era grupo, então a gente estudava isso, trabalhava com isso [...] a gente tem essa questão do grupo né, é, eu acho que a gente organiza um grupo, coordena um grupo, assim a gente né, aprendeu a fazer isso, acho que a gente faz isso, eu acho que a TO faz isso muito bem é...” (T9)

“Eu tive muito na minha formação na Federal assim né, e mesmo essa questão do trabalho em grupo né, do... do manejo com o grupo, do manejo com, é no individual também né, é das, as atividades também [...] então eu acho que tudo isso foram ferramentas que a minha formação né, trouxe assim né, então é... [...]” (T5)

“É... e eu acho que uma coisa que talvez ajude muito, que me ajuda muito é talvez porque eu fiz muito isso na minha, na minha, na minha prática foi essa questão da, de pensar grupos né, na organização de grupos que também está, tem, está muito integrado.” (T10)

As considerações feitas pelas participantes acerca da habilidade do terapeuta ocupacional em trabalhar com grupos também foram referidas por Lopes e Leão (2002). As autoras puderam constatar que dentre os recursos utilizados pelos terapeutas ocupacionais que contribuíram para a implantação e manutenção dos CeCCos em São Paulo entre 1989 e 2000 estão justamente a atividade, as oficinas e o trabalho com grupos, recursos estes que representam eixos importantes para que se acolha e se promova a inclusão social da população usuária.

No que diz respeito aos aspectos de organização, as falas a seguir ilustram que as participantes compreendem que lidar com tais aspectos é uma habilidade do terapeuta ocupacional e que também está presente nesse contexto de trabalho contribuindo e facilitando para o desenvolvimento da prática:

“Eu acho que o TO é alguém que pensa muito as organizações, então a gente desenvolve isso né, é uma das habilidades que eu acho que a gente desenvolve, a questão da organização né, do cotidiano de um grupo eu acho que isso facilita na prática nossa, no trabalho em geração de renda.” (T9)

“[...] tem algumas coisas que eu acho que a TO ajuda um pouco que é a questão da organização é, a organização do trabalho, do processo produtivo né, então é... [...] Essa coisa

de organização, de organizar um pouco é, organizar coisas simples, mas que, mas que se não, eu acho que se não tivesse um olhar de TO talvez fosse diferente entendeu?” (T6)

“E a outra coisa é a questão da organização, eu acho que o terapeuta ocupacional já tem essa característica, eu acho que é reforçado na formação, no processo de formação, que é organização nos controles, avaliação e... é... planejamento, eu acho que ele tem isso o terapeuta ocupacional né, da organização, que também contribui para esse trabalho.” (T2)

A despeito da grande proximidade e afinidade da terapia ocupacional com o trabalho no contexto de geração de trabalho e renda, as participantes apontaram que este não é um contexto nem um saber exclusivo da terapia ocupacional e que pode e deve contar com a atuação de outros profissionais tanto ligados à área da saúde como de outras áreas no papel de coordenadores. Entretanto reconhecem e reforçam que o terapeuta ocupacional tem mais afinidade e facilidade nesse contexto em função de sua formação, seus conhecimentos e habilidades. Isso fica evidente nas falas a seguir:

“Mas o trabalho, a geração de renda não é específico [da terapia ocupacional], outros profissionais da saúde mental acho que têm esse olhar, esse cuidado, ah... Mas eu acho que o terapeuta ocupacional tem mais habilidade, tem mais facilidade de... né, por questão da formação mesmo né.” (T2)

“Então... mas eu não acho que seja exclusivo da TO né, assim. Pelo menos dentro de uma atividade de geração de trabalho e renda né, eu acho que outros profissionais podem estar nessa função tranquilamente né, mas eu acho que ajuda, facilita né, algumas, alguns aspectos facilita ser terapeuta ocupacional né, assim.” (T5)

“[...] eu acho que tem coisas que são da terapia ocupacional sim, mas eu jamais vou dizer que um, que um, um grupo de geração de renda, de empreendimento solidário deve ser feito só por TO, com certeza não né. Mas eu acho que nos ajuda né, eu acho que ajuda é... nesse conhecimento da atividade né, do fazer é, do, do saber fazer uma atividade né, é... e como, como ela é feita.” (T12)

Em meio às considerações quanto ao trabalho na geração de trabalho e renda, bem como aos conhecimentos necessários para estar nesse espaço não serem exclusivos do terapeuta ocupacional, duas participantes buscaram justificar, de forma mais enfática, porque este não é um contexto de atuação exclusivo da terapia ocupacional, como vem expresso nos relatos a seguir:

“[...] acho que não é exclusivo da TO eu não, eu não acho que, porque eu né, eu estou falando da ação humana né e o fazer ele é intrínseco ao homem né isso está, é do cotidiano das pessoas né, e a gente faz o tempo todo, a gente produz o tempo todo né, então isso não dá pra ser exclusivo da TO né. Fazer está no mundo, está nas coisas, está nas pessoas né, mas é claro que a TO é, eu acho que é a, é o, o terapeuta ocupacional é o profissional que, que tem um olhar mais cuidadoso para isso né.” (T11)

“[...] quando eu... não conhecia os equipamentos, de fato né, de geração de trabalho e renda é, eu entendia que esse era um trabalho muito mais de um terapeuta ocupacional porque a gente estava lidando com a atividade, lidando com o fazer, então eu, eu entendia que isso estava muito mais próximo ao TO né, acho que aí vivendo um cotidiano de oficinas aí você entende que isso vai muito mais além né, que o fazer humano não está como a gente aprende ali categoricamente na Universidade, que ele vai para, para além da terapia ocupacional e das fronteiras da TO né é... não é stricto sensu da terapia ocupacional.” (T9)

É possível identificar nos relatos que existe uma tentativa de evidenciar que alguns elementos e princípios que podem ser tidos como domínio da terapia ocupacional nos espaços de geração de trabalho e renda tomam outra proporção e, portanto justificam, do ponto de vista das participantes, a atuação de outros profissionais lidando com as mesmas demandas. Essa condição pode sugerir que as profissionais estejam tentando diferenciar a atuação do terapeuta ocupacional no contexto de geração de trabalho e renda da atuação deste profissional no contexto da clínica e, portanto, da perspectiva do terapêutico, do tratamento e da reabilitação, isso porque em ambos os contextos o profissional lida com o fazer, com a atividade, com a ação humana, entre outros, mas sob enfoques diferentes. Nessa direção os depoimentos a seguir corroboram esta diferença que se apresenta na atuação em contextos de geração de trabalho e renda:

“Então, eu acho que... eu não faço TO aqui né... [...] É, então a gente né, o psicólogo não faz psicoterapia e eu não faço grupo de TO né, não faço atendimento individual, apesar de a gente sempre precisar ter algum acolhimento aqui, fazer algum tipo de intervenção um pouco mais individual mesmo do grupo isso acontece, mas não é, mas não é, não faço, de fato, TO aqui. [...] É... mas apesar de eu não fazer TO aqui eu não deixo de ser TO em nenhum momento né, acho que isso está, está implícito em mim [...]” (T11)

“[...] então assim, aqui eu não vou trabalhar é, por exemplo, a oficina como eu trabalhei, como eu trabalharia dentro de um CAPS, ou dentro de um, de um consultório utilizando a atividade para um recurso, como um recurso terapêutico ou então a atividade é... trabalhando uma adaptação, uma readaptação ou que seja e que a gente fala muito na área física né, é... a gente usa atividade pra um, pra outras coisas que é para a convivência, que é

para a identificação com o outro, para a identificação com a atividade, para estar em um espaço diferente, para fazer inclusão.” (T3)

Uma das participantes coloca no âmbito dos desafios a atuação do terapeuta ocupacional no contexto de geração de trabalho e renda justamente porque ela reconhece que sua prática neste espaço ultrapassa a clínica e as intervenções terapêuticas. Em suas palavras:

“[...] é um desafio assim estar, estar na geração de renda por isso né, porque você sai só do, do clínico sabe? Você sai só do, do terapêutico, você sai só do grupo de TO pra é, conversar as questões né, e de trabalhar o grupo, você vai para coisas maiores assim né, de... de mercado.” (T5)

O relato de T5 suscita uma reflexão acerca do lugar que as terapeutas ocupacionais têm ocupado na relação com os usuários neste contexto de trabalho que extrapola o terapêutico, como apontado pela participante. Nesse sentido, considera-se que realmente deve haver uma reinvenção desta relação que se dê no plano da horizontalidade, como já destacado na primeira categoria temática, mas que também viabilize a emancipação do sujeito frente à proposta de trabalho, cujo perfil está em construção. Ou seja, é fundamental que a relação estabelecida com o usuário seja de parceria, de construção coletiva, mas principalmente, de produtora de protagonismo e autonomia desses sujeitos, que estes possam assumir com mais propriedade e autonomia as atividades e responsabilidades nas iniciativas. Entretanto, essa proposta de reinventar a relação com os usuários implica em assumir um outro lugar nesta relação que não a terapêutica, ou um lugar de não “centralizador” das ações nos espaços de geração de trabalho e renda. Será que esta perspectiva tem sido possível e esta mudança de lugar tem sido construída?

Nicácio (1994, p. 132) trata da relação estabelecida entre técnicos e usuários quando na proposição do trabalho a estes no contexto de transformação da assistência em saúde mental na experiência santista. A autora relata que no início da implantação dos primeiros projetos de trabalho, muitos usuários tinham na figura dos profissionais uma espécie de patrão e acabavam reproduzindo uma relação de patrão e empregado. Entretanto, a nova realidade colocada quanto à natureza dos trabalhos propostos em espaços externos à instituição, a presença de novos interlocutores, novas realidades externas às estabelecidas no contexto psiquiátrico e ainda a problematização destas questões por parte dos técnicos viabilizou a transposição desta vivência e permitiu novo delineamento desta relação. “Da parte dos técnicos, nova profissionalidade

também se construiu porque não eram mais gestores da instituição, mas efetivos mediadores em uma relação com o ‘mundo real’ ”.

Acredita-se que é a partir desta perspectiva que se criam possibilidades reais de construção de um novo lugar, tanto para os usuários, quanto para os profissionais da saúde envolvidos no trabalho nas iniciativas de geração de trabalho e renda. Novamente destaca-se a importância destes profissionais enquanto promotores de mudanças reais não só na relação direta com o usuário, mas na relação deste com o mundo social.

Outro aspecto apreendido nos depoimentos de algumas participantes foi o de que as facilidades encontradas na prática desenvolvida na geração de trabalho e renda advêm tanto de questões relativas à formação profissional do terapeuta ocupacional e de seus recursos, como também do prazer que sentem na atuação com esta população, nos ganhos que os usuários alcançam e no investimento e envolvimento deles com o trabalho que é desenvolvido. Quanto a este segundo aspecto, o estudo desenvolvido por Tagliaferro (2011) também revelou condição semelhante no âmbito das facilidades, na medida em que alguns profissionais que compõem a equipe de incubação de um empreendimento solidário relataram ser prazeroso o trabalho com os usuários que se mostram abertos ao aprendizado, à melhora e ao crescimento.

Os relatos abaixo ilustram as perspectivas acerca das facilidades apontadas pelas participantes:

“[...] é gostoso trabalhar, é prazeroso trabalhar com essa população porque é uma população que... é, que reconhece e valoriza esse espaço, então o pouquinho que você oferece, que você oferta para eles né, um ambiente acolhedor, um grupo harmonioso, é... algumas atividades, isso eles já reconhecem como um espaço deles, porque eles se sentem valorizados, reconhecidos. Então você vê uma evolução neles, um prazer de estar aqui [...] você vê que a gratidão é muita, então isso que é prazeroso porque tem a ver com a minha formação, tem a ver com a minha habilidade, com o que eu gosto de fazer, então é gostoso ver isso, essa eu acho que é a facilidade.” (T2)

“[...] Ah, eu acho que a facilidade vem de quando você tem prazer por aquilo que você faz né assim... [...] Eu acho que quando você tem uma identificação além do trabalho [...] Como terapeuta ocupacional tem as facilidades da formação, que isso é uma facilidade, não dá para dizer que não [...]” (T4)

“Acho que as facilidades talvez sejam os, os benefícios que, que eles acabam tendo né?” (T10)

“[...] o que tem de facilitador é o quanto é bacana assim, é esse prazer que a gente tem de estar nesse espaço assim [...]” (T1)

“A facilidade eu acho que, pelo menos aqui na experiência [nome da iniciativa] [...] é que eles têm muito desejo, né. São usuários que abraçam muito o, o projeto é... Então a gente consegue construir muita coisa bacana assim, eu acho que é o investimento desses usuários na oficina, é essa parceria que eles têm, eles têm muito entendimento do que que é, do que que é essa oficina, do porque é que eles estão aqui. Então essa é uma facilidade grande assim para a gente continuar trabalhando.” (T8)

“[...] as pessoas que, que vêm para cá elas assim, já vêm em um, já vêm querendo outras coisas além do tratamento, então eu acho que isso facilita muito né [...] então eu acho que esse desejo do sujeito, acho que movimenta também assim sabe a se querer esse outro lugar, acho isso muito, acho que isso facilita muito o trabalho [...]” (T9)

Fica evidente nos relatos supracitados que as participantes reconhecem que as facilidades advêm de aspectos simbólicos, tanto do prazer que elas próprias sentem e da identificação que elas têm com o trabalho, quanto da parceria e relação que se estabelece com o usuário na proposição do trabalho e os consequentes ganhos que eles obtêm. Nesse sentido é possível apreender que se tratam de facilidades implicadas diretamente com a prática das profissionais, mas que transpõem as questões concretas de atividades desenvolvidas ou técnicas aplicadas por elas.

É também no bojo das relações e da prática com os usuários que algumas participantes identificaram dificuldades e desafios que se traduzem em demandas tais como fortalecer o usuário para o trabalho, fazê-lo acreditar em suas capacidades e potencialidades e mesmo de fazê-lo se apropriar do trabalho, como mostram os relatos abaixo:

“Olha eu acho que o desafio é... é poder mostrar para oicineiro que ele é capaz, porque ele chega muitas vezes com a autoestima baixa é, com a autonomia comprometida é... sem conhecer quais são as habilidades dele porque nunca foi explorado ou porque ele teve muitas perdas na vida e aí chega aqui sem expectativa né, de um trabalho, de uma remuneração, de formar uma rede social né, formar vínculos, então ele chega muitas vezes é sem, sem recursos, sem expectativas e aí o desafio é esse né, é cuidar dele, fortalecê-lo, dar base, alimenta-lo, facilitar para que ele se sinta valorizado, para que ele descubra potencialidades nele e o nosso trabalho cotidianamente né é valorizar, incentivar, promover, reconhecer [...]” (T2)

“[...] desafio é a gente sempre crescer né, acho que esse é o maior desafio né, de mostrar para os usuários que eles são capazes sim né, de, de resgatar sua autoestima, de produzir, de ter o seu dinheiro, de criar novamente uma identidade porque eles chegam muito sem identidade, dependendo muito né de, da família ou de outras pessoas [...]” (T8)

“Acho que uma dificuldade que a gente tem é que, concreta assim é que, é, muitas vezes o sujeito vem para cá desacreditado de que ele pode né, acho que isso é uma questão assim [...] É... acho que é, dar, é potencializar o sujeito àquilo né, a essa questão do trabalho né, porque também o trabalho já foi algo já negado para ele né, já foi algo que já foi descartado da vida dele, olha você é improdutivo, você é incapaz para o trabalho né, é... a família faz isso né, a sociedade faz isso, acho que aí já, já tem isso, esse carimbo do não né. Então você tirar um pouco isso e dizer não né, vamos... acho que você produz, você produz muito mais do que um produto né, acho que isso é... é a nossa grande dificuldade assim, mas também né, é como eu disse é também um desafio.” (T10)

Destaca-se a importância das profissionais, além de empreenderem esforços para que os usuários resgatem a autoestima e recursos para se engajarem no trabalho na geração de trabalho e renda, que invistam no processo de profissionalização destes usuários para que eles, de fato, incorporem uma identidade de trabalhador. Assim, é fundamental que as profissionais acompanhem e instrumentalizem o usuário nesse processo de construção de tal identidade.

4.6 As dimensões do trabalho como norteador da prática no contexto de geração de trabalho e renda

O tema trabalho foi um aspecto que permeou os depoimentos das participantes sendo abordado de várias maneiras, tanto na perspectiva de ser um conhecimento que as profissionais aprendem desde a graduação e com o qual guardam afinidade e compreensão – o que viabiliza a atuação no contexto de geração de trabalho e renda – quanto a pensar o trabalho sob uma perspectiva mais reflexiva expressando desenvolverem suas práticas alicerçadas em concepções como a importância do trabalho na vida das pessoas, as contradições que o trabalho comporta, a função que este exerce na vida das pessoas e mesmo as expectativas que elas têm em relação à promoção de vida e transformações que os usuários podem vivenciar por meio do trabalho no geral ou por meio do trabalho desenvolvido nas iniciativas de geração de trabalho e renda. Essa constatação sugere que, de fato, as terapeutas ocupacionais estão implicadas com as diferentes dimensões do trabalho em sua atuação nos contextos de geração de trabalho e renda e que isso vem sendo posto em prática na vida diária com os usuários.

Nesse sentido, apreende-se que as profissionais têm trabalhado com vistas a legitimar a questão do trabalho dentro dos espaços de geração de trabalho e renda com tudo o que ele comporta e isso pode dizer de uma prática comprometida realmente com os pressupostos da

reabilitação psicossocial que concebe o trabalho de maneira bastante distanciada de um interventor terapêutico.

Sob esta perspectiva reflexiva evidenciada nos relatos das participantes quanto à proposição do trabalho aos usuários da saúde mental, cabe um apontamento feito por Saraceno (2001a), para o qual não é possível conceber projetos de reabilitação por meio do trabalho sem antes refletir acerca dos sentidos que o trabalho comporta. Nessa direção, a maneira como as participantes apresentam suas perspectivas e elaborações sobre o trabalho contextualizado nas iniciativas de geração de trabalho e renda parece estar em consonância com a proposição feita pelo autor, na medida em que, ao expressarem pensar a importância das várias dimensões do trabalho quando na proposição deste nestes espaços, evidenciam estar comprometidas com o sentido do trabalho para os usuários.

Acrescenta-se que

O trabalho para os pacientes psiquiátricos gravemente desabilitados, se entendido como simples desenvolver de determinadas tarefas, pode ser na realidade uma forma ulterior de norma e contenção, de restrição do campo existencial. O trabalho, entendido como “inserção laborativa”, pode, ao invés disso, promover um processo de articulação do campo dos interesses, das necessidades, dos desejos. A questão é o quanto o trabalho seja um meio de sustento e o quanto seja um meio de auto-realização. E isso é obviamente relacionado com o sentido e com o valor que uma sociedade atribui ao trabalho. E de quanto o trabalho seja componente de um projeto para um indivíduo (SARACENO, 2001a, p. 126).

A relação da terapia ocupacional com o tema trabalho foi apontada como um dos elementos que compõe a formação deste profissional, como mostram os relatos a seguir:

“[...] eu acho que a gente, enquanto TO, sempre teve a questão do trabalho como um, um tema central né do... seja de qualquer maneira né, não necessariamente como geração de renda, mas o mundo do trabalho, a vida do trabalho como algo que faz parte do reabilitar né, para estar no mundo, pra nós é muito... a gente tem muita afinidade com isso [...]” (T7)

“[...] e eu acho que até por conta da nossa formação a gente tem uma capacidade de pensar melhor a questão do trabalho e da geração de renda, principalmente na saúde mental né.” (T6)

“[...] eu acredito que nós estamos mais próximos, assim, na formação eu acho que a gente foi o profissional que mais, mais se instrumentalizou para pensar o trabalho né [...]” (T9)

“[...] [o trabalho] É uma esfera que a gente estuda né, é uma esfera que a gente acredita, enfim.” (T10)

Embora fique evidente nos relatos das participantes como percebem a proximidade da terapia ocupacional com o tema trabalho, foi possível identificar em dois depoimentos que elas reconhecem que a profissão já fez uso do trabalho sob uma perspectiva de “ocupação terapêutica” e daquilo que o manicômio propunha quando na imposição do trabalho, mas que isso vem se transformando na prática atual nos contextos de geração de trabalho e renda. Essa condição permite afirmar que, de fato, as profissionais fazem distinção do uso que os terapeutas ocupacionais já fizeram do trabalho em tempos anteriores e do que fazem agora, evidenciando a mudança no perfil de atuação desse profissional nesses contextos. Esta noção é corroborada pelo estudo de Almeida e Trevisan (2011) para as quais, no contexto atual de transformação das concepções e dispositivos de intervenção em saúde mental, o terapeuta ocupacional foi capaz de identificar a valorização da atividade humana e do trabalho para o âmbito da saúde mental e para a inclusão social dos sujeitos e, assim, se dispôs a transpor a concepção de atividade como recurso terapêutico ou como forma de ocupação do tempo ocioso como difundido nas práticas tradicionais.

Os relatos a seguir ilustram as afirmativas feitas por duas participantes:

“Até então a gente pensava o trabalho de uma forma muito ruim né, digamos, a história da TO nos mostra algum passado um pouquinho negro, mas que talvez é, precisou mesmo passar na época o que conseguia fazer era isso né, eu acho que talvez a gente vai olhar para trás também daqui um tempo e ver, nossa não, não era isso, a gente teria que fazer uma outra coisa porque acho que, ainda bem que a gente evolui né, mas pensar a ocupação só por causa né... não ficar doente, ser uma ocupação... não é, não é a proposta. E eu acho que nós temos que estudar mais sobre isso assim.” (T10)

“[...] a TO também tem uma história né, dentro da psiquiatria, que na verdade quando a gente fala, por exemplo, de ocupação, de oficina abrigada né, de, de reproduzir os espaços abrigados semelhantes aos espaços de trabalho, mas que são instituições, eu acho que a TO ela tem uma passagem aí histórica nesse tema né, que é um pouco do trabalho e da ocupação, não necessariamente da geração de renda, né. E, e eu acredito que atualmente é... dentro da TO isso tem evoluído né, então... Apesar de ainda existir, a gente sabe que ainda existe hoje locais, instituições que têm local, local de trabalho abrigado essas coisas, mas eu acho que tem muito uma discussão dentro da TO em relação a isso, né [...]” (T6)

Sob uma perspectiva mais atual, Castro, Lima e Brunello (2001) consideram que a atuação do terapeuta ocupacional no âmbito da inserção de sujeitos na vida produtiva tem sido um desafio na prática deste profissional, que diante das demandas concretas da vida dos usuários e convocado a produzir novas modalidades de inclusão social e novas respostas às necessidades dos sujeitos não pode se esquivar de enfrentar os desafios do trabalho no mundo

contemporâneo, bem como encontrar alternativas de inclusão, neste âmbito da vida, aos sujeitos que se encontram excluídos. Para atender a esta questão, as autoras consideram que é imprescindível que se questione primeiro qual o sentido do trabalho para uma determinada pessoa, além de ser necessário questionar também se a inserção deste sujeito na vida produtiva está atrelada a uma normatização social ou se expressa o direito ao trabalho com vistas a aumentar as redes de trocas sociais e materiais do sujeito.

Sob outra ótica, foi possível constatar que a prática desenvolvida no contexto de geração de trabalho e renda está respaldada pelo conhecimento relativo ao trabalho, mas sob uma perspectiva da importância e função do trabalho na vida das pessoas. Nesse sentido, Soares (1991, p. 25) considera que o ser humano transforma-se constantemente e isso se dá, principalmente, em razão do seu trabalho, maneira pela qual ele produz materialmente sua existência. Assim, o homem produz transformações no ambiente e em si mesmo por meio de e no processo de trabalho. Pelo “trabalho os homens produzem o seu meio de vida, a sua existência, sua consciência, a sua história e a própria superação destas condições”.

Os relatos seguintes ilustram a maneira como as profissionais concebem o trabalho e consequentemente como essa concepção pode estar implicitamente implicada na maneira como elas lidam com este junto dos usuários nos contextos de geração de trabalho e renda:

“É então, retomando, eu acho que a, a questão do trabalho para o ser humano né, que eu acho que o ser humano se promove, é se... ele aprende, ele se reabilita, se fortalece muito através do trabalho né, das relações que permeiam esse trabalho [...]” (T2)

“Olha eu acho que o trabalho é... é o que orienta a vida de qualquer pessoa né, a gente organiza a vida a partir do trabalho. Então, quantas horas você trabalha por dia? Qual é a sua profissão? É... isso são perguntas que todo mundo escuta. Quando você vai se apresentar pra alguém, ou quando alguém quer te conhecer, a primeira coisa que ele pergunta é: o que você faz? Então eu acho que o trabalho ele tem essa função de organizar a vida.” (T4)

“Eu particularmente acho que o trabalho é o eixo de tocar a vida fundamental, não que eu ache que todo mundo tem que trabalhar e quem não consegue fazer nada faz de conta que trabalha, né [...] Mas eu acho que, para uma boa parte das pessoas, o trabalho é o eixo de integração, de, de convívio, de... de valorização pessoal, de tocar a vida né?” (T7)

“Eu acho que assim, é uma necessidade trabalhar né, eles mesmos [os usuários], eles como qualquer outra pessoa precisam ser cidadãos e precisam ganhar o seu, o seu ganha pão, né [...]” (T12)

Os relatos anteriores apontam para o trabalho como uma categoria central na vida dos sujeitos, ou seja, como um dos pilares de sustentação da vida cotidiana, como fica explícito nas falas de T4 e T7. Nessa direção, Lussi, Matsukura e Hahn (2010) consideram que o valor do trabalho, como uma prática que viabiliza a integração e legitimidade dos sujeitos na sociedade, tem seu reconhecimento em diferentes comunidades, grupos e classes sociais. Assim, para as autoras, poder voltar a fazer parte do mundo do trabalho, ou até mesmo iniciar esta entrada, aumenta as possibilidades de inserção social, de melhores condições de saúde e de qualidade de vida. Para Saraceno (2001b, p. 15) “O cenário da produção da sociedade, tem o reconhecimento de um produto de valor social, ou seja, felizes ou não, todos querem um salário, e com ou sem reconhecimento, mudam de cenário e vão ao trabalho”.

A despeito da abordagem positiva apresentada pelas participantes acerca da importância e função do trabalho, evidenciou-se na fala de duas profissionais o reconhecimento quanto às contradições que o trabalho pode comportar ficando inclusive evidente a necessidade do terapeuta ocupacional se apropriar destes aspectos relativos ao mundo do trabalho, como vem expresso nos relatos a seguir:

“É... eu acho que a gente precisa, precisa estudar muito né e discutir muito os sentidos da reabilitação né, os sentidos do trabalho para as pessoas porque o trabalho ele comporta essa contradição né, tanto ele é escravizante vamos dizer assim, alienante, ou opressor, como ele também ele tem um outro aspecto que é o libertador, que é o que possibilita uma série de coisas tanto no campo da sociabilidade como concretamente né, ganhar dinheiro e sustentar, isso também provoca mais ganhos ainda simbólicos, né. Então eu acho que a gente precisa estudar muito sobre isso, a questão do trabalho, do mundo do trabalho, o mundo do trabalho nessa formação capitalista né, nesse contexto atual, o que é que ele vira né [...]” (T7)

“[...] o trabalho como eu falei faz parte né, é... é o que nos, é o que nos define, é o que às vezes nos move né, ele pode adoecer em algum momento sim, mas ele pode também trazer outros valores né, para a vida das pessoas que não estão nesse processo.” (T10)

Os relatos de T7 e T10 apontam para a importância de refletir acerca da conformação do trabalho nos moldes capitalistas. Nesse sentido, é imprescindível avaliar em profundidade como o trabalho tem se configurado na sociedade atual e, principalmente, de que maneira ele está disponível/acessível para absorver as parcelas excluídas da sociedade, dentre elas, os usuários da saúde mental. O estudo de Pitta (2001, p. 24) contribui para esta reflexão e aponta que “O homem moderno, acriticamente, persegue formas de inclusão social pelo trabalho, desconsiderando o fato desse trabalho não ser nem tão disponível nem tão flexível para suportar as diferentes demandas individuais e coletivas que a sociedade moderna impõe”.

Talvez a perspectiva apresentada pela autora supracitada seja um bom disparador para uma discussão crítica acerca da proposição do trabalho no âmbito da saúde mental e, principalmente, para se pensar sob qual modalidade e referencial este trabalho será proposto. É a partir da discussão do sentido do trabalho e de sua configuração que se faz um diálogo efetivo com a economia solidária como modelo viável e condizente com a perspectiva da saúde mental, como será tratado na categoria seguinte. Entretanto, antecipa-se aqui que sob o olhar da economia solidária a construção do trabalho, sua função e sentido para o sujeito rompem em vários aspectos com o modo de produção capitalista, o que de antemão solicita um aprofundamento teórico e principalmente prático sobre o que significa o trabalho solidário e quais transformações nas relações de trabalho são necessárias.

No universo do tema trabalho, ficou evidente que algumas participantes utilizam desse conhecimento nas iniciativas como meio de promover arranjos via o trabalho na vida dos usuários. Nesse sentido foi possível identificar que elas reconhecem tanto os aspectos que o espaço de geração de trabalho e renda promove, quanto os arranjos que elas próprias promovem por meio da maneira como lidam com o trabalho enquanto terapeutas ocupacionais nestes contextos. Quanto aos aspectos, principalmente sociais, que podem ser promovidos pelo espaço de geração de trabalho e renda os relatos a seguir ilustram essa evidência:

“Acho que, então, essa questão dos valores que a gente gera assim é de estar, de fato, incluído socialmente no sentido de que hoje eles não estão só pra dentro do serviço, eles estão mostrando produtos super bem aceitos pra dentro do território, da comunidade onde eles estão, porque querendo ou não o carro chefe, o maior local de venda é na comunidade [...]” (T3)

“Então... e aí pensando assim, é... vem a questão da geração de trabalho e renda, que é uma das possibilidades de fazer com que o outro, ele se torne sujeito na sociedade né.” (T6)

“Acho que ele [o projeto de geração de trabalho e renda] gera uma série de outras coisas né, isso a gente sente né, por isso que também persiste sete anos né, porque ele, ele ajuda em muitas coisas, tem esse fator de às vezes a pessoa poder passar como uma experiência, [...] muitas vezes é uma passagem mesmo que vai servir para ir para outros lugares né, então isso também é válido né.” (T7)

Foi possível identificar, ainda, que as profissionais reconhecem que a participação do usuário nas iniciativas de geração de trabalho e renda também promove melhorias em seu quadro clínico, tendo sido mencionado por algumas participantes o aspecto terapêutico existente nessa relação do usuário com o trabalho nesse contexto. Nesse sentido, ficou evidente que o terapêutico de que as participantes falam está respaldado por uma concepção de que estar

trabalhando viabiliza muitos aspectos na vida do sujeito e que poder vivenciar os ganhos disso, como a participação social, a inclusão e as trocas é que influencia positivamente no quadro clínico deste sujeito. Os relatos a seguir ilustram estes aspectos:

“É, eu acho que, é... pensando que, a gente sempre fala, que a geração de renda ela não é, é, não é terapêutica por si só né, ela não é voltada para a questão como muitos usuários falam “ah eu venho aqui para o grupo para fazer terapia”, não você não está vindo para fazer terapia, você está, você está vindo aqui para a questão de uma reabilitação voltada para o mundo do trabalho e aí as, os, os, as questões terapêuticas aparecem como consequência, com certeza, que é o que a gente fala né gera tantos valores, a gente vê uma mudança, vê que ajuda muito no projeto terapêutico dos usuários, mas que eles estão aqui pela inclusão pelo trabalho [...]” (T3)

“Ela [oficina de geração de trabalho e renda] é terapêutica também porque desenvolve todas essas questões né, mas eu acho que o diferencial de uma oficina de trabalho é isso né, é ser valorizado como artesão mesmo, como alguém que, que produz, que faz pra vender na feira, que tira pedidos sabe, né.” (T5)

O depoimento de uma participante evidencia sua concepção sobre a geração de trabalho e renda contemplar o aspecto terapêutico nesse contexto de proposição do trabalho no âmbito da saúde mental, demonstrando inclusive dúvida sobre se a questão terapêutica se dissocia da perspectiva de proposição do trabalho propriamente, como fica evidente no relato a seguir:

“[...] tem uma discussão que é, é uma oficina né, terapêutica ou é um grupo de trabalho? Ou é um grupo de geração de renda? Eu sinto que essas coisas não têm como se dissociar, francamente. Nesses meus, talvez um dia eu fale outra coisa, mas do tempo que eu, que eu, que eu conheço, que eu participei do, do tempo que a gente acumulou, eu acho que... Do tempo que eu acompanhei eu penso que não há como diferenciar tanto, como separar uma oficina né de, um grupo terapêutico de um grupo de geração de renda, as coisas elas estão juntas. São pessoas que têm sofrimento mental e esse sofrimento ele é uma doença... que deve virar saúde, tudo isso [...]” (T12)

Embora o relato de T12 expresse uma tendência em colocar a oficina terapêutica em igualdade de condição com o trabalho que se preconiza atualmente no âmbito da saúde mental, destaca-se que se tratam de propostas bastante distintas e com objetivos específicos, tendo hoje subsídios teóricos e práticos que sustentam essa diferenciação. Nesse sentido, é possível que a participante esteja expressando uma dificuldade em estabelecer tal diferenciação em seu contexto de atuação no espaço de geração de trabalho e renda, ou ainda, propondo que não há

como negar que as questões de saúde mental estão presentes nestes espaços e que precisam ser levadas em consideração.

Outro aspecto abordado por algumas participantes diz respeito aos arranjos que elas promovem na vida dos usuários por meio da maneira como lidam com o trabalho como terapeutas ocupacionais em contextos de geração de trabalho e renda. Nessa direção, uma participante expressou isso de maneira explícita, como segue no relato:

“Então eu acho que como TO é você olhar para essas esferas da vida ocupacional e possibilitar todos os arranjos via o trabalho. Então se a gente está falando de trabalho na saúde mental é através do trabalho facilitar outros arranjos do lazer, do autocuidado, da vida produtiva né, do circular... Eu penso que como TO é mais ou menos isso.” (T4)

Na direção dos arranjos que o terapeuta ocupacional consegue promover na vida do usuário por meio do trabalho, as participantes apontaram algumas de suas expectativas em relação ao que o trabalho em si, ou o trabalho desenvolvido na geração de trabalho e renda possa promover na vida dos usuários, como mostram os relatos a seguir:

“[...] eu acho que a minha expectativa é isso assim, é que o trabalho possa tirar essas pessoas do lugar do estigma social né, do lugar do improdutivo, do maluco, do doido, do peso né para a família, eu acho que o trabalho tem... A minha expectativa é que ele gere sempre isso, um aumento da contratualidade social das pessoas.” (T4)

“A minha expectativa é que eles não parem aqui né, que isso aqui seja um... um degrauzinho aí para que eles possam retomar, iniciar alguma coisa aí na vida deles como muitos já fizeram né, que usam esse serviço como passagem mesmo né. Acho que a minha grande expectativa é essa, que seja uma porta que se abra para outras coisas aí da vida.” (T8)

“Então, minha expectativa, quando é, do, do trabalho com eles é... é da questão da cidadania mesmo sabe? De... porque é, é tudo, tudo gira em torno disso né?” (T5)

“Sim, é uma expectativa que eles tenham uma qualidade de vida né, que a partir do ingresso deles aqui, que eles tenham mais qualidade de vida dentro de casa, na comunidade, aqui dentro mesmo no grupo né, que consiga se relacionar, ter bom vínculo, que eles consigam ter um dinheiro para poder comprar roupa... então a expectativa é que eles tenham melhora mesmo na qualidade de vida de um modo geral, de um modo bem amplo.” (T2)

As falas das participantes supracitadas indicam uma expectativa em torno de uma mudança de vida dos sujeitos, que eles alcancem outra condição social e que assim possam estar em outros espaços, conquistando cidadania e conseqüente melhora na qualidade de vida

por meio do trabalho. Entretanto, novamente os resultados da caracterização das iniciativas ressoam e inevitavelmente fazem questionar se, diante dos desafios que estas iniciativas em sua maioria têm enfrentado, as expectativas das participantes têm se tornado realidade? Não se pode negar de maneira alguma os ganhos que estes espaços têm gerado aos usuários e, nesse sentido, certamente têm viabilizado uma maior circulação destes por outros espaços, têm investido em novas possibilidades de relações destes com a sociedade e mesmo viabilizado a descoberta de potenciais para a produção, entretanto, enquanto proposta de trabalho, de geração de renda e de outros valores aponta-se a necessidade de avanços.

4.7 A economia solidária como referência para a organização do trabalho e da prática do terapeuta ocupacional nos espaços de geração de trabalho e renda

Foi possível apreender, nos relatos das participantes, que existe a proposição de um trabalho que se constrói de maneira coletiva entre profissionais e usuários e que se traduz em práticas compartilhadas, em trocas de saberes, em relações solidárias, em divisão de tarefas, na apropriação de todas as etapas do trabalho pelo usuário, em decisões coletivas e em divisão de tarefas por afinidade. Essa forma de organizar o trabalho é condizente com os princípios da economia solidária e, de fato, ela foi mencionada por todas as entrevistadas, tendo sido abordada sob várias dimensões. Esta condição corrobora os resultados encontrados na primeira etapa do estudo na qual, das 10 iniciativas participantes, em 9 foi apontada vinculação da iniciativa à economia solidária, sendo que dentre as justificativas foi mencionada que tal vinculação se dá justamente por meio do funcionamento da iniciativa pautada nos princípios desta economia.

Nesse sentido, ficou evidente que as participantes conhecem os princípios e conceitos desta economia e que isso está bastante presente no contexto de trabalho que desenvolvem junto aos usuários.

Nessa direção verificou-se que as participantes identificam a proximidade existente entre os princípios da economia solidária e os princípios que são preconizados na proposição do trabalho no contexto da saúde mental, demonstrando compreenderem a importância para os usuários de se propor um trabalho diferente do modo capitalista no contexto de geração de trabalho e renda. Os relatos a seguir ilustram essa condição:

“[a economia solidária] Acho que é uma diretriz nossa. Acho que eu, acho que para, acho que é a maneira mais legal de se pensar o trabalho dentro da saúde mental é, é, acho que é a maneira mais, assim é, vertical, acho que é um lugar de protagonismo, acho que, acho que é, é tentar né, organizar o, o, né, fazer, fazer o usuário entender que não é o, o, não é o trabalho que se reproduz lá fora, o trabalho que ele tem como referência, nem como nós temos como referência, é uma nova construção, um novo olhar, e acho que é uma alternativa para, para a inclusão assim, acho que a economia solidária é uma alternativa de inclusão deste trabalho, que não é o tradicional, que não é o... que a gente tem aí né, habitual. É a quebra do paradigma eu acho assim, do que a gente tem como modelo né, mas eu acho que é o que nos inclui assim né, o que mais se aproxima do, daquilo que a gente quer enquanto, enquanto história da reforma, acho que é o mecanismo mais próximo a nós.” (T9)

“[...] as duas [geração de trabalho e renda e economia solidária] têm tudo a ver né, assim é... A economia solidária é uma... um pedaço lá, um pouco da economia que, é... tem uns princípios né de autogestão de... de autonomia, de cidadania né, de as pessoas poderem decidir a coisa no coletivo e, então assim, eu acho que isso tem tudo a ver, tem tudo a ver com geração de trabalho e renda [...] eu acho que principalmente assim, para, para o pessoal da mental, a economia solidária ela vem de encontro a uma série de... necessidades aí que a gente tem né, em relação a... a pensamentos, conceitos, princípios...” (T6)

“[...] pensando a economia né, solidária como, como um olhar maior assim é, ela, ela, acho que ela propõe realmente um, um pensamento muito diferente do que a gente vivencia no, no, né, nessa lógica competitiva, nessa lógica outra né, de mercado que a gente tem né. É, talvez por isso que eu acho que talvez a gente se aproximou muito das discussões né, do que a saúde mental também estava se propondo, acho que foi um encontro extremamente feliz né.” (T10)

A economia solidária se caracteriza como uma resposta à exclusão promovida pelo mercado de trabalho, resposta esta organizada por aqueles que desejam uma sociedade que não seja regida pela competição e que acaba por produzir continuamente vitoriosos e derrotados. A Reforma Psiquiátrica também é composta por aqueles que desejam uma sociedade sem manicômios e que, portanto, se unem às pessoas com transtorno mental em busca da construção de meios institucionais que viabilizem a inserção social e econômica destas pessoas (SINGER, 2005a). É por meio deste ideal pela inclusão e por uma sociedade mais solidária que vem se estabelecendo possibilidades reais de proposição do trabalho às pessoas usuárias de serviços de saúde mental pela via da economia solidária, visto que, segundo Costa (2005), o fato da Reforma Psiquiátrica se caracterizar como um projeto que visa à inclusão social e o alcance de cidadania pelos usuários necessita enfrentar os desafios implicados no processo de reinserção social desta população. É nesse contexto que se evidencia a importância da articulação do Ministério da Saúde e do Ministério do Trabalho inspirados pela economia solidária (COSTA,

2005), cuja parceria tem estimulado a proposição do trabalho solidário e viabilizado a inserção social dos usuários.

Segundo Pacheco (2008, p. 222), a articulação com a economia solidária permite que os usuários vivenciem maiores possibilidades de inclusão social, visto que fazer parte da rede de economia solidária possibilita a participação em feiras, eventos, seminários e demais atividades relacionadas a esta. Considera ainda que se trata de uma experiência muito rica, uma vez que além da oferta de trabalho, possibilita que se realizem trocas de apoio e cuidado, onde, apesar de não haver a figura de um patrão, todos trabalham de maneira responsável, solidária e sem discriminação. Nesta perspectiva de trabalho o autor considera que “o maior capital é o social”.

No contexto de pensar formas mais humanizadas de proposição do trabalho, as participantes apontaram que procuram trabalhar os princípios da economia solidária no dia a dia com os usuários e que isso inclusive permite trabalhar aspectos tais como iniciativa, empoderamento, autonomia, dentre outros, como deixam explícito duas participantes:

“[...] hoje a gente vê que pautar a, a, as nossas atividades na economia solidária, que traz pra gente diretrizes super importantes que é a questão da autogestão, que é a questão da solidariedade, do cooperativismo, de poder pensar nessas questões, a gente consegue é... trabalhar com os usuários coisas que para a gente é super importante, iniciativa, autonomia, é... é... empoderamento, pensar em novas, novas potências, aprender novas coisas e tal, eu acho que isso é muito fruto de uma lógica que a gente trabalha que é... que é isso, é o que a, a economia solidária traz para a gente assim, dos ensinamentos que é um novo jeito de fazer que não é o modo capitalista [...]” (T3)

“Eu acho que as duas [geração de trabalho e renda e economia solidária] caminham juntas né, pensando o trabalho e geração de renda, é... na saúde mental, é... que o trabalho tem que ser mais solidário, mais cooperativo, onde a gente trabalha autonomia deles, onde a gente trabalha conceitos de autogestão é... a gente desenvolve vários conceitos com eles né, trabalha isso no dia a dia é... que são conceitos da economia solidária, da solidariedade, do cooperativismo, do companheirismo, do, da autogestão...” (T2)

Para Martins (2008) as experiências de geração de trabalho e renda na saúde mental apresentam várias características relevantes, destacando-se aqui o incentivo ao exercício da autogestão e da participação democrática, que vão aos poucos permitindo uma construção, junto ao usuário, de sua autonomia e protagonismo tanto no espaço do empreendimento quanto fora dele.

A autonomia foi algo que permeou os relatos das participantes e, embora tenha sido abordada sob diversos aspectos como ser uma expectativa do profissional quando na proposição

do trabalho, o profissional trabalhar para que os sujeitos sejam mais autônomos, a autonomia ser um desafio a ser alcançado pelos usuários e mesmo a autonomia ser algo com o que a terapia ocupacional lida, foi possível evidenciar que, mesmo sob vários enfoques, a questão da autonomia é algo que se alcança ou se espera alcançar quando na proposição do trabalho ao usuário no contexto de geração de trabalho e renda. Nesse sentido é possível inferir que a questão da autonomia é também pensada e alcançada por meio dos princípios da economia solidária, visto que é pautado nos princípios desta que as participantes, em sua maioria, relatam propor o trabalho aos usuários. Nessa direção, Carvalhes (2008) aponta que a união entre economia solidária e saúde mental tem suscitado importantes problematizações acerca do direito das pessoas com transtorno mental quanto a compartilharem os espaços e as decisões sobre suas produções, a forma como produzem e o destino que dão a essa produção, mas, sobretudo, quanto à questão da autonomia e do direito ao trabalho dessas pessoas.

É possível refletir ainda sobre a questão da autonomia como algo que a terapia ocupacional busca trabalhar com os sujeitos em sua prática no geral e que no contexto de geração de trabalho e renda esse trabalho pelo alcance da autonomia pelos usuários vem sendo respaldado tanto pelos princípios da economia solidária quanto pelos pressupostos da reabilitação psicossocial.

Destaca-se a necessidade de refletir acerca da autonomia visto que se trata de um conceito amplamente difundido no âmbito da saúde mental, seja representando um dos pilares do processo da Reforma Psiquiátrica, seja norteando as proposições dos dispositivos de intervenção em saúde mental, dentre outros. Nesse sentido, parece mais apropriado adotar a perspectiva de autonomia apresentado por Kinoshita (2001), visto que o autor discorre sobre esta a partir dos pressupostos da reabilitação psicossocial. Portanto, para o autor, a autonomia diz respeito à capacidade de um sujeito produzir normas e ordens em sua vida a partir das variadas situações que enfrente, de forma que reabilitar, sob esta perspectiva, representa um processo de reconstrução do poder contratual do sujeito de forma a aumentar sua autonomia.

Em meio às considerações acerca dos valores da economia solidária trabalhados pelas profissionais com os usuários nas iniciativas de geração de trabalho e renda – tendo, dentre outros objetivos, o alcance da autonomia pelos sujeitos - destaca-se aqui a autogestão a fim de alcançar novas sínteses quanto ao papel destes profissionais nestes contextos de trabalho.

A prática da autogestão prevê que “Os trabalhadores não estão mais subordinados a um patrão e tomam suas próprias decisões de forma coletiva e participativa” (BRASIL, 2007a, p. 32). Este princípio imediatamente evidencia uma ruptura nas relações tradicionais de trabalho pautadas pelo capitalismo, no qual existe a presença de um patrão que, numa relação vertical,

condiciona cada trabalhador a uma tarefa, a uma demanda e que dita as regras, ritmos e obrigações. Nesse sentido, é possível afirmar que o que vem sendo proposto no trabalho nas iniciativas está afinado à perspectiva da economia solidária. Entretanto, questiona-se se efetivamente essa mudança de relação nas formas de trabalho tem se concretizado nestes espaços, ou seja, se os usuários têm conseguido se desprender das profissionais enquanto possível figura de um “patrão” e incorporar este papel de trabalhador que define com os demais os processos de produção e comercialização.

Talvez esta ainda seja uma realidade a ser alcançada, visto que dentre as demandas apontadas por algumas participantes encontram-se justamente a necessidade de fortalecimento dos usuários para o trabalho, para o reconhecimento de suas capacidades e potencialidades e conseqüentemente da apropriação do espaço de trabalho, das tarefas, das decisões e da dinâmica de produção e comercialização como já apontado na categoria 4.5.

Essa condição pode remeter a uma dificuldade em trabalhar efetivamente a autogestão com os usuários porque também prediz de um certo grau de autonomia destes. Nesse sentido, o estudo realizado por Tagliaferro (2011) revelou a dificuldade em efetivar a autogestão com os usuários já que, na percepção dos profissionais que acompanham um empreendimento solidário em seu processo de incubação, a autogestão é considerada complexa, de forma que as decisões acabam ficando ainda muito centradas na equipe, ainda que considerem que este apoio é importante para o processo de desenvolvimento do empreendimento e que esta condição se dá porque muitas vezes as decisões precisam ser tomadas com certa urgência, o que faz com que a equipe as tome por conta da facilidade e depois leve para o grupo. O estudo desenvolvido por Gigante (2011) também revelou que dentre os desafios encontrados pelos profissionais que atuam nas iniciativas de geração de trabalho e renda por ela estudadas encontra-se o desenvolvimento da autogestão e o exercício da democracia.

Pensar a efetivação da autogestão dos usuários que trabalham nas iniciativas de geração de trabalho e renda remete a um processo de mudança de concepção nas relações de trabalho e principalmente, no caso dos usuários, na mudança de lugar que estes ocupam nestes espaços, o que está diretamente relacionado ao lugar ocupado pelas profissionais. Nesse sentido, pensar como estas profissionais acompanham e auxiliam o desenvolvimento dos usuários, bem como das iniciativas, remete a pensar o processo de incubação destas iniciativas.

Segundo Dagnino e Fonseca (2007, p. 19), “A incubação pode ser entendida como o período durante o qual um acontecimento, uma criação é elaborada antes de assumir existência efetiva”. Ou seja, tomando como exemplo a incubação de empreendimentos solidários, os autores apontam que esta habilita a constituição de empresas autogestionárias, nas quais os

trabalhadores são os donos do negócio, planejando e executando o processo produtivo e os meios de produção. Assim, a incubação preconiza a transformação do potencial de um grupo em oportunidades de negócios, com vistas a gerar trabalho e renda.

É preciso refletir sobre o papel que vem sendo desempenhado pelas profissionais nas iniciativas de geração de trabalho e renda e se elas têm conseguido ocupar um lugar de assessoras no processo de incubação destas iniciativas, o que prediz de um desprendimento do papel de detentor do saber ou de centralizador das decisões para que efetivamente o grupo possa ter autonomia e conseqüentemente alcançar a autogestão. Sem dúvida se trata de uma construção, já que é preciso reinventar uma atuação dentro do campo profissional específico, mudar o olhar sobre os usuários e suas capacidades, lidar com as angústias de muitas vezes não saber como fazer ou perceber a dificuldade do grupo e ainda assim se colocar como suporte, mas não como um solucionador das questões, que devem ser vividas e elaboradas pelos próprios usuários. É possível afirmar que tem havido um empenho das profissionais nessa construção, entretanto, reforça-se a necessidade de maior aprofundamento sobre os valores que a economia solidária dissemina e que estão diretamente relacionados à mudança nas relações.

Pensar o processo de incubação de um empreendimento formado por pessoas sem nenhum acometimento de saúde mental, já prediz do desprendimento do profissional acerca de seus conhecimentos e valores para a construção, junto dos trabalhadores, de novos conhecimentos e valores; pensar a incubação de um empreendimento formado por usuários da saúde mental agrega um desafio a mais, que é lidar com o viés da saúde e com o papel de técnico em saúde, que nesta relação deve ser reconstruído de forma a viabilizar a construção coletiva das práticas autogestionárias e requer uma disposição e habilidade em ocupar novos lugares nesta relação. Acredita-se que somente assim se criam espaços de diálogos e práticas solidárias, que alavancam a conquista de autonomia dos sujeitos e a conseqüente incorporação da prática da autogestão.

Quanto à relevância de haver o envolvimento da terapia ocupacional com os princípios da economia solidária, algumas participantes apontaram de maneira explícita a importância destes profissionais se apropriarem dos conceitos desta economia e até mesmo terem contato com este conteúdo no processo de formação, a fim de respaldar sua prática, o que revela uma disposição em incorporar novos valores para o trabalho com os usuários e, conseqüentemente, novas formas de estar nestes espaços, como ilustram os relatos a seguir:

“E acho que a gente podia ter, conhecer mais a economia solidária assim, estar mais próxima da nossa formação não só a questão do né, do, do trabalho né e geração de renda [...]” (T9)

“[...] [a economia solidária] pode ser um conhecimento que as TO's possam se apropriar mais, que não é muito trabalhado na nossa formação [...] Eu não fui muito sensibilizada, muito preparada e acho que a economia solidária é um... dá para a gente, dá para respaldar nossas ações em muitas coisas. [...] é um campo de conhecimento muito, muito, muito legal, assim, que casa muito bem com a nossa profissão, com as propostas da reforma e da, e quando a reforma propõe ter espaços de trabalho... sim, a gente precisaria sim é, assim, precisaria sim estar mais junto da economia solidária. E produzir, porque não ter TO's produzindo?” (T1)

Uma das participantes apontou, de maneira enfática, sua proximidade com os pressupostos da economia solidária e como isso se aplica em sua prática.

“Eu mesmo eu não, eu não consigo assim pensar minha prática envolvida com população de saúde mental no trabalho, na questão do trabalho e geração de renda sem a economia solidária, eu não consigo ver... meu trabalho, sempre trabalhei a partir dos princípios da economia solidária, eu acho que é essencial.” (T6)

Embora as participantes não tenham apontado de maneira explícita quais valores da economia solidária se aproximam dos conceitos e fundamentos da prática da terapia ocupacional, é possível evidenciar tal proximidade, principalmente no que se refere aos objetivos da profissão independente da área de atuação. Ou seja, dentre os objetivos preconizados pela profissão, ressaltam-se a busca pela autonomia e a inserção social dos sujeitos. Nesse sentido é possível considerar que a busca por estas condições encontra solo fértil em meio às proposições e valores difundidos pelo movimento da economia solidária.

Aponta-se a necessidade de maiores discussões e produções em torno das potencialidades que podem emergir da parceria entre economia solidária e terapia ocupacional, visto que tal parceria pode elucidar e potencializar novas possibilidades de proposição de trabalhos inclusivos no âmbito da saúde mental.

O reconhecimento da pertinência da articulação entre os princípios da economia solidária e os da saúde mental pode dizer de uma prática que vem sendo desenvolvida alicerçada nas atuais políticas públicas de saúde mental e economia solidária. Nessa direção identificou-se inclusive que algumas participantes reconhecem a importância das iniciativas de geração de trabalho e renda estarem vinculadas à Rede de Saúde Mental e Economia Solidária e que isso

viabiliza o trabalho desenvolvido no dia a dia, o que reforça a noção de que as profissionais têm se engajado politicamente na proposição do trabalho no âmbito da saúde mental, como mostram os depoimentos a seguir:

“A gente tem o Fórum também [...] né, assim, que aí envolve outros programas, os outros projetos de geração de renda [da cidade] né, que aí a gente discute o que está precisando e junta forças para pleitear isso com o Governo né com, com Secretarias né [...] A gente sai, sai do âmbito só da, do trabalho dentro da oficina é... e vai para, para outras instâncias né, para, para a discussão em Fórum de Economia Solidária né, participação da Rede de Economia Solidária e Saúde Mental né, então a gente está em todos esses espaços assim né... [...]” (T5)

“A economia solidária tem, a economia solidária e a saúde mental é um recorte né que eu acho que isso ajuda muito a gente né, e mesmo que, parece que não né, parece que concretamente lá, na hora que a gente está produzindo, não importa muito se tem a rede né, mas a gente se sente parte integrante da rede né, a gente recebe e-mail, está conectado, a gente não consegue estar indo nas reuniões... Às vezes têm usuários que estão frequentando, estão fazendo a ponte, mas estar na rede é muito importante.” (T7)

“[...] hoje esse grupo está ligado à Rede de Economia Solidária né, Rede EcoSol de Saúde Mental [da cidade] o que deu um gás, deu uma outra, deu um outro lugar para o grupo né (...)” (T12)

Embora as participantes deixem evidente a importância e o investimento que fazem na proposição de um trabalho mais solidário e cooperado e, portanto, diferente do trabalho nos moldes capitalistas, foi possível verificar que algumas delas consideram o mercado formal de trabalho como possibilidade de trabalho para os usuários da saúde mental. Nos relatos a seguir foi possível apreender que se trata mais de uma opção a ser considerada e mesmo de propor que o usuário tenha liberdade de escolha do que algo que se busque atingir enquanto meta:

“Se eu voltei a ficar bem e se eu retomei a minha autoestima é... sei lá, né, cada um com a sua especificidade, mas... se eu estou seguro, se eu já não preciso disso aqui é, eu vou escolher. Então se é para o mercado formal, volte para o mercado formal, acho que isso é escolha do usuário, do oficineiro, eu acho que isso não nos cabe, acho que isso é deles, eu acho que é isso que a gente tem que trabalhar na oficina. [...] Então o daqui para frente, o que propor enquanto trabalho, isso é deles assim né, acho que é o desejo deles. Se nos pedirem ajuda eu acho que também faz parte do nosso trabalho né, como já foi feito, um usuário que voltou para o mercado formal, saiu daqui, arrumou um emprego no supermercado e aí a gente pediu para no primeiro mês vir aqui para conversar no dia de folga, vinha, conversava e assim, se manteve e de vez em quando aparece aqui ainda para dar beijinho e para agradecer, mas... eu acho que

isso é escolha deles né, é... E assim, eu acho que é a característica de cada pessoa que está dentro seja dessa oficina ou de qualquer uma outra né.” (T8)

“Então assim, [o mercado de trabalho] é uma, uma forma de trabalho, de inclusão no trabalho que também já acontece aqui e que tem dado certo, e que não tem nada a ver com grupo de geração de trabalho e renda e também não tem nada a ver com economia solidária.” (T6)

Houve participantes que apontaram existir um incentivo para a busca de um lugar no mercado de trabalho, como está expresso no primeiro relato a seguir, ficando evidente no depoimento de uma das participantes a importância do terapeuta ocupacional acompanhar e respaldar o usuário neste processo, apontando inclusive a possibilidade de criação de políticas de inserção desses usuários no mercado formal de trabalho, como mostra o segundo relato:

“[...] tem ainda alguns oficinairos que eu acho que, que resgatam muitos valores, nesse trabalho, e conseguem, por busca espontânea, um trabalho no mercado formal. A gente estimula, a gente incentiva, a gente cuida disso no dia a dia da oficina né, pra que eles vislumbrem um futuro, um lugar né, que possa pagar mais, que tenha um registro, que tenha outros benefícios né, mas muitos se sentem mais seguros aqui, muitos acreditam ainda que não dão conta de encarar lá fora, mas tem alguns, é, é uma minoria, mas que eles, eles buscam e conseguem né. Às vezes retornam né, não conseguem se manter lá, às vezes retornam, mas muitos vão e estão felizes né.” (T2)

“A gente, até as TO’s, a gente tem um, já chegou a ter 4 TO’s aqui né, talvez a gente pudesse ter organizado em alguns momentos a gente tentou né, agir mais nessa questão da integração com o trabalho né, então não só fazer as iniciativas de geração de renda, mas também ficar muito ligado em vagas, em ajudar as pessoas a irem no CAT para procurar emprego, ou entrar em contato com empresas tentar, inserção... Tem um campo aí que a gente poderia ter, ou estar, ou vir a trabalhar né que é de mediação aí no, no suporte para conseguir trabalhar que eu acho que a gente ainda tem para desenvolver [...] eu acho que a gente tem que pegar, pensar o mercado formal como uma possibilidade que a gente pode estar mediando, apoiando, facilitando... A gente pode pensar em políticas né, que a gente precisa né, pensar e traçar políticas de inserção né, dos nossos usuários no mercado formal de trabalho [...]” (T7)

O relato de T7 deixa explícito que, em sua concepção, além da proposição do trabalho por meio das iniciativas de geração de trabalho e renda, o terapeuta ocupacional também pode e deve viabilizar a entrada ou retorno do usuário ao mercado de trabalho, acompanhando-o nessa trajetória. Nessa direção, Lussi (2009) ressaltou a importância dos profissionais das oficinas de geração de renda que compuseram seu estudo acompanharem os usuários em seu processo de inserção no mercado de trabalho, sugerindo que esta condição pode ter viabilizado

o sucesso dos usuários, bem como suas conquistas em relação ao seu processo de autoconhecimento e autorrealização.

As cooperativas também foram apontadas por algumas participantes como uma alternativa e possibilidade de organização do trabalho sob uma perspectiva de maior autonomia dos usuários em relação ao trabalho e mesmo em relação aos profissionais, tendo sido apontadas inclusive como um desejo para duas profissionais, como mostram os relatos a seguir:

“[...] acho que assim, a ideia é não ter o profissional, que eles se organizem sozinhos é... Acho que as, as cooperativas de trabalho são algo bárbaro assim, as cooperativas, as associações né, acho que são algo, para mim acho que é o que eu almejo para o trabalho, para a saúde mental e para o trabalho, o entendimento do trabalho nesse campo.” (T9)

“[...] não necessariamente a gente precisa construir um grupo que vai virar cooperativa amanhã né, mas a gente gostaria de virar né.” (T7)

Segundo Cortegoso, Cia e Lucas (2008) a cooperativa é o modelo mais conhecido de empreendimentos de economia solidária.

No que se refere à proposição do trabalho às pessoas com transtorno mental sob uma perspectiva dissociada do terapêutico, Saraceno (2001a, p. 133) considera que “o desenvolvimento lógico do trabalho anti-institucional no manicômio foi a criação de cooperativas”. Nessa direção, Ghirardi (2004) considera que as cooperativas se tratam de empresas e não de dispositivos terapêuticos ou clínicos e se constroem a partir da economia solidária. Para a autora, tomar o cooperativismo como possibilidade de inclusão social por meio do trabalho é assumir o desafio de criar uma intervenção transdisciplinar que, por meio da agregação de conhecimentos de várias áreas, busque encontrar um espaço de existência que transponha o âmbito da saúde. Assim, as cooperativas têm se apresentado como locais coletivos que viabilizam a inclusão social, já que possibilitam a superação da exclusão social, do processo de isolamento dos indivíduos e do processo de adoecimento que pode ocorrer também no contexto das relações de trabalho (GHIRARDI, 2007).

Outro aspecto identificado foi que as participantes consideraram a importância de se incluírem outras populações, além dos usuários da saúde mental, na proposta de geração de trabalho e renda, evidenciando que a diversidade dentro desse contexto contribui na dinâmica do trabalho e produção. Esta demanda vai ao encontro da condição constatada na primeira etapa deste estudo, na qual foi possível identificar que a maioria das iniciativas participantes conta somente com usuários da saúde mental.

Esta consideração feita pelas participantes está em consonância com a perspectiva apresentada por Singer (2005b) para o qual é importante que as cooperativas e associações não sejam compostas exclusivamente por pessoas com transtornos mentais, mas que agreguem outras populações como, por exemplo, pessoas com deficiência física, visto que quando os acometimentos são distintos eles se complementam e contribuem bastante para que haja um campo de manifestação maior. Nessa direção, Ghirardi (2007) considera que a cooperativa inclusiva ou mista diz respeito a uma cooperativa que congrega pessoas sob várias condições, ou seja, pessoas há tempos desempregadas e pessoas com variados acometimentos físicos e psíquicos que apresentam histórico de afastamento do trabalho.

Nesse contexto é possível apresentar a proposta de cooperativa integrada, a qual do ponto de vista jurídico

é caracterizada pela presença de sócios “normais” e sócios “inabilitados” (na proporção de pelo menos 40%), e da sustentação das entidades locais (sobretudo as regionais), o que se concretiza em intervenções promocionais (facilidades para equipamentos e locais); facilidade na inserção dos desabilitados (fiscalização dos ônus sociais); intervenções para favorecer a produção (linhas de crédito facilitado e cursos de formação) (SARACENO, 2001a, p. 134).

Para Saraceno (2001a), um bom sistema de cooperativas integradas, no qual se desenvolvem múltiplas e variadas atividades, representa um espaço apropriado para qualquer pessoa.

Nessa direção é possível inferir que talvez as participantes pensem um grupo de trabalho que, congregando outras populações, possa se tornar mais autônomo e circular mais por outros espaços, o que retoma a discussão anterior quanto à busca de autonomia nesses contextos.

Os relatos a seguir ilustram a opinião e justificativa das participantes quanto à importância de se propor grupos mistos:

“[...] o grupo de geração de renda na verdade ele não era para ser específico da saúde mental, ele não tem que ser [...] e é bom que ele não seja só da saúde mental [...] até porque a gente percebe que em grupos que [...] têm pessoas da própria comunidade conseguem ter uma dinâmica de grupo um pouco diferente [...]” (T3)

“[...] se a gente conseguisse misturar um pouco, colocar outro tipo de população junto que talvez fosse... potencializar mesmo o projeto, porque limitado só a usuário da saúde mental realmente têm algumas limitações mesmo, algumas dificuldades.” (T6)

“Eu acho essa população mais difícil de trabalhar do que, por exemplo, eu já tive uma experiência de geração de renda com pessoas com deficiências físicas ou auditiva né, tinha

uma mistura também, tinham até algumas pessoas com transtorno mental, mas o grupo é muito mais produtivo e mais coeso né. Essa nossa população ela tem uma peculiaridade que é todo mundo fica muito... eu e eu, ou eu e o técnico e, e, dificilmente enxerga quem está ao lado né. [...] A gente pensa que o mais legal seria ter grupos mistos, que a gente não precisasse ter só transtorno mental, pudesse ter uma mistura, porque eu acho que um completa o outro e avança mais.” (T7)

“Então, eu vejo que, às vezes se a gente conseguisse fazer projetos maiores sabe, que envolvesse é... outras pessoas não só da saúde mental né, é... Dar uma misturada mesmo sabe assim, cooperativas maiores... isso eu acho que seria bem, bem legal, bem interessante para... para eles estarem em outros espaços assim né que não só de [...] oficinas de trabalho e renda só da saúde mental né assim.” (T5)

O depoimento de uma das participantes deixa explícita a importância de outras populações comporem o grupo de geração de trabalho e renda como meio de se garantir a autonomia deste deixando claro que, do seu ponto de vista, a autonomia é o aspecto principal no funcionamento de um grupo de geração de trabalho e renda:

“[...] a gente só defende que esses grupos não sejam exclusivos da saúde mental. [...] por exemplo, mesmo nas Conferências de Economia Solidária que a gente pode participar a gente sempre defendeu isso, porque se a gente pensar que esses grupos, só da saúde mental, sem pessoas que tenham mais autonomia, porque depende da autonomia, porque se a pessoa é um psicótico, mas ela tem autonomia é, é, eu sinceramente, assim, a questão da autonomia é a questão principal e autonomia assim de sair sozinho, por exemplo, entendeu?” (T12)

Nesse sentido a mesma participante, reforçando a importância de se propor grupos com outras parcelas da população, questiona o fato da própria Rede de Saúde Mental e Economia Solidária ser proposta somente para a saúde mental.

“E, por exemplo, a própria Rede EcoSol, que também é uma discussão que a gente traz, a própria rede é uma rede de saúde mental, então também assim também a gente tem que caminhar nessa, nessa, nessa proposta né.” (T12)

Com relação a essa temática e em consonância com o questionamento feito pela participante supracitada, Delgado (2005b), ao acolher as sugestões feitas por Singer em relação à importância das cooperativas não serem compostas apenas por uma população específica, mas antes que se componham cooperativas heterogêneas, pondera sobre a necessidade da Rede de Saúde Mental e Economia Solidária ser ampliada para outras parcelas excluídas da sociedade,

indicando que a rede não deve ser composta apenas por iniciativas que contam somente com pessoas com transtorno mental.

A despeito da forma com que o trabalho vem sendo pensado e proposto nos contextos de geração de trabalho e renda, pautado na economia solidária e com isso viabilizando uma série de valores, identificou-se que algumas participantes reconhecem este espaço como um local de trabalho protegido, dividindo opiniões a esse respeito. No relato de duas participantes identificou-se que apesar de ser um espaço protegido ele é necessário, uma vez que se trata de uma alternativa de trabalho, posto que o mercado formal, em geral, não absorve os usuários da saúde mental ou que muitos destes acabam não comportando as demandas e exigências que são impostas por este modelo. Os relatos das participantes ilustram essa condição:

“Olha, logo que, no começo desse serviço né [...] a gente ainda achava que os usuários eles iam chegar aqui nas oficinas, iam aprender uma atividade, iam se organizar na vida, iam aprender algumas coisas do cotidiano, da rotina, acordar cedo, ter uma responsabilidade, desenvolver uma tarefa né, eles iam aprender essas questões e iam poder voltar para o mercado formal de trabalho. Mas depois de um tempo a gente foi vendo que o mercado não estava aberto, não ia se abrir né, essa é a nossa briga até hoje né, da inclusão social deles é... e eu acho que sempre vai existir o preconceito, a discriminação, essa barreira é... mas aí a gente passou a trabalhar nas oficinas com o aprimoramento das atividades aqui dentro e transformar esse espaço, é... é um espaço de trabalho protegido né, no espaço de trabalho deles. [...] Então aqui eles são reconhecidos, são valorizados, tem a rotina, tem regras, é, tem uma bolsa [...] então aqui passou a ser o trabalho deles [...]” (T2)

“Porque mesmo sendo espaço de proteção as oficinas precisam existir? Que realmente alguns usuários da saúde mental não vão dar conta de ser inseridos no mercado de trabalho, porque sempre vai ter o exército de reserva [...] e que se forem, muitas vezes vai ser um trabalho muito assim explorador, não vai ser um trabalho que possa trazer coisas bacanas e... [...] é... quanto que para o ser humano adulto na nossa sociedade isso [o trabalho] também, assim, atribui um papel para ele, também um status, uma participação maior e que vai ser necessário realmente esses espaços mais protegidos e que faz sentido sim ter esses espaços. Infelizmente dessa forma, ou felizmente dessa forma, é um pouco contraditório mas... mas é!” (T1)

Apreende-se nos relatos anteriores que as participantes entendem os espaços de geração de trabalho e renda como espaços protegidos, mas que representam uma alternativa de inclusão no trabalho e, portanto, que o protegido a que se referem diz de um espaço que comporta as demandas dos usuários, mas que ainda assim se configura em um local de trabalho.

Em direção oposta, uma das participantes, ainda que considere interessante o trabalho que se propõe nos espaços de geração de trabalho e renda, esboça sua expectativa na direção de

que esses espaços alcancem outros lugares e outra perspectiva de trabalho, como mostra o depoimento a seguir:

“Então, eu acho que a minha grande expectativa é que a gente consiga né, na, na sociedade fazer um trabalho... pensando na vida real né. É... não que a gente fique excluída aqui, eu acho a gente faz um trabalho muito interessante, mas é dentro de um universo protegido né. Acho que eu tenho, o meu grande desejo é que a gente consiga realmente valer essa lei e que a gente consiga estar também nos outros espaços né. Acho que também uma discussão que, que está é, de, dividida né, na, para quem pensa a questão da geração, ah temos que fazer sempre assim, porque pensar a lógica do trabalho é muito cruel [...] mas eu acho que dá para pensar as duas coisas né, a gente continuar nessa questão do desenvolvimento né de novas habilidades, mas também tem que pensar essa questão externa né.” (T10)

Neste relato é possível perceber que existe um desejo em torno de transpor os contextos de geração de trabalho e renda e que, diferente da opinião das duas participantes anteriores, esta participante busca que outros meios de se propor o trabalho sejam encontrados e porque não pensar aspectos do mercado formal de trabalho.

Finalmente o relato de uma das participantes aponta para uma condição intermediária, entendendo os espaços de geração de trabalho e renda como necessários para que se alcancem outras possibilidades e outras formas de proposição do trabalho. Em suas palavras:

“As oficinas de trabalho e geração de renda elas, elas ainda são, assim, são ainda protegidas né [...] mas eu acho que a gente ainda vai, vai ainda caminhar muito é... Eu acho que a gente tem que ter outros modelos assim para a gente poder começar a experimentar mesmo é... mas ah, me preocupo porque o modelo das oficinas ainda é muito protegido né como eu disse assim então, mas acho que a gente tem que começar a caminhar por outros caminhos, acho que as, as, as associações, as cooperativas são outras formas... de isso acontecer, mas acho que as oficinas ainda precisam existir, oficinas, empreendimentos né, assim, acho que elas ainda precisam existir para poder dar, para poder dar um, um pouco mais de vivência, um pouco mais de suporte para, para os outros passos assim, que eu acredito...” (T9)

As opiniões expressas nos relatos anteriores quanto aos espaços de geração de trabalho e renda ainda serem protegidos suscita uma discussão sobre a proposição do trabalho no campo da saúde mental. Ou seja, aponta para um processo que ainda está em construção, que não tem ainda um formato definido e que, portanto, produz questionamentos e opiniões diversas entre aqueles que estão diretamente implicados com este contexto. Nessa direção cabe um apontamento feito por Lussi, Matsukura e Hahn (2010), ao considerarem que, no Brasil, as atribuições dadas ao trabalho ainda são ambíguas tanto entre os usuários quanto entre os

serviços de saúde mental, posto que por vezes é tido como um dispositivo terapêutico, por outras como única maneira dos sujeitos conquistarem e exercerem sua cidadania. Nessa direção, as autoras puderam constatar em seu estudo desenvolvido com profissionais que atuam em iniciativas de geração de renda no estado de São Paulo que todos os participantes admitem que mesmo estes espaços buscando a autonomia, a geração de renda ou a capacitação dos usuários ainda se caracterizam como um trabalho protegido.

Embora atualmente a proposição do trabalho aos usuários da saúde mental esteja respaldada pelas diretrizes da política de saúde mental, norteadas pelos pressupostos da reabilitação psicossocial e conte com a parceria do movimento da economia solidária, de fato, não existem muitos subsídios teóricos e nem práticos para amparar a prática dos profissionais. Nessa direção uma participante aponta que a falta de tais subsídios se configura em dificuldade na prática, como está expresso no relato a seguir:

“[...] trabalhar com, com a geração de renda, seja com qual oficinairo for, qual, qual... é... qual problema ele apresentar, enfim, é... tem as suas dificuldades e seus desafios porque é tudo muito novo né, não existe muita regra, não existe muita coisa para você ler [...]” (T8)

O relato supracitado reforça que o processo de construção da proposta de trabalho no âmbito da saúde mental ainda está em curso, evidenciando a necessidade de mais subsídios, discussões e reflexões para a sua consolidação.

4.8 Dificuldades e desafios encontrados no âmbito da proposta de geração de trabalho e renda

Dentre as dificuldades e desafios apontados pelas participantes ficou evidente que alguns extrapolam a prática das profissionais propriamente e se inserem no âmbito das políticas públicas de fomento ao trabalho no âmbito da saúde mental, o que influencia na falta de recursos materiais, financeiros, de infraestrutura e mesmo de cadastramento próprio das iniciativas, interferindo diretamente na sustentabilidade e mesmo na consolidação destas propostas.

Os relatos a seguir evidenciam a opinião das participantes quanto à falta ou necessidade de políticas públicas que subsidiem as iniciativas de geração de trabalho e renda:

“Como oficina de trabalho a gente tem que é, brigar por políticas públicas que viabilizem um tanto de coisas para eles que, é... que hoje que o que está pautado na Reforma

já não basta né, assim, é, então são as cooperativas sociais, são o, a própria lei do cooperativismo né, que está aí, que a gente tem pautado muito [...]” (T4)

“[a cidade] não tem nenhuma política que passe nem por perto do incentivo para esse tipo de projeto né [...] Então é um projeto, uma iniciativa bancada e, e, né, somente pela equipe do CAPS né, por mais ninguém, não tem nenhuma instância outra que ache isso, que mereça alguma atenção. A gente chegou ao ponto de receber verba dos editais lá do Ministério né e que ainda houve reclamação das outras instâncias, ah vocês ficam pedindo essas verbas depois dá um trabalhão para gente poder fazer né, executar a verba né, comprar as coisas né, que saco né, vocês ficam ganhando edital né, então a gente já ouviu isso, por incrível que pareça e a gente... Dificuldades então em termos de estrutura seriam mais ou menos por aí.” (T7)

“[...] tem uma parte também da própria política do município que não apoia né, então... se tivesse um apoio maior, eu acho que talvez as dificuldades seriam menores, né. [...] Eu acho assim, se tiver uma política de incentivo municipal, porque não adianta falar que no Ministério tem, no Ministério tem, a gente... mandou projeto para o Edital dos projetos de geração de renda há uns 3 anos atrás, sei lá o que, 2 anos, o Ministério repassou a grana para a Prefeitura e até hoje o pessoal da incubadora de cooperativas não foi pago entendeu? Então assim, na época, por exemplo, a gente tinha um projeto de horta, a gente até fez um curso, foi super bacana, eles demoraram tanto tempo para mandar, para, a Prefeitura demorou tanto tempo para comprar as coisas que o projeto não existe mais, a gente está com um monte de bota, carrinho de, sabe? Um monte de coisa aí, que chegou as coisas da horta só que chegou com um ano de atraso entendeu? Então assim não dá para, para dizer assim que dá para ter uma expectativa boa se as coisas continuarem, pelo menos em [nome da cidade], como estão né, porque o Ministério até dá um apoio, dá um incentivo, mas as coisas não acontecem aqui, né.” (T6)

“[...] eu acho que a gente precisa de mais apoio do Ministério, a gente precisa de apoio da Secretaria de Economia Solidária sim, assim como a, a política tem dito sobre isso né. Economia Solidária tem que ser política, política pública né [...] eu defendo muito isso. Então, por exemplo, a Rede EcoSol ela recebeu financiamento esse ano... a Secretaria Nacional né, de Economia Solidária, porque se não fica muito complicado. [...] se a gente assim, de verdade, quer pensar né, que, que a... as pessoas que sofrem de transtornos mentais né, se a gente, de verdade, quer que elas possam estar incluídas em uma sociedade, que elas possam ter uma vida melhor, não dá para não pensar em política pública que atue na questão da economia solidária. Não é possível haver uma coisa sem a outra.” (T12)

Estes relatos evidenciam que, embora exista uma proposta e mesmo uma política de apoio às iniciativas de geração de trabalho e renda, estes espaços não têm podido contar com uma boa articulação entre as esferas políticas envolvidas na proposta, como está expresso nos relatos de T6 e T7. Além disso, destaca-se nos depoimentos de T4 e T12 a necessidade de fortalecimento e maior investimento na Política de Saúde Mental e Economia Solidária com

vistas a viabilizar os recursos e suprir as necessidades para a implantação e sustentabilidade das propostas de geração de trabalho e renda. Nessa direção, Lussi, Matsukura e Hahn (2010) identificaram em seu estudo que, dentre as dificuldades encontradas pelos profissionais participantes na prática que desenvolvem nas iniciativas de geração de renda, foi apontado que, embora exista uma política pública que destaque a importância da reabilitação psicossocial, faltam condições administrativas e burocráticas que possibilitem o desenvolvimento de trabalho e geração de renda.

Algumas participantes apontaram também como dificuldades e desafios a necessidade de maior recurso material, financeiro e de infraestrutura, com vistas a sustentar os projetos. Destaca-se que esta condição também foi apontada pelos participantes do estudo desenvolvido por Lussi, Matsukura e Hahn (2010).

Os relatos a seguir evidenciam esta condição:

“[...] [o desafio é] a questão da infraestrutura porque a gente sempre precisa de terceiros para dar conta de um monte de coisa, então assim, não é sempre que vem o recurso que a gente está necessitando [...] a gente manda projeto, não tem financiamento suficiente, então eu acho que é mais disso [...] mais a questão é... é da... do financiamento acho que é mais difícil.” (T3)

“A gente nunca teve muito investimento em se falando de dinheiro, por ser serviço público tem todas as dificuldades de chegada de material, do arranca rabo da oficina né [...]” (T8)

“E a questão do financiamento também né. Hoje ainda a gente consegue projetos fora, mas se fosse depender só da questão pública a gente não daria conta né, mesmo.” (T10)

Os relatos supracitados explicitam a constante necessidade de recursos materiais e de infraestrutura que, em última instância, se referem a maior apoio financeiro. Esta é uma condição que ainda se traduz num dilema, uma vez que, de fato, são necessários recursos financeiros que, de modo geral, são viabilizados por meio das políticas de apoio. Entretanto, não se pode pensar que somente o apoio financeiro vindo de órgãos públicos será suficiente para sanar outras demandas que são constantes como, por exemplo, melhorar a produção, a diversificação dos produtos, a análise do mercado com vistas a alcançar novas estratégias como marketing, designer, dentre outros para entrada no mercado. Talvez seja restrito pensar em uma política que garanta um financiamento periódico e constante a estas iniciativas já que, por um lado pode ser impraticável, visto que recurso financeiro é uma demanda constante da maioria

das instâncias como a saúde e a educação, por exemplo; por outro, ficar sob a tutela de um recurso permanente talvez inviabilizasse a construção de novas estratégias e parcerias com outros órgãos para a superação dos obstáculos da produção, divulgação e comercialização. Sob esta perspectiva, Carvalhaes (2008) constatou em seu estudo que, quanto menos as iniciativas investigadas recebiam subsídios de órgãos governamentais maiores eram as parcerias estabelecidas com órgãos não governamentais, até como uma forma de sobreviverem. Para o autor, quanto mais as iniciativas necessitam de apoio de instâncias do governo menos independentes e autônomas elas são; defende, no entanto, não a ausência de apoio do poder público, mas que estas iniciativas estabeleçam parcerias outras com vistas a serem autônomas em seus projetos, a viabilizarem o protagonismo dos participantes, bem como se organizarem e consolidarem a partir de suas próprias ações. Este é um ponto de vista, mas que parece razoável frente à realidade apresentada pelas iniciativas no contexto atual.

Portanto, defende-se sim, uma política que garanta minimamente um recurso às iniciativas criadas, como está previsto na Portaria nº 132 de 2012 (BRASIL, 2012c), entretanto considera-se viável a revisão de alguns aspectos como, por exemplo, a exigência contida nesta Portaria de que haja uma aplicação integral do incentivo financeiro em até 6 meses a contar da data do repasse do recurso. Esta exigência muitas vezes não condiz com as demandas da atividade produtiva desenvolvida pela iniciativa o que pode, por exemplo, acarretar em compra de material desnecessário, ou ainda, inviabilizar a mudança de estratégia de compras e investimento em materiais. Talvez esse questionamento faça um diálogo com a proposição feita por Carvalhaes (2008) acerca de novas parcerias viabilizarem a autonomia destas iniciativas para se autorregular e definirem as melhores formas de administrar seus recursos e funcionamento.

Outra possibilidade que parece bastante viável e que condiz com as proposições anteriores é a sugerida por Singer (2005c, p. 111), para o qual as cooperativas e associações devem ser financiadas, mas não receberem recursos sob a forma de doação, e sim sob a forma de empréstimos, de repente a juros bastante baixos e até, eventualmente, sem juros algum no início, como forma de subsídio e com prazos generosos. Para o autor “Do ponto de vista moral, do ponto de vista da dignidade das pessoas que estão começando a trabalhar e a se auto-sustentar”, parece que isso é o mais correto.

Esta possibilidade ganha força com a assinatura do Decreto nº 8.163 (BRASIL, 2013), no qual consta como um de seus objetivos a promoção do acesso dos empreendimentos econômicos solidários sociais e cooperativas sociais aos créditos.

Estas são algumas possibilidades, mas que devem ser pensadas e mesmo ser disparadoras de novas proposições que viabilizem a construção de estratégias e mecanismos com maior perspectiva de soluções.

Outra condição apresentada diz respeito à necessidade de algumas regulamentações como o cadastramento próprio das iniciativas como espaços de trabalho, visto que a falta de tal cadastramento traz implicações negativas quanto ao não reconhecimento da geração de trabalho e renda como espaço de trabalho, tendo como consequência encaminhamentos terapêuticos para estes locais. Essa situação foi apontada por duas participantes e está ilustrada nos relatos a seguir:

“Acho que a gente tem questões que são mais legais, que são questões assim, a gente não, não tem um credenciamento para isso né, acho que isso é, emperra é, a gente vem em uma linha que nós precisamos estar dentro de equipamentos de saúde para falar sobre trabalho sabe, eu acho que isso é uma grande dificuldade que nós temos assim. Ou então a gente precisa fingir que somos um equipamento de saúde, não estar dentro, mas fingir que somos um equipamento de saúde é... Acho que saúde, promoção de saúde é, é muito mais do que o, o, assistência né, eu acho que a gente está além da assistência, então eu acho que essa é uma dificuldade. E é uma dificuldade [...] que emperra os outros desdobramentos assim, emperra, inclusive, como as pessoas fazem o encaminhamento para cá, porque acham que isso é um equipamento de saúde e encaminham para a terapia ocupacional né, não para um, um projeto de inclusão social pelo trabalho né, então eu acho que isso é uma questão.” (T9)

“[...] a dificuldade que eu vejo hoje, pensando na gestão mesmo é, serviços como esse até hoje não tem um cadastramento próprio, por exemplo, que é o CNES né. Nós somos registrados ainda aqui em [nome da cidade] como um serviço CAPS né, está toda uma discussão para não ser mais, mas nunca fomos um CAPS, nós nunca tivemos uma equipe como um CAPS né, sempre trabalhando, olhando nessa lógica, mas por uma questão de não existir outra, uma outra... não existe clínica especializada, mas a Secretaria aqui preferiu estar como CAPS [...]” (T10)

A falta de reconhecimento e compreensão sobre os espaços de geração de trabalho e renda por outros profissionais e mesmo pela rede como um todo também foram apontados como dificuldades e desafios no âmbito da proposta de geração de trabalho e renda:

“[...] a dificuldade maior eu acho que está no tipo de investimento, na falta de entendimento de muitos profissionais, principalmente da área da saúde né, dos questionamentos que são feitos, das observações que a gente escuta por aí [...]” (T8)

“Eu acho que tem uma dificuldade da rede, dos outros profissionais entenderem esse trabalho, eu sinto que isso é uma dificuldade... é... Às vezes eu acho que os sujeitos que estão aqui eles entendem melhor o trabalho, o trabalho feito aqui do que os próprios profissionais assim, uma sensação né, é...” (T9)

“Então a minha dificuldade maior é essa, e essa, essa questão um pouco do, da questão do reconhecimento, toda hora a gente tem meio que explicar o que é mesmo né é... Recentemente a gente vai fazer uma, uma explanação para a rede como se a gente nunca tivesse feito né, vai ser a minha primeira vez, mas a equipe já deve ter feito milhares de vezes né, o que que é, como que é, como que encaminha, como não encaminha né. Eu acho que isso é um trabalho que a gente vai ter que ser feito constante.” (T10)

Talvez seja no âmbito do reconhecimento do espaço e objetivos da iniciativa de geração de trabalho e renda que se insira a colocação de uma das participantes quanto ao desafio em pautar a inserção social no contexto da saúde mental e assim deixar explícito que o trabalho que se desenvolve nesses espaços transpõe a assistência. Em sua fala:

“Como desafio, eu acho que é a gente pautar para dentro da saúde mental é... a inserção social né, eu acho que esse é o desafio do trabalho assim, esse é o desafio que está colocado para a gente né, é... eu acho que a gente ir além das oficinas terapêuticas, nós somos oficinas de trabalho.” (T4)

Dentre as dificuldades e desafios apontados, a dificuldade de gerar renda foi o aspecto que apareceu de maneira mais expressiva no relato das participantes, o que reafirma a condição encontrada na primeira etapa deste estudo, a qual revelou uma situação crítica destas iniciativas em gerar renda. Essa condição também foi mencionada em vários estudos que tratam de iniciativas de geração de trabalho e renda (CARVALHAES, 2008; GIGANTE, 2011; MILIONI, 2009; OLIVER et al., 2002; TAGLIAFERRO, 2011).

Nesse sentido o estudo desenvolvido por Gigante (2011) revelou que, para grande parte das iniciativas de geração de trabalho e renda participantes, o desafio principal é gerar renda satisfatória e ganhos maiores. Além deste, o estudo desenvolvido por Tagliaferro (2011) evidenciou que, para a equipe de incubação de um empreendimento solidário composto por usuários da saúde mental, a renda gerada pelo grupo ainda é insatisfatória, o que leva ao questionamento sobre se o empreendimento é, de fato, um espaço de trabalho ou um espaço para ocupar o tempo. Ainda, Carvalhaes (2008) questiona se, frente à renda tão limitada gerada nas iniciativas investigadas em seu estudo, é possível vislumbrar uma real conquista de autonomia pelos sujeitos, bem como o exercício da autogestão e sobrevivência.

Essa condição evidenciada no presente estudo e nos supracitados suscita a discussão quanto à necessidade de se desenvolver mecanismos e estratégias que viabilizem a produção, bem como a comercialização dos produtos nestas iniciativas, com vistas a gerar renda para as pessoas. Trata-se de uma condição fundamental para que a proposta de trabalho no contexto da saúde mental cumpra com a missão de, gerando renda, viabilizar o acesso dos usuários ao mundo das trocas materiais e sociais permitindo assim uma efetiva inclusão social. Nessa perspectiva, considera-se que

A participação no mercado de trocas, de produção e de consumo de bens coletivos pode ser, então, um ponto de partida para a inclusão social de diversas alteridades. [...] Estar incluído em nossa sociedade pode, então, ser também traduzido pelo potencial de produção e consumo que cada sujeito demonstra. Ser um *sujeito social*, significa também estar em condição de participar da rede de produção/consumo da coletividade. É a possibilidade de produzir valores de troca reconhecidos socialmente; é ter condições para ampliar ou ter garantido o seu poder de *realizar contratos sociais* (GHIRARDI, 2004, p. 50).

A dificuldade quanto a gerar renda está expressa nos relatos a seguir:

“Eu acho que a dificuldade é gerar renda porque hoje as nossas peças eu acho que têm qualidade, têm bom gosto, a gente conseguiu aprimorar esse modo de fazer né, é... a gente buscou cursos e eles mesmos querem o tempo todo aprimorar né, eles não acomodaram em uma única técnica eles querem evoluir, e a gente busca isso para eles, mas a venda ainda está apertada. A gente, o forte dessa oficina é vender brindes né, brindes para empresas, porque a venda aqui no varejo, no particular, individual é pequena, isso não gera renda para eles né, não cobre nem os custos da oficina, da compra da matéria prima, mas a venda no atacado, vender uma quantidade “X” para um cliente para outro, é isso que dá uma alavancada, gera trabalho né, gera produção e gera dinheiro, gera renda né. Possibilita até investimento em novas máquinas, equipamentos... essa é a dificuldade, a divulgação né, do produto e vender, comercializar.” (T2)

“[...] eu acho difícil assim a, a, essa questão do, de geração de trabalho e renda porque... a gente... o que, consegue tirar né, porque como depende das vendas o caixa da oficina, então às vezes o que eles conseguem tirar de bolsa é um valor pequeno né, assim. Então não sei nem se é uma dificuldade de ser terapeuta ocupacional, mas acho que é uma dificuldade de oficinas, de... de projetos de... de geração de renda né, de cooperativas, eu acho que é essa questão do valor mesmo que eles conseguem tirar eu acho isso bem, bem difícil assim né, porque... tem mês que vem menos né, tem... então essa parte da geração de renda eu acho complicado né, porque aí depende do mercado, aí depende, né do produto, se está legal, se não está, se a gente escolheu a cor certa para por né, então tem milhões de fatores que influenciam nessa parte assim da geração de renda, então essa parte eu acho complicada.” (T5)

“[...] é um grupo que é para gerar renda, mas na verdade quase não gera renda, então ele dá muito pouco dinheiro né, porque a gente... vende pouco né, a gente tem uma produção mais estruturada e tem uma venda muita mal, muito pouco estruturada. [...] Então é mais ou menos isso, dificuldade de pessoal, de realmente isso ser um projeto que gere renda.” (T7)

O desafio de gerar trabalho e renda no âmbito da saúde mental elucida uma série de questionamentos e apontamentos que, em busca por respostas e soluções para tais desafios, podem, por vezes, culminar em concepções reducionistas e até mesmo preconceituosas como, por exemplo, se considerar que a dificuldade de gerar renda está diretamente relacionada à condição de doença mental, ou à suposta desqualificação do que é produzido pelos usuários e mesmo uma suposta inabilidade destes para o trabalho. Todas estas questões já foram, de alguma maneira, problematizadas neste estudo por meio de reflexões como forma de superá-las. Nesse sentido, aponta-se a necessidade de ir além destas perspectivas que hoje já encontram subsídios para serem ultrapassadas, ainda que o trabalho pela desconstrução de uma concepção social acerca do desvalor das alteridades seja constante e contínua.

Nessa direção talvez uma primeira contribuição seja partir de uma constatação de nossa realidade social que, como bem coloca Singer (2005b, p. 20), a grande dificuldade que temos “de incluir os excluídos, de incluir pessoas que tenham todos os *handicaps* que os transformam em excluídos por definição individual, pela cor de pele, por características, por gênero, ou o que seja, é no sentido de que é difícil entrar no mercado”. Este disparador permite extrapolar o contexto da saúde mental e desmistificar que a dificuldade de trabalho e renda seja só destes sujeitos, mas antes que se trata de uma dificuldade que está centrada no modo de produção capitalista que por si só é excludente e que conseqüentemente o é ainda mais em relação àqueles sujeitos que não se enquadram nos padrões impostos. Portanto, este é um primeiro apontamento que amplia a possibilidade de avaliar os entraves para a questão do trabalho na saúde mental.

Um segundo apontamento, diz respeito às dificuldades encontradas em propostas de trabalho pautadas pela economia solidária, principalmente no que se refere à baixa renda gerada. Há de se considerar, como afirma Tagliaferro (2011), que as dificuldades encontradas, dentre elas a de gerar renda, não são exclusivas de empreendimentos formados por usuários da saúde mental e sim que se tratam de dificuldades apresentadas de forma geral para a maioria dos empreendimentos de economia solidária. Portanto, esta consideração também contribui para minorar uma possível concepção de que são os empreendimentos formados por usuários da saúde mental que enfrentam o desafio de gerar renda. Assim, concorda-se com Tagliaferro (2011), para a qual é necessário buscar estratégias para a superação destas dificuldades encontradas por empreendimentos de economia solidária.

Algumas participantes apontaram a dificuldade de gerar renda com a atividade produtiva desenvolvida pelo grupo indicando, em alguns casos, a necessidade de outros modelos de proposição do trabalho ou atividade produtiva como estratégia para alavancar as vendas e gerar, de fato, renda, como mostram os relatos a seguir:

“É... eu acho que o modelo que nós usamos aqui é um modelo, não acho que tem que ser o único, acho que tem que pensar em outros também né, outros que talvez façam a geração mesmo, de uma forma mais efetiva né. A questão artesanal ela é muito delicada e não só para nós né, para todo mundo. Que, que artesão que consegue é, assim, que não tem uma, uma questão do designer na, na, sobreviver só disso né?” (T10)

“[...] eu acho que a gente deveria fazer diferente agora, eu acho que a gente devia estar é, assim abrindo restaurantes, eu acho que a gente devia fazer coisas grandes sabe? É, eu acho que devia ter é... é... pousada, que a gente devia, que houvesse investimento pesado nisso mesmo sabe, porque ninguém vai conseguir ter um salário mínimo com, vendendo bijuterias. [...] eu penso que precisamos pensar em coisas maiores né. Em coisas que, de verdade, pudessem dar dinheiro.” (T12)

“[...] não é muito fácil o trabalho... a gente é, pensar uma oficina de trabalho artesanal né, a gente não está... não é algo, não é uma das coisas mais fáceis de, de pensar a venda, de pensar a comercialização, por exemplo, né, então uma... uma prestação de serviço, por exemplo, eu penso que pode ser uma outra maneira de pensar o trabalho, de proporcionar o trabalho para essas pessoas né... [...], que não fique só na, na coisa do artesanato que é, que é muito bacana, que é muito legal mas não é, é mais difícil pensar né essa comercialização do artesanato né, do desenvolvimento disso né.” (T11)

Os relatos das participantes evidenciam o quanto a proposição do trabalho ainda se dá por meio de atividades produtivas no ramo artesanal, o que é corroborado pelos resultados encontrados na primeira etapa deste estudo, a qual evidenciou que a maioria das iniciativas participantes desenvolvem atividades artesanais e de produção, sendo que das 10, apenas 3 investem em prestação de serviços. Estudos desenvolvidos no contexto de iniciativas de geração de trabalho e renda no âmbito da saúde mental também evidenciaram uma tendência na escolha por atividades artesanais e oferta de produtos em detrimento da prestação de serviços (GIGANTE, 2011; LUSSEI; MATSUKURA; HAHN, 2010). Esta condição pode, de certa forma, resgatar uma tradição dos hospitais psiquiátricos, nos quais se lançava mão da realização de atividades artesanais, como forma de ocupação, normatização e exploração.

Nesse sentido, as participantes deixam evidente a necessidade de se propor trabalhos maiores e mais ousados, como aparece no relato de T12 o que diz de um desejo dessas profissionais em alavancar a proposta de trabalho para os usuários da saúde mental e mesmo de

propor novas estratégias como forma de superação da condição de baixa comercialização e geração de renda.

Certamente pensar a diversificação da produção e a prestação de serviços pode contribuir para um novo perfil destas iniciativas de forma a investirem em produções que do ponto de vista econômico tenham maior aceitação e circulação.

Diante das colocações feitas pelas participantes acerca da dificuldade de produzir a partir da atividade escolhida, comercializar os produtos e, conseqüentemente, gerar renda, novamente os princípios e proposições da economia solidária certamente podem contribuir para lidar com esta situação e mesmo abolir uma possível impressão de que o grupo não alavanca por uma inabilidade própria ou ainda por uma inabilidade do terapeuta ocupacional ou outro profissional que acompanhe este grupo. Assim, uma estratégia viável para buscar meios de lidar com estes desafios seria estimular a formação de redes de comercialização.

Segundo Mance (2003, p. 220) a rede de colaboração solidária, enquanto categoria estratégica e sob a perspectiva econômica, diz respeito a uma estratégia para unir empreendimentos econômicos solidários de produção, comercialização, financiamento, consumidores e demais organizações populares em uma proposta de crescimento conjunto, autossustentável e contrário ao capitalismo. Ou seja, tem como objetivo montar novamente as cadeias produtivas de maneira solidária e ecológica, assim

(a) produzindo nas redes tudo o que elas ainda consomem do mercado capitalista: produtos finais, insumos, serviços, etc.; (b) corrigindo fluxos de valores, evitando realimentar a produção capitalista, o que ocorre quando empreendimentos solidários compram bens e serviços de empreendimentos capitalistas; (c) gerando novos postos de trabalho e distribuindo renda, com a organização de novos empreendimentos econômicos para satisfazer as demandas das próprias redes; (d) garantindo as condições econômicas para o exercício das liberdades públicas e privadas eticamente exercidas.

Mance (2003, p. 220) considera que para que esta alternativa seja viável é preciso que o consumo solidário seja difundido, bem como haja colaboração solidária entre todos. Assim, “Em uma rede, as organizações de consumo, comércio, produção e serviço mantêm-se em permanente conexão em fluxos de materiais (produtos, insumos, etc.), de informação e de valor, que circulam através da rede”.

Os apontamentos acerca das redes de comercialização reafirmam a importância e viabilidade da economia solidária como pressuposto das iniciativas de geração de trabalho e renda no âmbito da saúde mental, mas também revelam que a discussão em torno deste modo de produção precisa avançar e que as iniciativas de geração de trabalho e renda precisam lançar mão de todas as estratégias e recursos que a economia solidária oferta.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo geral investigar a prática dos terapeutas ocupacionais que trabalham em iniciativas de geração de trabalho e renda no estado de São Paulo. Como objetivos específicos preconizou caracterizar estas iniciativas; identificar aspectos da formação profissional que contribuíram na atuação do terapeuta ocupacional nestas iniciativas e identificar se estas estão vinculadas ao movimento da economia solidária. Nesse sentido, aponta-se que o estudo atingiu os objetivos estabelecidos fornecendo informações relevantes para a área da terapia ocupacional, bem como para o campo de proposição de trabalho no âmbito da saúde mental.

Investigar a prática dos terapeutas ocupacionais em contextos de geração de trabalho e renda para a população usuária da saúde mental é explorar um campo ainda novo, tanto no âmbito da terapia ocupacional, quanto no campo da saúde mental. Nesse sentido a presente pesquisa revelou que, embora as profissionais encontrem grande afinidade com o campo da saúde mental e com o tema trabalho, a atual proposta tem trazido novos desafios a este profissional e convocado a este o desenvolvimento de novas habilidades e conhecimentos.

Nessa direção, novas estratégias e reflexões surgem como demanda com vistas a aprimorar o perfil deste profissional para lidar com aspectos produtivos e com disciplinas que versam sobre o mundo do trabalho. Considera-se fundamental que proposições sejam pensadas quanto à formação permanente destes profissionais, para que se apropriem de recursos que os instrumentalizem para lidar com questões relacionadas à economia, viabilizando a construção coletiva com os usuários de uma nova maneira de pensar e construir possibilidades de trabalho.

Esta consideração inevitavelmente suscita a demanda por nova profissionalidade, ou seja, a de investir em um novo perfil de atuação. Ainda que as profissionais se mostrem empenhadas na construção de um trabalho real junto aos usuários, reforça-se que, o fato do trabalho ser desenvolvido com população usuária da saúde mental pode, muitas vezes, tornar o contexto deste profissional ambíguo oscilando entre o papel de agente promotor de novas oportunidades no universo das trocas materiais e entre o papel de agente do cuidado. Assim, considera-se que discussões, reflexões, encontros, fóruns e participação em cursos de formação sobre a temática do trabalho no contexto da saúde mental sejam premissas destes e de outros profissionais que atuam nestes contextos. Somente assim é possível produzir subsídios para a prática e, conseqüentemente, construir uma cultura que promova o protagonismo dos usuários no âmbito social acerca de sua real capacidade para o trabalho. Ainda, é necessário que se invista no trabalho multiprofissional e interdisciplinar criando parcerias com outros

profissionais e outros setores, o que pode ser alcançado por meio da vinculação com as Incubadoras Tecnológicas de Cooperativas Populares.

Apesar de haver demanda por novas ferramentas e conhecimentos que possam respaldar a prática destas profissionais, elas revelaram importante conhecimento acerca da atual proposta de trabalho aos usuários da saúde mental alicerçada pelos pressupostos da reabilitação psicossocial e um grande engajamento para a consolidação destas iniciativas. Nesse sentido, demonstraram conhecimentos acerca das políticas de saúde mental e economia solidária e um grande envolvimento com os princípios de tal economia, evidenciando a realização de cursos nesta área e desenvolvendo sua prática ancorada nos princípios desta.

A pesquisa também revelou uma prática ainda em processo de construção e que por isso, muitas vezes, se depara com desafios, como promover a autonomia dos usuários para o trabalho, desenvolver novos produtos que garantam melhor comercialização e geração de renda, além de precisar lidar com as demandas impostas pelo modelo capitalista.

Quanto às fragilidades encontradas nas iniciativas, aponta-se que, de certa maneira, o fato da proposição do trabalho aos usuários da saúde mental sob a perspectiva atual ainda ser nova justifica tais fragilidades, entretanto, alerta para a necessidade urgente de novos meios para alavancar as iniciativas, principalmente no que diz respeito à geração de renda. Talvez seja preciso investir em novas instâncias e, principalmente, fortalecer as discussões no âmbito da Rede de Saúde Mental e Economia Solidária para que novas políticas públicas surjam e as já existentes possam ser implementadas.

Foi possível verificar fragilidades no questionário enviado às participantes, de forma que seu retorno evidenciou em alguns momentos falta de clareza em relação a algumas questões bem como a necessidade de esclarecimentos. Essa condição resultou em alguns questionários respondidos pelas participantes não em relação às oficinas que atuam, mas em relação ao serviço como um todo. Apesar disso, acredita-se que estes fatores não comprometeram os objetivos da pesquisa.

Espera-se que o presente estudo contribua para o conhecimento e difusão da prática que vem sendo desenvolvida pelos terapeutas ocupacionais em iniciativas de geração de trabalho e renda, evidenciando o perfil que este profissional está assumindo atualmente quanto à proposição do trabalho no âmbito da saúde mental e as contribuições provenientes desta atuação no processo de reabilitação psicossocial das pessoas com transtorno mental.

Aponta-se, ainda, que novos estudos devem ser desenvolvidos com vistas a produzir conhecimentos e contribuir para o desenvolvimento de novas estratégias a fim de ampliar e

fortalecer a proposta de iniciativas de trabalho no âmbito da saúde mental. Destaca-se esta área como um promissor campo de atuação para o terapeuta ocupacional.

REFERÊNCIAS

ARBESMAN, M.; LOGSDON, D. W. Occupational Therapy Interventions for Employment and Education for Adults With Serious Mental Illness: A Systematic Review. **American Journal of Occupational Therapy**, New York, v. 65, n. 3, p. 238-246, may/june. 2011. Disponível em: <<http://www.periodicos.capes.gov.br/>>. Acesso em: nov. 2013.

ALCÂNTARA, L. C. Economia solidária e oficinas de trabalho na saúde mental. In: MERHY, E. E.; AMARAL, H. **A reforma psiquiátrica no cotidiano II**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2007. p. 151-181.

ALMEIDA, D. T.; TREVISAN, E. R. Estratégias de intervenção da terapia ocupacional em consonância com as transformações da assistência em saúde mental no Brasil. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 15, n. 36, p. 299-307, jan./mar. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n36/aop3110.pdf>>. Acesso em: maio. 2012.

AMARANTE, P. Asilos, alienados e alienistas: pequena história da psiquiatria no Brasil. In: _____. (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p.73-84.

AMARANTE, P. Novos sujeitos, novos direitos: O debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 491-494, jul./set. 1995. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v11n3/v11n3a11.pdf>>. Acesso em: fev. 2013.

AMARANTE, P (Coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

ANDRADE, M. C. et al. Loucura e trabalho no encontro entre saúde mental e economia solidária. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 33, n. 1, p. 174-191, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v33n1/v33n1a14.pdf>>. Acesso em: maio. 2013.

ANTHONY, W. A. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. **Psychosocial Rehabilitation Journal**, Boston, v. 16, n. 4, p. 11-23, apr. 1993. Disponível em: <<http://search-ebsohost-com.ez31.periodicos.capes.gov.br/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=1443865&lang=pt-br&site=ehost-live>>. Acesso em: jul. 2013.

ANTHONY, W. A. Reabilitação Psiquiátrica. In: ORNELAS, J. (Coord.). **Actas da Conferência Internacional** – Novos desafios na reabilitação de pessoas com doença mental, Lisboa: AEIPS Edições, 1999. p. 15-25. Disponível em: <<http://aeips.pt/novo2009/wp-content/uploads/2009/07/actas.pdf>>. Acesso em: jul. 2013.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 5. ed. Lisboa: Edições 70, 2008.

BENETTON, M. J. **Trilhas associativas** – Ampliando recursos na clínica da psicose. São Paulo: Lemos-Editorial, 1991.

BLANK, A.; HARRIES, P.; REYNOLDS, F. Mental health service users' perspectives of work: a review of the literature. **British Journal of Occupational Therapy**, London, v. 74, n. 4, p. 191-199, apr. 2011.

BRASIL. **Lei nº 9.867**, de 10 de novembro de 1999. Dispõe sobre a criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais, visando à integração social dos cidadãos, conforme específica. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9867.htm>. Acesso em: jul. 2013.

BRASIL. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_da_3_conferencia_de_saude_mental.pdf>. Acesso em: jul. 2013.

BRASIL. **Portaria GM nº 336**, de 19 de fevereiro de 2002. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. 5. ed. ampl. Brasília, 2004a, p. 125-136. (Série E. Legislação de Saúde). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/legislacao_1990_2004.pdf>. Acesso em: jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_caps.pdf>. Acesso em: abr. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental e economia solidária: inclusão social pelo trabalho**. Brasília, 2005a. (Série D. Reuniões e Conferências). Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_mental_economia_solidaria.pdf>. Acesso em: nov. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_15_anos_caracas.pdf>. Acesso em: jul. 2011.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 353**, de 7 de março de 2005c. Institui o Grupo de Trabalho de Saúde Mental e Economia Solidária e dá outras providências. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-353.htm>>. Acesso em: jul. 2013.

BRASIL. **Portaria nº 1.169/GM** de 7 de julho de 2005d. Destina incentivo financeiro para municípios que desenvolvam projetos de Inclusão Social pelo Trabalho destinados a pessoas portadoras de transtornos mentais e/ou de transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, e dá outras providências. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1169.htm>>. Acesso em: jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Coordenação de Saúde Mental. Ministério do Trabalho e Emprego. Secretaria Nacional de Economia Solidária. **Relatório Final do Grupo de Trabalho Saúde Mental e Economia Solidária** instituído pela Portaria Interministerial nº 353, de 7 de março de 2005. Brasília, 2006a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/recomendacoes_econ_solidaria.pdf>. Acesso em: fev. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados – 2**, Brasília, v. 1, n. 2, jan/jul. 2006b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_mental_dados_2.pdf>. Acesso em: jul. 2013.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Economia Solidária: uma outra economia acontece**: Cartilha da Campanha Nacional de Mobilização Social. Brasília, MET, SENAES, FBES, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Relatório de Gestão 2003 – 2006. Ministério da Saúde: Brasília, 2007b. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_gestao_saude_mental_2003_2006.pdf>. Acesso em: jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental e economia solidária**: inclusão social pelo trabalho. Balanço da política, análise da expansão da rede brasileira de saúde mental e economia solidária, e agenda para os próximos anos. Brasília, 2010a.

BRASIL. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial**, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2011_2_1relatorio_IV.pdf>. Acesso em: jul. 2013.

BRASIL. **Portaria nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Economia Solidária**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33931&janela=1>. Acesso em: abr. 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados – 11**, Brasília, v. 7, n. 11, out. 2012b.

BRASIL. **Portaria nº 132**, de 26 de janeiro de 2012c. Institui incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento do componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0132_26_01_2012.html>. Acesso em: jul. 2013.

BRASIL. **Portaria nº 854**, de 22 de agosto de 2012d. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=24/08/2012&jornal=1&pagina=1&totalArquivos=240>>. Acesso em: nov. 2013.

BRASIL. **Decreto nº 8.163**, de 20 de dezembro de 2013. Institui o Programa Nacional de Apoio ao Associativismo e Cooperativismo Social – Pronacoop Social, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Decreto/D8163.htm>. Acesso em: jan. 2013.

BREGALDA, M. M.; LOPES, R. E. O programa de reabilitação profissional do INSS: apontamentos iniciais a partir de uma experiência. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v. 19, n. 2, p. 249-261, maio/ago. 2011.

CARVALHAES, A. G. **O lugar do trabalho solidário na reforma psiquiátrica brasileira**. 2008. 109f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/TMCB-7WVKRP>>. Acesso em: nov. 2011.

CASTRO, E. D.; LIMA, E. M. F. A; BRUNELLO, M. I. B. Atividades humanas e terapia ocupacional. In: DE CARLO, M. M. R. P.; BARTALOTTI, C. C (Orgs.). **Terapia Ocupacional no Brasil** – Fundamentos e perspectivas. São Paulo: Plexus, 2001. p. 41-59.

CORTEGOSO, A. L.; CIA, F.; LUCAS, M. G. Economia Solidária: o que é e como se relaciona com a psicologia. In: In: CORTEGOSO, A. L.; LUCAS, M. G. (Org.). **Psicologia e economia solidária: interfaces e perspectivas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008. p. 25-37.

COSTA, H. Apresentação. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p. 9. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_caps.pdf>. Acesso em: abr. 2012.

COSTA, H. Apresentação. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental e economia solidária: inclusão social pelo trabalho**. Brasília, 2005. p. 7-8. (Série D. Reuniões e Conferências). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_mental_economia_solidaria.pdf>. Acesso em: nov. 2009.

COSTA-ROSA, A. O Modo Psicossocial: Um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (Org). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000, p. 141-168.

CULTI, M. N. Economia Solidária: incubadoras universitárias e processo educativo. **Revista Proposta**. Rio de Janeiro, v. 31, n. 111, p. 16-22, jan./mar. 2007. Disponível em: <http://www.fase.org.br/v2/admin/anexos/acervo/1_nezilda.pdf>. Acesso em: mar. 2014.

DAGNINO, R.; FONSECA, R. Economia solidária, incubadoras universitárias, cooperativas e tecnologia: uma definição de papéis. **Revista Proposta**. Rio de Janeiro, v. 31, n. 112, p. 16-

24, abr./jun. 2007. Disponível em:
<http://www.fase.org.br/v2/admin/anexos/acervo/1_renato.pdf>. Acesso em: fev. 2013.

DAVIDSON, L. et al. Recovery in serious mental illness: a new wine or just a new bottle?. **Professional Psychology: Research and Practice**, v. 36, n. 5, p. 480-487, oct. 2005. Disponível em: <<http://psycnet-apa-org.ez31.periodicos.capes.gov.br/journals/pro/36/5/480.pdf>>. Acesso em: jul. 2013.

DE CARLO, M. M. R. P.; BARTALOTTI, C. C. Caminhos da Terapia Ocupacional. In: _____. (Orgs.). **Terapia Ocupacional no Brasil** – Fundamentos e perspectivas. São Paulo: Plexus, 2001. p. 19-40.

DELGADO, P. G. Conferência de Abertura: Economia Solidária e Saúde Mental. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental e economia solidária: inclusão social pelo trabalho**. Brasília, 2005a. p. 15-30. (Série D. Reuniões e Conferências). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_mental_economia_solidaria.pdf>. Acesso em: nov. 2009.

DELGADO, P. G. Proposta de criação da Rede Nacional de Saúde Mental e Economia Solidária. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental e economia solidária: inclusão social pelo trabalho**. Brasília, 2005b. p. 82-88. (Série D. Reuniões e Conferências). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_mental_economia_solidaria.pdf>. Acesso em: nov. 2009.

DELGADO, P. G. Reforma Psiquiátrica e Inclusão Social pelo Trabalho. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental e economia solidária: inclusão social pelo trabalho**. Brasília, 2005c. p. 9-10. (Série D. Reuniões e Conferências). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_mental_economia_solidaria.pdf>. Acesso em: nov. 2009.

DUARTE, T. Recovery da doença mental: uma visão para os sistemas e serviços de saúde mental. **Análise Psicológica**, Lisboa, v. 25, n. 1, p. 127-133, jan. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/aps/v25n1/v25n1a10.pdf>>. Acesso em: jul. 2013.

FARKAS, M. The vision of recovery today: what it is and what it means for services. **World Psychiatry**, Boston, v. 6, n. 2, p. 68-74, june. 2007. Disponível em: <http://www.wpanet.org/uploads/Publications/WPA_Journals/World_Psychiatry/Past_Issues/English/wpa-06-2007.pdf>. Acesso em: jul. 2013.

FERREIRA, A. B. H. **Minidicionário Aurélio da língua portuguesa**. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova fronteira, 1993.

GALHEIGO, S. M. A transdisciplinaridade enquanto princípio e realidade das ações de saúde. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 10, n. 2/3, p. 49-54, maio/dez. 1999.

GALLETTI, M. C. **Oficina em saúde mental**: instrumento terapêutico ou intercessor clínico? Goiânia: Editora da UCG, 2004.

GEWURTZ, R.; KIRSH, B. How Consumers of Mental Health Services Come to Understand their Potential for Work: Doing and Becoming Revisited. **Canadian Journal of Occupational Therapy**, Toronto, v. 73, 4 Suppl, p. 1-13, nov. 2006. Disponível em: <http://cjo.sagepub.com.ez31.periodicos.capes.gov.br/content/73/4_suppl/1.6>. Acesso em: nov. 2013.

GHIRARDI, M. I. G. Trabalho e deficiência: as cooperativas como estratégia de inclusão social. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 49-54, maio/ago. 2004.

GHIRARDI, M. I. G. Cooperativas de Trabalho. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. **Terapia ocupacional**: fundamentação e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007, p. 291-292.

GIGANTE, M. P. **Perfil das oficinas de geração de trabalho e renda no âmbito da atenção psicossocial no Brasil**. 2011. 68f. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Departamento de Ciências Jurídicas, Econômicas e Sociais, Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, 2011. Disponível em: <<http://antares.ucpel.tche.br/mps/dissertacoes/Mestrado/2011/DissertacaoMarisaGigante.pdf>>. Acesso em: jul. 2013.

GRUHL, K. L. R. Reflections on... The recovery paradigm: Should occupational therapists be interested? **Canadian Journal of Occupational Therapy**, Toronto, v. 72, n. 2, p. 96-102, apr. 2005.

GUIMARÃES, G. Incubadoras Tecnológicas de Cooperativas Populares: contribuição para um modelo alternativo de geração de trabalho e renda. In: SINGER, P.; SOUZA, A. R. (Orgs.). **A economia solidária no Brasil**: a autogestão como resposta ao desemprego. 2. ed. São Paulo: Contexto, 2003. p. 111-122.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 297-305, jan./fev. 2009a. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a36v14n1.pdf>>. Acesso em: jul. 2013.

HIRDES, A. Autonomia e cidadania na reabilitação psicossocial: uma reflexão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 165-171, fev. 2009b. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a22v14n1.pdf>>. Acesso em: nov. 2012.

JACOBSON, N.; GREENLEY, D. What is recovery? A conceptual model and explication. **Psychiatric Services**, Madison, v. 52, n. 4, p. 482-485, apr. 2001. Disponível em: <<http://ps.psychiatryonline.org/data/Journals/PSS/3565/482.pdf>>. Acesso em: jul. 2013.

JAVED, M. A. Emerging priorities in Rehabilitation Psychiatry. **WAPR Bulletin**, Bangalore, v. 26/27, p. 12-16, mar. 2010. Disponível em: <http://www.wapr.info/World_Association_for_Psychosocial_Rehabilitation_WAPR/Bulletin_s_files/wapr_bull_26-27_apr2010.pdf>. Acesso em: maio. 2013.

KENNEDY-JONES, M.; COOPER, J.; FOSSEY, E.; Developing a worker role: Stories of four people with mental illness. **Australian Occupational Therapy Journal**, Blackwood, v. 52, n. 2, p. 116-126, june. 2005. Disponível em: <<http://onlinelibrary-wiley-com.ez31.periodicos.capes.gov.br/doi/10.1111/j.1440-1630.2005.00475.x/pdf>>. Acesso em: nov. 2013.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: In: PITTA, A. M. F. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 55-59.

KIRSH, B.; COCKBURN, L.; GEWURTZ, R. Best Practice in Occupational Therapy: Program Characteristics that Influence Vocational Outcomes for People with Serious Mental Illnesses. **Canadian Journal of Occupational Therapy**, Toronto, v. 72, n. 5, p. 265-279, dec. 2005. Disponível em: <<http://cjo.sagepub.com.ez31.periodicos.capes.gov.br/content/72/5/265.full.pdf+html>>. Acesso em: nov. 2013.

LIMA, E. M. F. A.; GHIRARDI, M. I. G. Transdisciplinaridade e práticas híbridas em saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 153-158, set./dez. 2008.

LOPES, R. E.; LEÃO, A. Terapeutas ocupacionais e os centros de convivência e cooperativas: novas ações de saúde. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v.13, n. 2, p. 56-63, maio/ago. 2002.

LOPES, T. S. et al. O processo de restabelecimento na perspectiva de pessoas com diagnóstico de transtornos do espectro esquizofrênico e de psiquiatras na rede pública de atenção psicossocial. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 558-571, set. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n3/04.pdf>>. Acesso em: jul. 2013.

LUSSI, I.A.O. **Trabalho, reabilitação psicossocial e rede social**: concepções e relações elaboradas por usuários de serviços de saúde mental envolvidos em projetos de inserção laboral. 2009. 169 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-29102009-135550/>>. Acesso em: mar. 2010.

LUSSI, I. A. O.; MATSUKURA, T. S.; HAHN, M. S. Reabilitação psicossocial: oficinas de geração de renda no contexto da saúde mental. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 284-290, 2010. Disponível em: <http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/75/284a290.pdf>. Acesso em: jul. 2011.

LUSSI, I. A. O.; PEREIRA, M. A. O.; PEREIRA JUNIOR, A. A proposta de reabilitação psicossocial de Saraceno: um modelo de auto-organização? **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, p. 448-456, jun. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n3/v14n3a21.pdf>>. Acesso em: jul. 2013.

MANCE, E. A. Redes de colaboração solidária. In: CATTANI, A. D. (Org.). **A outra economia**. Porto Alegre: Veraz Editores, 2003. p. 219-225.

MÂNGIA, E. F.; NICÁCIO, F. Terapia Ocupacional em Saúde Mental: tendências principais e desafios contemporâneos. In: DE CARLO, M. M. R. P.; BARTALOTTI, C. C (Orgs.). **Terapia Ocupacional no Brasil** – Fundamentos e perspectivas. São Paulo: Plexus, 2001. p. 63-80.

MÂNGIA, E. F.; NICÁCIO, F. III Conferência Nacional de Saúde Mental: efetivar a reforma psiquiátrica. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 1-2, jan./abr. 2002.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de Pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MARTINS, R. C. A. Saúde mental e economia solidária: construção democrática e participativa de políticas públicas de inclusão social e econômica. In: CORTEGOSO, A. L.; LUCAS, M. G. (Orgs.). **Psicologia e economia solidária**: interfaces e perspectivas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008. p. 245-262.

MEDEIROS, M. H. R. Saúde mental e a terapia ocupacional: contexto atual. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v. 5, n. 1, p. 5-16, jan./jul. 1996.

MEDEIROS, M. H. R. **Terapia ocupacional**: um enfoque epistemológico e social. São Carlos: EdUFSCar, 2003.

MILIONI, D. B. **A experiência de trabalho de usuários de um CAPS, integrantes de um empreendimento solidário**: construindo vidas e possibilidades. 2009. 111f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2009.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec, 2006.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul./set. 1993.

NASCIMENTO, B. A. **Loucura, trabalho e ordem** – o uso do trabalho e da ocupação em instituições psiquiátricas. 1991. 150 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1991.

NICÁCIO, M. F. S. **O processo de transformação da saúde mental em Santos**: desconstrução de saberes, instituições e cultura. 1994. 155f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1994.

NICÁCIO, F.; KINKER, F. S. O desafio de viver fora: construindo a cooperativa paratodos. In: CAMPOS, F. C. B.; HENRIQUES, C. M. P. (Org). **Contra a maré à beira mar**: a experiência do SUS em Santos. 2. ed. revista e ampliada. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 167-177.

NICÁCIO, F.; MÂNGIA, E. F.; GHIRARDI, M. I. G. Projetos de inclusão no trabalho e emancipação de pessoas em situação de desvantagem: uma discussão de perspectivas. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 62-66, maio/ago. 2005.

NOGUEIRA, F. O direito ao trabalho: um instrumento no processo de desconstrução do manicômio em Santos, São Paulo. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 53-56, jan./abr. 1997.

OLIVER, F. C. et al. Oficinas de trabalho: sociabilidade ou geração de renda? **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo. v. 13, n. 3, p. 86-94, set./dez. 2002.

PACHECO, J. L. Inclusão social através do trabalho. In: CORTEGOSO, A. L.; LUCAS, M. G. (Org.). **Psicologia e economia solidária: interfaces e perspectivas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008. p. 219-224.

PÁDUA, E. M. M. **Metodologia de Pesquisa: abordagem teórico-prática**. 15. ed. Campinas: Papirus, 2009.

PEREIRA, E. C.; COSTA-ROSA, A. Problematizando a Reforma Psiquiátrica na atualidade: a saúde mental como campo da práxis. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 1035–1043, oct./dec. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n4/v21n4a20.pdf>>. Acesso em: jul. 2013.

PITTA, A. M. F. O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In: _____ (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 19-26.

RIBEIRO, M. C.; MACHADO, A. L. A Terapia Ocupacional e as novas formas do cuidar em saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 72-75, maio/ago. 2008.

RIBEIRO, M. B. S.; OLIVEIRA, L. R. Terapia Ocupacional e saúde mental: construindo lugares de inclusão social. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, vol.9, n.17, p. 425-431, mar./ago. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832005000200023&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: maio. 2012.

ROBERTS, G.; HOLLINS, S. Recovery: our common purpose?. **Advances in Psychiatric Treatment**, v. 13, n. 6, p. 397-399, nov. 2007. Disponível em: <<http://apt-rcpsych-org.ez31.periodicos.capes.gov.br/content/13/6/397.full.pdf+html>>. Acesso em: jul. 2013.

RODRIGUES, R. C.; MARINHO, T. P. C.; AMORIM, P. Reforma psiquiátrica e inclusão social pelo trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, supl. 1, p. 1615-1625, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700073&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: jul. 2011.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, P. B. **Metodologia de Pesquisa**. 3. ed. São Paulo: McGraw Hill, 2006.

SARACENO, B. A concepção de reabilitação psicossocial como referencial para as intervenções terapêuticas em saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 26-31, jan./abr. 1998.

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

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A. M. F. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001b. p. 13-18.

SHERRING, J. et al. A working reality: evaluating enhanced intersectoral links in supported employment for people with psychiatric disabilities. **Australian Occupational Therapy Journal**, Blackwood, v. 57, n. 4, p. 261-267, aug. 2010. Disponível em: <<http://onlinelibrary-wiley-com.ez31.periodicos.capes.gov.br/doi/10.1111/j.1440-1630.2009.00844.x/pdf>>. Acesso em: nov. 2013.

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

SINGER, P. Saúde Mental e Economia Solidária. In: In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental e economia solidária**: inclusão social pelo trabalho. Brasília, 2005a. p. 11-12. (Série D. Reuniões e Conferências). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_mental_economia_solidaria.pdf>. Acesso em: nov. 2009.

SINGER, P. Conferência de abertura: economia solidária e saúde mental. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental e economia solidária**: inclusão social pelo trabalho. Brasília, 2005b. p. 15-30. (Série D. Reuniões e Conferências). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_mental_economia_solidaria.pdf>. Acesso em: nov. 2009.

SINGER, P. Relatórios dos grupos de trabalho. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental e economia solidária**: inclusão social pelo trabalho. Brasília, 2005c. p. 101-111. (Série D. Reuniões e Conferências). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_mental_economia_solidaria.pdf>. Acesso em: nov. 2009.

SOARES, L. B. T. **Terapia Ocupacional: lógica do capital ou do trabalho?** Retrospectiva histórica da profissão no estado brasileiro de 1950 a 1980. São Paulo: Hucitec, 1991.

SOARES, L. B. T. História da Terapia Ocupacional. In: CAVALCANTI, A; GALVÃO, C. **Terapia ocupacional: fundamentação e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p. 03-09.

SORHEIM, I.; PEDERSEN, A. Dignity, participation and identity: developing recovery-orientated environments for work and studies in Bergen, Norway. **WAPR Bulletin**, Uganda, v. 23, p. 11-14, may. 2008. Disponível em: <http://www.wapr.info/World_Association_for_Psychosocial_Rehabilitation_WAPR/Bulletins_files/wapr_bull_23_may2008.v1.pdf>. Acesso em: maio. 2013.

TAGLIAFERRO, P. **Enfrentando desafios e construindo possibilidades**: A experiência da equipe no processo de incubação de um empreendimento solidário formado por usuários de um CAPS. 2011. 165 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2011.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, jan./abr. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n1/a03v9n1.pdf>>. Acesso em: jul. 2011.

TOYODA, C. Y.; AKASHI, L. T. Atividade: conceito e utilização pelos terapeutas ocupacionais – docentes do Estado de São Paulo. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v. 4, n. 1-2, p. 26-35, jan./dez. 1993.

WFOT COUNCIL. **Statement on Occupational Therapy**. 2010. Disponível em: <<http://www.wfot.org/AboutUs/AboutOccupationalTherapy/WhatIsOccupationalTherapy.aspx>>. Acesso em: maio. 2012.

WOODSIDE, H.; SCHELL, L.; ALLISON-HEDGES, J. Listening for Recovery: The Vocational Success of People Living with Mental Illness. **Canadian Journal of Occupational Therapy**, Toronto, v. 73, n. 1, p. 36-43, feb. 2006. Disponível em: <<http://cjo.sagepub.com.ez31.periodicos.capes.gov.br/content/73/1/36.full.pdf+html>>. Acesso em: nov. 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO

Participante no. _____

Data: ___/___/___

1. Dados Pessoais do Profissional

Nome: _____

Data de nascimento: ___/___/___

Sexo: () Feminino () Masculino

2. Formação Profissional

1) Instituição, cidade e ano de formação em Terapia Ocupacional:

2) Há quanto tempo exerce atividade como terapeuta ocupacional?

3) Em quais áreas já atuou e durante quanto tempo em cada uma?

4) Se já atuou na área da saúde mental, quais atividades realizava?

a) Essas atividades contribuíram para sua atuação nesse momento em experiências de geração de trabalho e renda? Por quê?

5) Formação Complementar:

() Não

() Sim. Assinale abaixo o item equivalente:

() Aprimoramento.

Área: _____ Instituição: _____

Cidade: _____ Ano: _____

() Especialização. Título da monografia: _____

Área: _____ Instituição: _____

Cidade: _____ Ano: _____

() Mestrado. Título da dissertação: _____

Programa: _____ Instituição: _____
 Cidade: _____ Ano: _____

() Doutorado. Título da tese: _____
 Programa: _____ Instituição: _____
 Cidade: _____ Ano: _____

() Outra(s): _____
 Área: _____ Instituição: _____
 Cidade: _____ Ano: _____

- 6) Qual (is) desta (s) formação (ões) complementar (es) você considera que mais tenha contribuído para o trabalho que você desenvolve atualmente na geração de trabalho e renda? Por quê?

- 7) Fez ou está fazendo curso (s) na área da saúde mental ou em alguma área relacionada à geração de trabalho e renda?

() Não. Motivo: _____

() Sim. Qual? _____

a) Qual o ano de conclusão? _____

b) De que forma esse (s) curso (s) tem contribuído para o trabalho que você desenvolve atualmente na geração de trabalho e renda?

- 8) Você sente falta de realizar algum curso para complementar sua formação e contribuir em seu trabalho atual em geração de trabalho e renda?

a) Qual? _____

b) De que forma este curso poderia contribuir neste contexto de trabalho? _____

3. Identificação da Experiência de Geração de Trabalho e Renda

1) Nome da experiência de geração de trabalho e renda em que atua: _____

2) Endereço: _____

- 3) Telefone: _____
- 4) Cidade: _____
- 5) Tempo de existência da experiência de geração de trabalho e renda: _____
- 6) Objetivo específico da experiência:
- Geração de trabalho e renda
 - Fomento ao trabalho
 - Capacitação e Formação
- 7) Tempo de acompanhamento da experiência de geração de trabalho e renda pelo terapeuta ocupacional: _____
- 8) Situação atual da experiência de geração de trabalho e renda:
- Em funcionamento, já implantada.
 - Em processo de construção (algumas ações implantadas e outras em fase de implantação)
 - Em projeto (aguardando incentivo para implantação da experiência)
- 9) Equipe profissional que acompanha a experiência de geração de trabalho e renda:
- _____
- 10) Com que frequência o grupo de geração de trabalho e renda realiza suas atividades:
- 1 vez por semana
 - 2 vezes por semana
 - 3 vezes por semana
 - Todos os dias da semana de segunda a sexta-feira
 - Quinzenalmente
 - Mensalmente
 - Outro(s) _____
- 11) Em qual(is) período(s) o grupo de geração de trabalho e renda realiza suas atividades:
- Somente no período da manhã. Das ___ às ___
 - Somente no período da tarde. Das ___ às ___
 - O dia todo. Das ___ às ___
 - Outro. Indique o período _____
- 12) Você considera essa frequência/período de funcionamento suficientes para uma proposta de geração de trabalho e renda?
- a) Sim. Porque? _____
- b) Não. Porque? _____

13) A experiência de geração de trabalho e renda conta com a participação somente de usuários da saúde mental?

Sim.

Não. Qual a procedência deles: _____

Qual a procedência dos usuários da saúde mental (Ex: Serviços de Saúde Mental, CAPS, Hospital Dia, Ambulatório de Saúde Mental, etc)?

14) Número de participantes:

número de usuários da saúde mental

número de pessoas não usuárias da saúde mental

número de familiares

número de profissionais. Especifique a formação: _____

número de técnicos (Ex: artesãos, monitores, oficinairos, professores). Especifique: _____

Total de participantes: _____

15) Sexo (dos participantes, exceto equipe profissional/técnicos):

Número de homens _____

Número de mulheres _____

16) Forma de funcionamento da experiência de geração de trabalho e renda:

Grupo de produção

Associação

Cooperativa

Empreendimento econômico solidário

Cooperativa social

Outra(s): _____

17) Principais atividades desenvolvidas pelo grupo:

Produção

Reciclagem

Marcenaria

Confecção

Tecelagem

Cerâmica

Produtos alimentícios

Outro(s): _____

Agricultura

Hortaliças

- Jardinagem
- Grãos
- Frutas
- Plantas medicinais
- Outro(s): _____

Prestação de serviços

- Alimentação
- Eventos
- Limpeza
- Outro(s): _____

Outro(s) além do(s) mencionado(s) acima: _____

18) Forma de comercialização dos produtos e serviços:

- Feiras
- Lojas
- Eventos
- Outra(s): _____

19) Forma de distribuição da renda entre os participantes:

- Por horas trabalhadas
- Por produtividade
- Outra(s): _____

20) Qual a renda mensal do grupo?

21) Qual a renda mensal por pessoa?

22) Quais são as despesas mensais do grupo?

23) Parceiros:

- a) Fórum de Economia Solidária. Especifique o tipo de parceria:

- b) Incubadora Tecnológica de Cooperativas Populares – ligada a Universidades.
Especifique o tipo de parceria: _____

- c) () Delegacia Regional do Trabalho. Especifique o tipo de parceria: _____
- d) () SEBRAE. Especifique o tipo de parceria: _____
- e) () SESC/ SENAC. Especifique o tipo de parceria: _____
- f) () Centro Comunitário. Especifique o tipo de parceria: _____
- g) () ONG's. Especifique o tipo de parceria: _____
- h) () Escolas. Especifique o tipo de parceria: _____
- i) () FAT – Fundo de Amparo ao Trabalhador. Especifique o tipo de parceria: _____
- j) () Secretaria de Saúde. Especifique o tipo de parceria: _____
- k) () Secretaria de Cultura. Especifique o tipo de parceria: _____
- l) () Secretaria de Ação Social. Especifique o tipo de parceria: _____
- m) () Outro(s): _____
(Obs: o tipo de parceria refere-se a maneira como o parceiro contribui com a experiência de geração de trabalho e renda. Ex: cedendo espaço físico para o grupo trabalhar; contribuindo com recursos materiais/financeiros; contribuindo com cursos de formação e capacitação, etc)

24) A experiência de geração de trabalho e renda na qual você atua está ligada a um serviço de Saúde Mental?

a) Se sim, qual? _____

b) Se não, indique se ela é independente, se está ligada a algum órgão, serviço ou instituição:

25) A experiência de geração de trabalho e renda na qual você atua está vinculada à economia solidária?

a) () Sim. De que forma?

b) () Não. Você acha que deveria estar? Por que?

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA

Participante no. _____

Data: ____/____/____

1. Que tipo de atividades você desenvolve na experiência de geração de trabalho e renda? Descreva-as.
2. Como o trabalho é proposto aos usuários? Descreva.
3. Você participa dessa proposição? Como?
4. Quais são as dificuldades e os desafios em trabalhar nessa experiência de geração de trabalho e renda com usuários da saúde mental?
5. Quais são as facilidades em trabalhar nessa experiência de geração de trabalho e renda com usuários da saúde mental?
6. O que você pensa sobre terapia ocupacional e geração de trabalho e renda?
7. As atividades que você desenvolve na experiência de geração de trabalho e renda advém do seu conhecimento teórico e prático em terapia ocupacional? Por quê?
8. Quais aspectos de sua formação profissional como terapeuta ocupacional contribuem para a sua atuação neste contexto de trabalho?
9. Que tipo de conhecimentos, como terapeuta ocupacional, você considera necessários para trabalhar em experiências de geração de trabalho e renda? Eles são exclusivos da terapia ocupacional?
10. Você acha que a experiência de geração de trabalho e renda em que você atua poderia se beneficiar de outros profissionais além dos que já atuam com você? Como você acha que eles poderiam contribuir no processo de trabalho?
11. Quais são suas expectativas em relação à proposição do trabalho aos usuários da saúde mental? Explique.
12. O que você pensa sobre geração de trabalho e renda e economia solidária?
13. Você pensa em outras maneiras de propor o trabalho ao usuário da saúde mental? Por quê?
14. Mais alguma consideração?

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar da pesquisa de mestrado que tem como título “A atuação dos terapeutas ocupacionais em experiências de geração de trabalho e renda no âmbito da saúde mental: estudo sobre a realidade do estado de São Paulo”. Esta pesquisa tem como objetivo: investigar a prática dos terapeutas ocupacionais que trabalham em experiências de geração de trabalho e renda no estado de São Paulo, cadastradas no CIST (Cadastro de Iniciativas de Inclusão Social pelo Trabalho).

Você foi selecionado, pois é terapeuta ocupacional, trabalha em experiência de geração de trabalho e renda cadastrada no CIST no estado de São Paulo e tem experiência neste contexto há mais de 06 meses e sua participação não é obrigatória.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em preencher um questionário semiestruturado (que abordará questões como formação, tempo de profissão, áreas de atuação e capacitações) e, após o retorno do seu questionário respondido à pesquisadora, você poderá ser selecionado e convidado a participar de uma entrevista que deverá ser gravada em áudio e acontecerá em local e horário previamente combinados de acordo com sua disponibilidade.

Dentre os riscos que podem existir na participação dessa pesquisa pode ser citado: alguma situação pessoal de desconforto ao responder as questões da pesquisa como sentir-se tenso ou constrangido. Caso haja algum desconforto durante o preenchimento do questionário e/ou durante a entrevista, você possui o direito de interrompê-los, esses serão suspensos imediatamente e a pesquisadora estará à disposição para o que for preciso. Os benefícios esperados nesta pesquisa referem-se ao aprofundamento do conhecimento referente à atuação de terapeutas ocupacionais em experiências de geração de trabalho e renda no âmbito da saúde mental, ampliando as possibilidades de ação deste profissional bem como sua contribuição no processo de inclusão social de pessoas com transtorno mental por meio da inserção em projetos de geração de trabalho e renda.

As etapas da pesquisa, bem como os procedimentos, serão acompanhados e estarão sob responsabilidade da pesquisadora e você poderá pedir esclarecimentos a qualquer momento, antes e durante o curso da pesquisa. A qualquer momento você pode desistir de participar da pesquisa e retirar seu consentimento, encerrando sua participação na mesma. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição na qual trabalha.

As informações obtidas por meio desta pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação, sendo guardados em arquivo da pesquisadora e utilizados apenas para fins da pesquisa. Sua participação na pesquisa não lhe trará despesa alguma, uma vez que a pesquisadora irá até você para a realização da entrevista. Você não receberá recompensa financeira ou em qualquer espécie por sua participação.

Caso você sofra algum dano decorrente da pesquisa, este correrá por conta e responsabilidade da pesquisadora. 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.

Pesquisadora: Giovana Garcia Morato

Rod. Washington Luís, Km 235 – c.p. 676 – CEP: 13565-905 – São Carlos – SP

Tel.: (16)33518746 / (16)33518342

E-mail: giovana_morato@hotmail.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@power.ufscar.br

Local e data

Sujeito da pesquisa *

ANEXO

ANEXO A

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: A atuação dos terapeutas ocupacionais em experiências de geração de trabalho e renda no âmbito da saúde mental: estudo sobre a realidade do estado de São Paulo

Pesquisador: Giovana Garcia Morato

Área Temática: Área 9. A critério do CEP.

Versão: 2

CAAE: 05460812.9.0000.5504

Instituição Proponente: Departamento de Medicina

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 137.628

Data da Relatoria: 13/11/2012

Apresentação do Projeto:

Mantém-se o então apresentado.

Objetivo da Pesquisa:

Mantém-se o então apresentado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Mantém-se o então apresentado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Tem bom foco ético e é de importância social e científico.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Mantém-se o então apresentado.

Recomendações:

Sem recomendações, atendeu as exigências.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto Aprovado. Atendeu a pendência anexando o questionário a ser aplicado aos participantes, sem ferir quaisquer princípios éticos.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@power.ufscar.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

-

SAO CARLOS, 02 de Novembro de 2012

Assinador por:
Daniel Vendruscolo
(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@power.ufscar.br