

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UnB
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS – ICS
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA

SAÚDE MENTAL, ECONOMIA SOLIDÁRIA E COOPERATIVISMO SOCIAL

Políticas públicas de reconhecimento e acesso ao trabalho (2004-2013)

Autora: Rita de Cássia Andrade Martins

Brasília, março de 2014.

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UnB
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS – ICS
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA

TESE DE DOUTORADO

SAÚDE MENTAL, ECONOMIA SOLIDÁRIA E COOPERATIVISMO SOCIAL

Políticas públicas de reconhecimento e acesso ao trabalho (2004-2013)

Rita de Cássia Andrade Martins

Tese apresentada ao Departamento de Sociologia da Universidade de Brasília/UnB como parte dos requisitos para a obtenção do título de Doutora em Sociologia

Brasília, março de 2014.

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UnB
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS – ICS
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA

TESE DE DOUTORADO

SAÚDE MENTAL, ECONOMIA SOLIDÁRIA E COOPERATIVISMO SOCIAL

Políticas públicas de reconhecimento e acesso ao trabalho (2004-2013)

Autora: Rita de Cássia Andrade Martins

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Christiane Girard Ferreira Nunes

Banca examinadora: Prof. Dr. Paul Israel Singer (USP e SENAES/MTE)
Prof. Dr. Pedro Gabriel Godinho Delgado (UFRJ)
Prof. Dr. Brasilmar Ferreira Nunes (UnB)
Prof^ª Dr^ª. Ronalda Barreto (UNEB)
Prof^ª. Dr^ª. Tânia Siqueira (UnB) (*suplente*)

À Elzira Schramm da Silva (1932 – 2014)

*Chegamos até aqui porque nos reconhecemos capazes e
amamos o que fazemos.*

*Temos muitas batalhas a vencer e missões a cumprir.
Sabemos do nosso papel na mudança do paradigma
mundial, pois ainda são muitos os sem identidades e sem
passado.*

*Estamos construindo um novo tempo com a graça de
Deus, com nosso esforço em favor da vida e da cidadania.
Agora só resta olhar o futuro.*

Clarismundo Prudêncio

Artesão/ mosaicista

Associado da Suricato

Nada sou

Nada fui nessa sociedade que é tudo
Só pensei, só lutei, nessa sociedade que é nada
Puro consumo de rótulos
Da mais valia, do lucro sobre a vida
Do capital sobre a morte
A utopia social pelo tudo
De ser dono da alma
Das almas escarlates

Jorge Pachego

Poeta e serigrafista

Associado da GerAção-POA

AGRADECIMENTOS

Agradeço e dedico este estudo a todos os usuários da rede pública de saúde mental, seus familiares, profissionais de saúde, gestores e pesquisadores, militantes e promotores da reforma psiquiátrica, que lutam incansavelmente por uma sociedade sem manicômios.

Agradeço à professora Christiane Girard pelo apoio e confiança, pela aposta nesse trabalho. E, acima de tudo, pela delicadeza e generosidade com que me acolheu às voltas com minha crise em relação à psicologia e minha formação como socióloga. Saiba que foi muito importante pra mim encontrá-la pelo caminho.

Aos professores Valmor Schiochet e Marcelo Rosa por terem participado da qualificação deste estudo, suas contribuições foram valiosas.

Aos professores Paul Singer, Pedro Gabriel Delgado, Brasilmar Ferreira Nunes, Ronalda Barreto por participarem da banca de defesa desta tese.

Ao Departamento de Sociologia que permitiu o bom andamento deste estudo, desde o processo de seleção até a conclusão do curso de doutorado.

Ao CNPq pela concessão da bolsa para o desenvolvimento desta tese.

Deixo meu abraço e gratidão à Carmen, Kátia e Jorge, da GerAção-POA; à Marta, Rosemary, Karina, Clarismundo, Mariza, Bruna, Rosário, Jefferson, da Suricato; à Maria de Lourdes, da COOPCAPS; à Iracema Polidoro, da APACOJUM; ao Décio, da Coordenação de Saúde Mental de São Bernardo do Campo-SP; e ao Tadashi, do Núcleo de Economia Solidária da prefeitura de São Bernardo do Campo-SP.

Agradeço aos cooperados da Martin Pescatori (Bolonha-Itália): Patricia Bugale, Rita Alberti, E. Di Tomaso, Marco Lambartini, Mauro Corona e Debora Calabrese. Ao Dr. Francesco Ripa di Meana, Diretor Azienda Sanitaria de Bologna, e ao Dr. Angelo Fioritti, Diretor do Dpto de Saúde Mental de Bolonha.

Aos cooperados da Lavoratori Uniti Franco Basaglia (Trieste-Itália): Cláudia Rolando, Donatella Grison, Luisa Russo e Giuseppe Altieri. Aos cooperados da Posto Del Fragoli que trabalham no Hotel Tritone, local onde fiquei hospedada nas duas visitas às cooperativas sociais de Trieste. Às cooperadas da La Colina: Stefania Grimaldi e Lara Lussi. À Isabel Marin do Departamento de Saúde Mental de Trieste.

À equipe da ATSMAD/MS, em especial a Milena Pacheco e Cláudio Barreiros, pelas informações e dados sobre a PNSMAD/MS, e a Roberto Tycanori pela gentileza e generosidade em compartilhar suas memórias e reflexões sobre a Reforma Psiquiátrica italiana e o fenômeno das cooperativas sociais em Trieste.

A toda equipe SENAES, especialmente aos amigos Fábio Sanchez, Maurício Sardá, Valmor Schiochet e Maria José Fernandes e ao querido mestre professor Paul Singer.

Agradeço imensamente as contribuições de Gonçalo Guimarães, da ITCP/COPPE/UFRJ, pelas entrevistas e pela disponibilidade em me ajudar com reflexões importantes para este estudo.

A Pedro Gabriel Delgado pela aula sobre reforma psiquiátrica que me deu durante sua entrevista à tese e pelos anos de convivência quando fiz parte de sua equipe como assessora técnica no Ministério da Saúde. Agradeço mais uma vez por ter me apresentado ao campo da economia solidária.

À Secretaria-Geral da Presidência da República, através do Programa Brasil Próximo, pela chance de conhecer as cooperativas sociais italianas. E ao governo da Região da Emilia Romagna por permitir voltar à Bolonha e à Trieste para uma visita de estudos. E especialmente à Cristina Sampaio que tornou concretas as duas missões.

Aproveito para agradecer a gentileza e atenção de Cláudia Ehrenfreund e Giancarlo Carena que foram mais que cicerones durante a visita de estudos realizada em 2013 à Trieste. E a Giuseppe Silvestre e Sara D'Atorre, da equipe técnica do governo da Região da Emilia Romagna, e à Roberta Pires que nos acompanhou como intérprete nas visitas às cooperativas de Bolonha também em 2013.

Aos companheiros e companheiras que compuseram o grupo brasileiro da missão de 2013 à Itália: Valmor Schiochet, Cláudio Barreiros, Angela Schwengber e Vera Lucia de Oliveira. E aos amigos que fizemos por lá os pesquisadores Hernani Dias e Áquila Bruno, bolsistas do Programa brasileiro Ciência sem Fronteiras.

À Adalayne Lisboa, cunhada querida e irmã de coração, por ter me acolhido em sua casa nas ocasiões em que estive em Brasília por conta da tese. E à família Maldonado por ter me recebido com tanto carinho no trânsito da Amazônia à Itália via Bogotá-CO, especialmente aos amigos Juan, Maria Eugenia e Pilar.

Às amigas Elizabete Bonavigo e Priscila Bogéa por terem imprimido a tese e entregue aos membros da banca, respectivamente, em Brasília e no Rio de Janeiro.

À amiga Leda Sampson que, como na dissertação de mestrado, traduziu o resumo da tese para o inglês.

À Vânia Otero pelo cuidado constante, mesmo à distância.

Pelos suportes emocional, físico e espiritual, imprescindíveis durante a elaboração da tese, agradeço à Dora Ramirez e aos amigos e amigas do SelvAngola (Grupo de Estudos Nzinga-Letícia-CO).

Ao meu companheiro Adailton, pelas aulas de capoeira, pelas orientações de plantão, pelo apoio incondicional, pela disponibilidade, pelo carinho, pelo amor. Aos nossos filhos Akin e Ravi, com a esperança de que tenham a oportunidade de viver num mundo mais solidário e afeto às diferenças.

SUMÁRIO

RESUMO	XI
ABSTRACT	XII
RESUMÉ	XIII
LISTA DE QUADROS	XIV
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	XV

INTRODUÇÃO | 19

CAPÍTULO I

1. REFORMAS PSIQUIÁTRICAS, MOVIMENTO ANTIMANICOMIAL E POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL | 25

1.1 História e memória | 25

1.1.1 A emergência do movimento de Reforma Psiquiátrica Antimanicomial | 35

1.2 O campo da saúde mental | 44

1.2.1 Tendências dentro do Movimento Antimanicomial | 48

1.2.2 As Conferências Nacionais de Saúde Mental | 55

1.3 Saúde Mental como Política Pública Nacional | 62

CAPÍTULO II

2. SAÚDE MENTAL E PROCESSOS DE RESIGNIFICAÇÃO DO TRABALHO | 69

2.1 Centralidade do *trabalho* | 68

2.2 Saúde Mental e *Trabalho* | 76

2.2.1 Clínica do Sujeito, clínica ampliada e clínica psicossocial | 77

2.2.2 Reabilitação Psicossocial e Trabalho | 82

2.3 Resignificando o *trabalho* | 91

2.3.1 Cooperativismo Social | 93

2.3.2 Cooperativismo Popular | 99

2.3.3 Economia Solidária | 113

CAPÍTULO III

3. SAÚDE MENTAL, ECONOMIA SOLIDÁRIA E POLÍTICAS PÚBLICAS | 119

3.1 Trabalho como pauta da PNSMAD/MS | 120

3.1.1 Oficina de Experiências de Geração de Renda e Trabalho de Usuários de Serviços de Saúde Mental | 121

3.1.2 Grupo de Trabalho Saúde Mental e Economia Solidária | 139

3.1.3 Turma Nacional de Formação em Economia Solidária e seus desdobramentos | 156

3.2 Saúde mental e trabalho nas agendas do Ministério do Trabalho e Emprego e da Presidência da República | 163

3.2.1 SENAES/MTE | 164

3.2.2 Programa Brasil Próximo/Presidência da República | 169

3.3 Reconhecimento como forma de enfrentamento a injustiças sociais | 175

CAPÍTULO IV

4. COOPERATIVISMO SOCIAL E POLÍTICAS PÚBLICAS | 186

4.1 I Conferência Temática de Cooperativismo Social | 186

4.1.1 As resoluções da Conferência Temática de Cooperativismo Social | 196

4.1.2 Reflexos da Conferência Temática na II CONAES e na IV CNSM | 199

4.2 II Encontro Nacional de Experiências de Geração de Trabalho e Renda da Saúde Mental: rumo ao Cooperativismo Social | 209

4.3 Mudanças no SUS e seus reflexos na PNSMAD | 224

4.4 PRONACOOP SOCIAL | 229

4.5 A Política e seus desdobramentos | 236

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 260

6. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA | 267

ANEXOS

Anexo 1. Lei nº 9.867, de 10 de novembro de 1999. | 281

Anexo 2. Portaria Interministerial nº 353, de 7 de março de 2005. | 283

Anexo 3. Portaria nº 1.169, de 7 de julho de 2005. | 285

Anexo 4. Resoluções da I Conferência Temática de Cooperativismo Social. | 288

Anexo 5. Resoluções sobre saúde mental e cooperativismo social no documento final da II Conaes e Resoluções sobre trabalho, cooperativismo social e economia solidária no documento final da IV CNSM- Intersetorial. | 292

Anexo 6. Minuta do Decreto que institui o Programa Nacional de Apoio ao Cooperativismo Social. | 298

Anexo 7. Portaria nº 132, de 26 de janeiro de 2012 | 302

Anexo 8. Decreto nº 8.163, de 20 de dezembro de 2013. | 305

Anexo 9. Quadro 9. Eventos do governo federal que abordam o tema da inserção laboral de usuários de serviços de saúde mental e seus desdobramentos em relação à constituição de conceitos, referências jurídicas e políticas públicas. | 308

RESUMO

SAÚDE MENTAL, ECONOMIA SOLIDÁRIA E COOPERATIVISMO SOCIAL

Políticas públicas de reconhecimento e acesso ao trabalho (2004-2013)

Rita de Cássia Andrade Martins

Orientadora: Prof^a. Dr^a Christiane Girard Ferreira Nunes

Este estudo analisa o processo de construção da Política de Saúde Mental e Economia Solidária e sua implementação, processo que se confunde com a constituição do cooperativismo social como campo no contexto brasileiro. O processo de construção da Política envolve a emergência de referências conceituais sobre inserção laboral e cooperativismo social, de referenciais jurídicos e de políticas públicas acerca da inserção laboral de pessoas com transtorno mental. Esses três elementos estão em diálogo e interface constantes, imersos numa dinâmica animada por agentes sociais, da sociedade civil e do poder público, num plano configurado por debates e acordos, mas também por disputas. Buscou-se analisar a Política a partir de eventos que reunissem diferentes agentes de seu processo de construção, onde a interação entre esses agentes pudesse ser objeto de estudo através dos discursos proferidos, dos resultados desses eventos e de seus desdobramentos. As perguntas que nortearam a pesquisa tiveram como foco compreender como as relações estabelecidas entre agentes do poder público e organizações da sociedade civil interferiram no processo de construção da política e em seus desdobramentos. Tendo em vista esse contexto, como as demandas do movimento antimanicomial, notadamente dos usuários de serviços de saúde mental, em torno do tema da inserção laboral, foram traduzidas em políticas públicas? Como se deu o processo de construção da Política e quais agentes compuseram esse processo? Em torno de quais questões foram estabelecidos consensos, impasses e conflitos? Quais fatores contribuíram para estabelecer certas concepções e arranjos na definição das estratégias de ação da Política e na definição de uma agenda pública? No que diz respeito à metodologia utilizada na pesquisa foi feita a opção por um conjunto de métodos e técnicas que reuniu observação participante, entrevistas semi-estruturadas, aplicação de questionários e análise documental. Os resultados do estudo apontam para uma Política de reconhecimento que permitiu a constituição de bases sociais para a emergência de um cooperativismo social à moda brasileira, que preserva suas origens junto à experiência triestina, em diálogo com o cooperativismo popular, mas integrado à economia solidária e às peculiaridades do cenário nacional. A interação entre agentes da saúde mental e da economia solidária, e a interseção entre os dois campos, não se restringe à afirmação identitária ou ao acesso à renda, mas, sobretudo, à conquista e garantia dos direitos humanos dessa população.

Palavras-chave:

Saúde mental, economia solidária, cooperativismo social trabalho e políticas públicas.

ABSTRACT

MENTAL HEALTH, SOLIDARITY ECONOMY AND SOCIAL COOPERATIVISM

Public Policies for Awareness and Access to Work (2004-2013)

Rita de Cássia Andrade Martins

Supervisor: Christiane Girard Ferreira Nunes

This work analyses the process that led to the constitution of Public Policies for Mental Health and Solidarity Economy and their implementation, a process that cannot be dissociated from the appearance of social cooperativism as a field of study in the Brazilian context. The development of this Policy involves the rise of theoretical references about labor placement and social cooperativism, as well as juridical frameworks and policies related to labor placement of people who suffer from mental disorders. These three elements are in constant dialogue and share a common interface, embedded in a dynamic process led by social agents, by the civil society and by the government, where debates and deals play an important role, but conflicts are also present. This work aims to analyse the constitution of this Policy based on events that unite different agents and where the interaction between the actors could be studied, be it by means of given speeches, or results achieved by these events and their implications. The questions asked here were devised to help understand how the relations established between public agents and the civil society interfered on the constitution of this Policy and what were its implications. Having this context in mind we ask: how did the demands of the antimanicomial movement, especially for users of mental health services, when it comes to labor placement, were dealt with in the public policy agenda? How was the Policy constructed and who were the agents responsible? Which questions gave rise to consensus, dilemmas and conflicts? Which factors contributed to establish certain frameworks and arrangements that defined the action strategies to be followed and the public agenda to be implemented? The methodology used in this work was based on a set of methods and techniques that bring together observations, semi-structured interviews, questionnaires and document analysis. The results found here point to a Policy of awareness that allows the constitution of a social basis that stimulates the appearance of a Brazilian type of social cooperativism, that keeps its origins on the Trieste experience, communicates with popular cooperativism, but is integrated with solidarity economy and the peculiarities of the national scenario. The interaction between agents of the mental health service and solidarity economy, and the interplay between these two fields is not restricted to identity affirmation issues or broader access of income, but mostly to assuring human rights to this population.

Keywords: mental health, solidarity economy, social cooperativism, work, public policies.

RESUMÉ

SANTÉ MENTALE, ECONOMIE SOLIDAIRE E COOPERATIVISME SOCIAL

Politiques publiques de reconnaissance et d'accès au travail (2004-2013)

Rita de Cássia Andrade Martins

Directrice de thèse : Christiane Girard Ferreira Nunes

Cette recherche analyse Le processus de construction de politique de santé mentale et d'Économie Solidaire et son implantation, processus qui se confond avec la constitution du coopérativisme social en tant que champ dans Le contexte brésilien. Le processus de construction de la politique implique l'émergence de références conceptuelles sur l'insertion par le travail, le coopérativisme social, des références juridiques et de politiques publiques dans ce qui se refere à l'insertion au travail pour les personnes ayant des problèmes mentaux. Ces trois éléments dialoguent et sont em interaction constante, pris dans une dynamique animée par des acteurs sociaux, la société civile, et le pouvoir publique, sur un plan configuré par des accords mais aussi des disputes. Nous avons cherché à analiser la politique à partir d'événements qui réunissent diférents acteurs dans ce processus de construction, ou les interactions entre ces agents puissent être l'objet d'études à travers les discours proférés, les résultats de ces événements et leurs impacts. Les questions qui ont orienté la recherche ont été élaborées pour comprendre comment les relations établies entre les agents du pouvoir publique et les organisations de la société ont interferé dans le processus de construction des politiques et dans leurs résultats et impacts. Dans ce contexte, nous nous posons la question de découvrir quelle est la manière dont les demandes du mouvement antimanicomial se traduisent em politiques publiques, principalement celles qui se destinent aux utilisateurs des services de santé mentale, autour du thème de l'insertion par le travail? Comment s'est fait le processus de construction de la polique et quels acteurs ont participé à ce processus? Autour de quelles questions ont été établit des consensus, des impasses et des conflits? Quels facteurs ont contribué à établir certaines conceptions et arrangements dans la définitions des statégies de l'action politique et dans la définition d'um calendrier publique? Dans ce qui se refere à la méthodologie utilisée dans la recherche, Il a été fait une option d'un ensemble de méthodes et de techniques qui réunissent: observations participante, entretiens semi-structurés, application de questionnaires et analyse de documents. Les résultats de cette recherche indique une politique de reconnaissance qui a permis la constitution de bases sociales pour l'émergence d'um cooperativisme social à la mode brésilienne, qui preserve les expériences de Trieste, en dialogue avec um cooperativisme populaire plus integré à l'Économie Solidaire et aux particularités de l'espace nationale. L'interaction entre les acteurs de la santé mentale et de l'Économie Solidaire, et l'intersection entre les deux champs ne se restreint pas à l'affirmation identitaire ou à l'accès au revenu mais surtout à la conquête de la garantie des droits humains de cette population.

Mots clés: Santé Mentale, Économie Solidaire, Cooperativisme social travail et politiques publiques.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Hospitais Psiquiátricos por localização e ano de fundação (1852-1905).

Quadro 2. Relatos sobre o Hospital de Barbacena (década de 1970).

Quadro 3. Coordenadores e vice-coordenadores da ATSMAD/MS.

Quadro 4. Plano de trabalho interministerial para inserção laboral de pessoas com transtornos mentais e/ou transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

Quadro 5. Chamadas com recursos da Portaria GM 1.169/2005.

Quadro 6. Série Histórica. Incentivo financeiro repassado pelo Ministério da Saúde para investimento em iniciativas de inclusão social pelo trabalho de 2005 a 2010. Recursos provenientes da Portaria nº1.169/2005.

Quadro 7. Termos utilizados nas resoluções sobre trabalho da IV CNSM para fazer referência às iniciativas de geração de renda de usuários de saúde mental.

Quadro 8. Chamadas - Portarias GM nº 3.088/2011 e nº132/2012.

Quadro 9. Eventos do governo federal que abordam o tema da inserção laboral de usuários de serviços de saúde mental e seus desdobramentos em relação à constituição de conceitos, referências jurídicas e políticas públicas.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAFRENT - Associação de Apoio às Frentes de Trabalho Alternativas

ABICRED - Associação Brasileira de Instituições de Micro-Crédito

ABORDA – Associação Brasileira de Redutores de Danos

ABP - Associação Brasileira de Psiquiatria

Abrasco – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

ACI - Aliança Cooperativa Internacional

ADS/CUT - Agência de Desenvolvimento Solidário da Central Única dos Trabalhadores

AFDM - Associação de Familiares de Doentes Mentais

AIH - Autorização de Internação Hospitalar

ANTEAG - Associação Nacional dos Trabalhadores em Empresas de Autogestão e Participação Acionária

ANPROTEC – Associação Nacional de Entidades Promotoras de Empreendimentos Inovadores

AMA´s – Associação de Amigos dos Autistas

APACOJUM - Associação de Pacientes e Amigos da Colônia Juliano Moreira

ATSMAD - Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas

BPC - Benefício de Prestação Continuada

CAIS – Centro de Atenção Integral à Saúde

Caps - Centro de Atenção Psicossocial

Caps ad - Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e outras Drogas

Caps i - Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil

Cebes – Centro Brasileiro de Estudos em Saúde

CFM - Conselho Federal de Medicina

CFP - Conselho Federal de Psicologia

CID – Código Internacional de Doenças

CIF - Código Internacional de Funcionalidade

CISM - Comissão Intersetorial de Saúde Mental

CIST - Cadastro de Iniciativas de Inclusão Social pelo Trabalho

CLU - Cooperativa Lavoratori Uniti Franco Basaglia

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CNSM - Conferência Nacional de Saúde Mental

COHAB - Companhia de Habitação da Baixada Santista

Conaes – Conferência Nacional de Economia Solidária

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CONFFITO - Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional

COOPCAPS – Cooperativa Social do Centro de Atenção Psicossocial

COOPEACRE - Cooperativa Extrativista do Acre

COPPE - Instituto Alberto Luiz Coimbra de Pós-Graduação e Pesquisa de Engenharia

COOPETEC - Fundação Coordenação de Projetos, Pesquisas e Estudos Tecnológicos

COOPERESO - Cooperativa de Egressos do Sistema Penitenciário de Santa Rosa-RS

CVVs - Centros de Valorização da Vida

DEPEN/MJ - Departamento Penitenciário Nacional

DIEESSE – Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos

Dinsam - Divisão Nacional de Saúde Mental

DRT – Delegacia Regional do Trabalho

FASE - Federação de Órgãos para a Assistência Social e Educacional

FAT - Fundo de Amparo ao Trabalhador

FBB - Fundação Banco do Brasil

FBH - Federação Brasileira de Hospitais

FINEP – Financiadora de Estudos e Projetos

FBES - Fórum Nacional de Economia Solidária

GT – Grupo de Trabalho

IBASE - Instituto Brasileiro de Análises Socioeconômicas

IFB - Instituto Franco Basaglia

INSS - Instituto Nacional de Seguridade Social

Intcoop/UFJF - Incubadora Tecnológica de Cooperativas da Universidade Federal de Juiz de Fora

IPUB – Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil

ITCP – Incubadora Tecnológica de Cooperativas Populares

LBHM - Liga Brasileira de Higiene Mental

MAPA - Ministério da Agricultura e Pecuária

MDS – Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome

MF – Ministério da Fazenda

MJ – Ministério da Justiça

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

MNLA – Movimento Nacional de Luta Antimanicomial

MS – Ministério da Saúde

MTE – Ministério do Trabalho e Emprego

MTSM - Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental

NEA/UFRGS – Núcleo de Economia Alternativa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

NUSAMT/SETRAB-RJ - Núcleo de Saúde Mental e Trabalho da Secretaria de Trabalho do governo estado do Rio de Janeiro

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização Não-Governamental

OPAS - Organização Pan-americana de Saúde

PACS - Políticas Alternativas para o Cone Sul

PlanSeQ Ecosol - Plano Setorial de Qualificação Social e Profissional em Economia Solidária

PNQ - Plano Nacional de Qualificação

PNSMAD/MS – Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde

PNASH - Psiquiatria - Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares

PRONINC - Programa Nacional de Apoio às Incubadoras de Cooperativas

PPA - Plano Pluri Anual

PT – Partido dos Trabalhadores

PVC – Programa De Volta pra Casa

RENILA – Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial

RBSES - Rede Brasileira de Socioeconomia Solidária

Sebrae - Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas

SDH – Secretaria de Direitos Humanos

SENAES - Secretaria Nacional de Economia Solidária

Sesp - Sociedade Eugênica de São Paulo

SGPR – Secretaria-Geral da Presidência da República

SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais
SIES – Sistema de Informação da Economia Solidária
SMIC – Secretaria Municipal de Indústria e Comércio
SPPE/MTE - Secretaria de Políticas Públicas para Emprego
SRT - Serviço Residencial Terapêutico
SRT – Superintendência Regional do Trabalho
STOR - Seção de Terapêutica Ocupacional e Reabilitação
SUS – Sistema Único de Saúde
SUAS – Sistema Único de Assistência Social
UFC - Universidade Federal do Ceará
UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro
Unisol BRASIL – Central de Cooperativas e Empreendimentos Solidários
UNITRABALHO – Fundação Interuniversitária de Estudos e Pesquisas sobre Trabalho

INTRODUÇÃO

A reforma psiquiátrica antimanicomial e a economia solidária nasceram de mobilizações sociais ocorridas durante o processo de redemocratização do Brasil, ambas apresentam na origem de seus movimentos sociais a luta de trabalhadores no enfrentamento a injustiças sociais. A primeira emerge como forma de enfrentamento às condições de trabalho dentro dos manicômios, revelando a situação de abandono e descaso com as pessoas internadas naquelas instituições; e a segunda tem suas primeiras manifestações em iniciativas de trabalhadores excluídos do mercado formal na busca pelo acesso à renda e a uma outra forma de se relacionar com o universo da economia através do trabalho coletivo.

A reforma psiquiátrica antimanicomial tornou-se política pública durante a década de 1990, precedida pela criação do SUS, em 1988, quando passou a compor a pauta do Ministério da Saúde. Passados mais de 20 anos, a reforma psiquiátrica no Brasil está consolidada enquanto marco ético político e ideológico. A economia solidária conquistou espaço no governo federal em 2003, com a criação da Secretaria Nacional de Economia Solidária. Este fato foi resultado do compromisso estabelecido por Luis Inácio Lula da Silva durante o Fórum Social Mundial, ainda enquanto candidato à eleição presidencial de 2002.

O reforma psiquiátrica no Brasil teve início com a luta de trabalhadores e seguiu tendo o *trabalho* como pauta importante no questionamento à lógica vigente nos manicômios, estruturada a partir da atividade dos internos, visando à domesticação de seus corpos e o silenciamento de suas almas. Práticas de trabalho que se sustentavam em jogos de poder assentados em hierarquizações entre os próprios pacientes, às vezes como castigo, outras como meio de adquirir pequenas regalias dentro da instituição. Essa situação perdurou como hegemônica até meados da década de 1980, quando se intensificaram as denúncias de violência e maus-tratos nos hospitais psiquiátricos e quando surgiram as primeiras experiências locais de reforma da atenção psiquiátrica a partir de um viés antimanicomial.

Já na década de 1990 emergiram as primeiras iniciativas de trabalho com usuários de serviços de saúde mental sob a influência da experiência italiana de cooperativas sociais, em especial da província de Trieste, e em diálogo com o cooperativismo popular, como no caso de Santos-SP. No interior dos debates em torno da lei de reforma psiquiátrica foi publicada, em 1999, a lei de cooperativas sociais, marco legal e simbólico do direito ao trabalho de pessoas com transtorno mental.

O avanço da reforma psiquiátrica tem demandado acesso a outros direitos além da saúde. Esse quadro vem tornando possível que reivindicações como de direito ao *trabalho* e acesso à *cultura* passassem integrar a ação do poder público, em resposta aos apelos da sociedade civil organizada. As conferências nacionais de saúde mental são exemplares nesse quesito, pois apontam diretrizes da política e a necessidade de aprimoramento e expansão dos serviços de saúde mental, tanto quanto da atenção oferecida por esses serviços aos usuários.

O *trabalho* dos usuários como direito de cidadania está em processo de consolidação no campo da saúde de mental e conta com apoio importante da economia solidária. Esta última tem oferecido ao campo da saúde mental chaves conceituais e experiências cotidianas, e estas têm permitido encontrar algumas saídas práticas aos impasses vivenciados pelos grupos de geração de renda e pela própria Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (PNSMAD).

A economia solidária apareceu pela primeira vez como conceito na política da saúde mental em uma resolução da III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2001. O que demonstra que, já naquela época, havia iniciativas de articulação local entre saúde mental e economia solidária. Este conceito foi incorporado à agenda do governo federal em 2004, quando ocorreu a Oficina Nacional de Experiências de Geração de Renda e Trabalho de Usuários de Serviços de Saúde Mental, sob o lema “Saúde Mental e Economia Solidária: Inclusão Social Pelo Trabalho”. Esse evento tornou-se marco na medida em que instaurou um espaço de trocas entre sociedade civil e agentes públicos, da saúde mental e da economia solidária, para construção coletiva de uma proposta de articulação entre as duas áreas. Uma sequência de eventos sucedeu a Oficina Nacional, cada um deles parte integrante da tecitura de ações que reunidas compõem a Política de Saúde Mental e Economia Solidária.

Este estudo tem como objetivo principal analisar o processo de construção da Política de Saúde Mental e Economia Solidária e seus desdobramentos. Processo este que se confunde com a constituição do cooperativismo social como campo no contexto brasileiro. A construção da Política foi analisada a partir da emergência de referências conceituais sobre inserção laboral e cooperativismo social, de referenciais jurídicos e de políticas públicas acerca da inserção laboral de pessoas com transtorno mental. Esses três aspectos do processo de construção da Política estão em diálogo e interface constantes, animados por agentes sociais, da sociedade civil e do poder público, num plano configurado por debates e consensos, mas também por disputas.

Sob a influência da teoria foucaultiana, buscou-se analisar o processo de construção da Política a partir de eventos que contassem com a participação de diferentes agentes, onde a interação entre esses agentes pudesse ser objeto de estudo através dos discursos proferidos, dos resultados desses eventos e de seus desdobramentos. As perguntas que nortearam a pesquisa tiveram como foco compreender como as relações estabelecidas entre agentes do poder público e organizações da sociedade civil interferiram no processo de construção da política e em sua aplicação.

Tendo em vista esse contexto, como as demandas do movimento antimanicomial, notadamente dos usuários de serviços de saúde mental, em torno do tema da inserção laboral, foram traduzidas em políticas públicas? Como se deu o processo de construção da Política e quais agentes compuseram esse processo? Em torno de quais questões foram estabelecidos consensos, impasses e conflitos? Quais fatores contribuíram para estabelecer certas concepções e arranjos na definição das estratégias de ação da Política e na definição de uma agenda pública?

No que diz respeito à metodologia utilizada na pesquisa foi feita a opção por um conjunto de métodos e técnicas que reuniu observação participante, entrevistas semi-estruturadas, aplicação de questionários e análise documental. Foram entrevistados gestores da PNSMAD/MS e da SENAES/MTE, bem como atores da sociedade civil que participaram da política, com objetivo de compreender concepções desses agentes sobre a própria política e temas afins (categoria trabalho, lei de cooperativas sociais, etc.). Com esta mesma finalidade foi aplicado um questionário a gestores municipais e estaduais da PNSMAD.

Apesar das dificuldades impostas pelo fato da autora ter passado a residir no interior do Amazonas durante o processo de pesquisa, o apoio da ATSMAD, da SENAES e da secretaria executiva do Programa Brasil Próximo, na disponibilidade de dados e informações, foi decisiva. Cabe pontuar ainda que, mesmo à distância, foi mantido contato não só com essas áreas técnicas do governo federal, mas também com referências ligadas a experiências locais. Agregou-se ainda uma quantidade expressiva de material coletado durante reuniões, viagens e outros eventos nos períodos em que a autora da tese trabalhou como assessora técnica da ATSMAD/MS e como consultora da SENAES. Como pesquisadora, a autora teve a oportunidade de ministrar cursos em diferentes regiões do país voltados às redes de saúde mental sobre o tema da inserção laboral e da economia solidária. Nessas ocasiões houve contato com profissionais de saúde, usuários, familiares e gestores. Em alguns casos, houve a chance de realizar visitas a experiências locais. Vale citar ainda visitas feitas a experiências de cooperativismo social na Itália: a primeira em 2009, quando foram visitadas cooperativas em Pesaro, Bolonha e Trieste; a segunda em 2013, quando foi realizada visita de estudos a experiências em Bolonha e Trieste.

O material coletado por meio de observação participante tem como vantagem o fato de permitir verificar as dinâmicas entre os diferentes agentes sem a interferência inerente às entrevistas que por si se configuram leituras predeterminadas pela ótica de agentes específicos. Parte significativa das informações coletadas perde seu potencial informativo quando o material analisado está restrito a documentos oficiais da Política. Desta forma, ao utilizar informações provenientes da observação participante junto àquelas obtidas através de entrevistas foi possível captar diferentes interpretações sobre o processo estudado. Além disso, o fato de atuar profissionalmente e enquanto militante no campo estudado permitiu que fossem feitas consultas diretas aos agentes envolvidos quando houve necessidade de aprofundar alguma questão, sanar alguma dúvida ou complementar algum dado ou informação.

A tese foi organizada em quatro capítulos, mais uma síntese geral e as considerações finais. O primeiro capítulo retoma alguns pontos do processo de reforma psiquiátrica brasileira, buscando localizar atores e discursos sobre a loucura até a constituição de um movimento de cunho antimanicomial. Esta seção da tese tem por objetivo apresentar o contexto em que se inserem as mudanças na assistência psiquiátrica

permitindo a emergência de outras formas de lidar com a loucura, aproximando-se cada vez mais de uma concepção referenciada no reconhecimento da diferença e na busca por equidade. Essas mudanças e a maneira que foram dispostas teceram progressivamente o campo da saúde mental a partir da interação de diferentes agentes sociais. Destacam-se aí a criação do Movimento da Luta Antimanicomial e das primeiras organizações de usuários de saúde mental e de seus familiares. Como um dos resultados dessa dinâmica de interações, o capítulo apresenta ainda o processo de constituição de uma política de saúde mental de viés antimanicomial.

O segundo capítulo introduz o debate sobre a questão da centralidade do trabalho no contexto geral e desenvolve esta discussão especificamente no campo da saúde mental, com foco nos sentidos atribuídos ao trabalho da pessoa com transtorno mental. Parte-se da premissa que as diferentes leituras e aplicações do trabalho na história da psiquiatria, nas diferentes reformas psiquiátricas, estão relacionadas às diferentes concepções sobre loucura e sobre como lidar com esse fenômeno. O capítulo busca localizar como vem se constituindo os debates em torno da categoria trabalho dentro do contexto da clínica da reforma psiquiátrica antimanicomial, como proposta que se manifesta a partir da noção de Reabilitação Psicossocial. A resignificação dos sentidos atribuídos ao trabalho de pessoas com transtorno mental é tratada por meio da interação com agentes, discursos e percepções correspondentes ao cooperativismo social triestino, ao cooperativismo popular e à economia solidária.

O terceiro capítulo apresenta as primeiras interfaces da saúde mental com a economia solidária na esfera das políticas públicas. Optou-se por abordar essa interface a partir de eventos promovidos pelo governo federal, compreendendo esses eventos como espaços de interação de agentes do poder público e da sociedade civil dos campos da saúde mental e da economia solidária. Priorizou-se nessa dinâmica a identidade desses agentes em interação, os discursos produzidos a partir dessas interações e o que foi disseminado como resultado oficial desse processo.

O estudo identifica dois momentos no percurso de construção da interface entre saúde mental e economia solidária como política pública. O primeiro que vai das primeiras articulações entre os dois campos no âmbito do governo federal, até meados de 2010, quando a Política de Saúde Mental e Economia Solidária passa a redefinir seus termos a

partir da noção de cooperativismo social. Este segundo momento, foco do quarto capítulo, revela a emergência de uma nova política, sob a chancela de um cooperativismo social com características peculiares ao cenário nacional.

O quarto capítulo apresenta os desdobramentos da Política de Saúde Mental e Economia Solidária com a emergência do Cooperativismo Social como proposta intersetorial, agregando outras áreas do governo federal e da sociedade civil. A Política foi analisada a partir dos conceitos de reconhecimento e redistribuição. Neste último capítulo e nas considerações finais são tecidas análises sobre o processo estudado ao longo da tese, à luz do material utilizado, das experiências como observadora participante do campo e do diálogo com outros autores.

CAPÍTULO I

1. REFORMAS PSIQUIÁTRICAS, MOVIMENTO ANTIMANICOMIAL E POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL

Este capítulo contextualiza a discussão desenvolvida na tese, a partir de duas dimensões que servem de pano de fundo para as análises que serão empreendidas ao longo do estudo. A primeira dimensão diz respeito às reformas psiquiátricas, com ênfase na organização da sociedade civil e na emergência de um movimento social antimanicomial. A segunda dimensão trata da construção de uma Política Nacional de Saúde Mental, fruto do diálogo/confronto entre Estado e sociedade civil organizada.

Primeiro foi elaborado um resgate histórico que remonta diferentes momentos da assistência psiquiátrica no Brasil, desde o primeiro hospital psiquiátrico, criado por Pedro II em 1856, na capital do império; até as mobilizações dos trabalhadores em saúde mental, na virada da década de 1970 para os anos 80. A proposta deste resgate é trazer uma perspectiva processual ao relato sobre a assistência psiquiátrica no país, com destaque para a relação entre sociedade civil organizada e poder público e para a formação do Movimento Antimanicomial.

A segunda seção deste capítulo apresenta o campo da saúde mental e a diversidade de atores e organizações sociais que compõem este campo. São apresentadas as conferências nacionais de saúde mental e os pontos principais trazidos em cada uma delas.

A terceira e última seção do capítulo traz a Política Nacional de Saúde Mental, desde a criação da primeira coordenação nacional de saúde mental do Ministério da Saúde, em 1991, até os dias atuais, com destaque para ações que marcaram diferentes momentos do processo de construção dessa política.

1.1 História e memória

A primeira Sociedade de Medicina brasileira foi fundada no Rio de Janeiro, em 1829, vinte anos depois da chegada da Corte portuguesa ao Brasil. No ano seguinte a sua

fundação, a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro realizou um levantamento da situação calamitosa dos loucos na cidade, que passam a ser considerados como doentes mentais e, por isso, necessitam de um lugar próprio para tratamento e reclusão. Em 1931 foi criada a Sociedade Brasileira de Medicina. Neste mesmo ano, o Dr. José Martins da Cruz Jobim, um dos pioneiros da psiquiatria no Brasil, publicou o texto *Insânia Loquaz*, o primeiro escrito sobre doenças mentais no Brasil. Em 1935, Cruz Jobim proferiu um discurso na Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro denunciando a insalubridade dos porões da Santa Casa da Misericórdia e as péssimas condições em que viviam os loucos na capital do império.

Com a superlotação da Santa Casa de Misericórdia e influenciado pelas denúncias de maus tratos que fervilhavam na época, o imperador D. Pedro II inaugurou em 1852 o primeiro hospital psiquiátrico do Brasil. Apesar das denúncias contra a Santa Casa, o hospício Pedro II nasceu articulado a esta instituição religiosa católica. O hospício tinha capacidade para acolher 350 pessoas, em sua inauguração já abrigava 143 pacientes. Um ano depois, o Palácio dos Loucos, como era conhecido popularmente, havia chegado a sua lotação máxima (MORAES, s/d).

Conforme documentos de época (MARTINS, 2009:178-179), o hospital recebia todo tipo de gente, mas havia espaços específicos com serviços diferenciados reservados a pacientes pagantes, chamados de pensionistas. Os não pagantes deviam exercer atividades laborais e contribuir com a manutenção da instituição psiquiátrica, traçando uma linha divisória determinada pela classe social dos internos, realidade que resistirá até meados dos anos 1950. Questões relacionadas à raça, subsidiadas pelas ideias eugenistas, também influenciaram as decisões sob o futuro de quem era internado e de como seria tratado dentro do manicômio. Essa discussão será apresentada mais adiante nesta mesma seção.

Em 1881 foi criada a cadeira de Doenças Nervosas e Mentais nas Faculdades de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro. No ano seguinte, foi publicada a lei nº 3.141/1882 que dispôs sobre a execução do ensino de Psiquiatria no Brasil. Em 1883 foi realizado o primeiro concurso público para a Cátedra de Psiquiatria da Universidade do Brasil. O médico psiquiatra João Carlos Teixeira Brandão assumiu a cátedra, estabelecendo-se o ensino regular dessa disciplina no país. Três anos depois Teixeira Brandão foi nomeado diretor do Hospício Pedro II que, em 1890, foi desvinculado da Santa Casa de Misericórdia e renomeado como Hospício Nacional dos Alienados. Neste mesmo ano foi criada a

primeira Escola de Enfermeiros e Enfermeiras do país buscando responder à demanda por profissionais na assistência psiquiátrica, antes aos cuidados das irmãs de caridade ligadas à Santa Casa de Misericórdia.

Além de médico, Teixeira Brandão era deputado, ele foi o responsável pela Lei de Assistência aos Alienados, de 1903, primeira lei brasileira específica sobre alienados e alienação mental¹ no país.

Esta lei faz do hospício o único lugar apto a receber loucos, subordina sua internação ao parecer médico, estabelece a guarda provisória dos bens do alienado, determina a declaração dos loucos que estão sendo tratados em domicílio, regulamenta a posição central da psiquiatria no interior do hospício. (...) Esta lei faz do psiquiatra a maior autoridade sobre a loucura, nacional e publicamente reconhecida (MACHADO et al, 1978:484, apud COSTA-ROSA & DEVERA, 2007:3).

Apesar da autoridade sobre a loucura migrar da religião para a medicina, de forma alguma o poder da Igreja foi suprimido, resistindo, inclusive, à chegada da república. O saber médico tornou-se porta-voz da loucura, reunindo tamanha força que seu discurso passa de prática de intervenção à lei. Esse poder atribuído ao discurso médico estava embasado nas experiências e relatos vindos da Europa, bem como pela recém criada psiquiatria.

Quadro 1. Hospitais Psiquiátricos por localização e ano de fundação (1852-1905)

Província/Estado	Ano	Estabelecimento (município)
Rio de Janeiro	1852 1878 1890	Hospício de Pedro II (Rio de Janeiro) Enfermaria de Alienados anexa ao Hospital São João Batista (Niterói) Colônias de São Bento e Conde de Mesquita (Ilha do Governador)
São Paulo	1852 1864 1895 1898	Hospício Provisório de Alienados de São Paulo (Rua São João) Hospício de Alienados de São Paulo (Chácara da Tabatinguera) Hospício-colônia provisório de Sorocaba Hospício-colônia de Juqueri (atual Franco da Rocha)
Pernambuco	1864 1883	Hospício de Alienados de Recife-Olinda (da Visitação de Santa Isabel) Hospício da Tamarineira (Recife)
Pará	1873 1892	Hospício Provisório de Alienados (Belém, próximo ao Hospício dos Lázaros). Hospício do Marco da Légua (Belém)
Bahia	1874	Asilo de Alienados São João de Deus (Salvador)
Rio Grande do Sul	1884	Hospício de Alienados São Pedro (Porto Alegre)

¹ Fonte: Sítio eletrônico do Centro Cultural da Saúde.
www.ccs.saude.gov.br/memoria da loucura/mostra/retratos06.htm

Ceará	1886	Asilo de Alienados São Vicente de Paula (Fortaleza)
Alagoas	1891	Asilo de Santa Leopoldina (Maceió)
Paraíba	1890	Asilo de Alienados do Hospital Santa Ana (João Pessoa)
Amazonas	1894	Hospício Eduardo Ribeiro (Manaus)
Minas Gerais	1903	Hospício de Barbacena
Paraná	1903	Hospício Nossa Senhora da Luz (Curitiba)
Maranhão	1905	Hospício de Alienados (São Luis do Maranhão)

Fonte: In ODA & PICCININI, 2006.

Em 1906 foi fundada, no Rio de Janeiro, a Sociedade Brasileira de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal. Com isso, a autoridade médica acabou conquistando cada vez mais legitimidade sobre a loucura. Nesse mesmo período começaram a emergir no Brasil, de forma mais sistematizada, as primeiras ideias eugenistas. Essas ideias influenciaram de forma significativa a história da assistência psiquiátrica no Brasil, com apoio importante da elite intelectual da época.

Segundo a historiadora Nancy Stepan (2005:46-48), a eugenia no Brasil sofreu influência do nacionalismo alimentado pelo pós-guerra, resultante da busca de como definir concretamente o país e como encontrar formas próprias de lidar com seus problemas e desafios. Essa situação foi compartilhada com outros países latino-americanos. Os cenários político e econômico vividos pelo Brasil durante a transição da monarquia à república também contribuíram para o surgimento das ideias eugenistas. Esse período foi marcado pelo fim da escravidão, pela abertura e incentivo à entrada de imigrantes europeus e pela crescente participação brasileira no capitalismo mundial. A participação em posição periférica e dependente do Brasil no capitalismo mundial, como fornecedor de matérias-primas, teve como resultados pobreza, distúrbios sociais e desigualdades alarmantes sofridas pelas populações não brancas. Ao cenário pós-guerra e aos contextos político e econômico, agrega-se um status mais técnico e científico atribuído à medicina, expandindo seu papel social e interferindo cada vez mais nos assuntos relacionados à ordem pública.

Stefan assinala ainda que a emergência da eugenia no país foi condicionada pelas ideologias raciais que vigoravam em diferentes cantos do país. A exemplo da obra do médico Nina Rodrigues (1862-1906), professor da faculdade de medicina da Bahia, discípulo do médico italiano Cesare Lombroso (1835-1909), que defendia predisposições

somáticas para a criminalidade, atribuindo aos negros vícios, maus costumes e tendências criminosas e antissociais. Nina Rodrigues buscava comprovar com suas pesquisas que negros e índios pertenciam a raças inferiores. Apesar dessa concepção, Nina Rodrigues era contra a escravidão, o que demonstra que não eram incongruentes as ideias abolicionistas e as ideias racistas (op cit, 1991:52). Rodrigues acreditava que a inferioridade de negros e indígenas prejudicaria os grupos considerados superiores, impedindo cada vez mais a formação de uma possível nação ariana. Na perspectiva do médico, todo esse cenário multirracial e miscigenado prejudicaria o avanço do liberalismo no Brasil, já que o desenvolvimento pleno do liberalismo não poderia acontecer numa nação composta por tipos não brancos, considerados incapazes e menos evoluídos que a raça branca.

O cenário estava pronto para a institucionalização das ideias eugenistas no Brasil. Tanto que em 1918 foi fundada a primeira sociedade eugênica da América Latina, a Sociedade Eugênica de São Paulo (Sesp), liderada pelo médico Renato Kehl. A Sesp foi criada somente 10 anos depois de suas equivalentes britânica e francesa, o que demonstrava o quanto os cientistas daqui estavam afinados com o movimento na Europa (STEPAN, 2005:45).

A primeira diretoria da Sesp tinha como um de seus membros o psiquiatra Francisco Franco da Rocha, fundador do Hospital Psiquiátrico do Juqueri, em São Paulo (DIWAN, 2007:98). Entre seus membros, que totalizavam 140, estava também o psiquiatra Antônio Austregésilo, professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. A criação da Sesp foi congratulada por Juliano Moreira, então diretor do Hospital Nacional dos Alienados, que afirmou em carta seu apreço pela iniciativa. Nesta oportunidade aproveitou para informar seus esforços eugênicos no campo da higiene mental (STEPAN, 2005:56). Segundo o estatuto da Sesp, seu objetivo era

Estudar as leis da hereditariedade; a regulamentação do meretrício, dos casamentos e da imigração; as técnicas de esterilização; o exame pré-nupcial; a divulgação da eugenia e o estudo e aplicação das questões relativas à influência do meio, do estado econômico, da legislação, dos costumes, do valor das gerações sucessivas e sobre aptidões físicas, intelectuais e morais (*Anaes de Eugenia*, 1919; apud DIWAN, 2007:100).

Com a morte de seu presidente e com a mudança de Renato Kehl para o Rio de Janeiro, a Sesp encerrou seus trabalhos em 1919. O cenário no Rio de Janeiro configurava-se um pouco diverso ao paulista, já que o debate acerca da eugenia era liderado por psiquiatras higienistas. A década de 1920 foi decisiva para a consolidação da eugenia na então capital da república (DIWAN, 2007:103). Assim, em 1922, foi criada, no Rio de Janeiro, a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), idealizada pelo psiquiatra Gustavo Reidel. A Liga tinha como objetivo realizar um programa de prevenção e profilaxia voltado para pessoas mentalmente ‘deficientes’, perturbadas e delinquentes que, segundo os médicos, seriam hereditariamente propensas a cometer crimes e, por isso, precisavam ser identificadas, diagnosticadas e, quando necessário, segregadas do resto da população para serem tratadas (STEFAN, 2005:58).

A Liga ganhou vulto e cresceu nos anos que se sucederam, reunindo membros que em sua maioria vinham das equipes que atuavam nos manicômios e em reformatórios. A Liga cresceu não só em tamanho, mas também em prestígio, sendo respeitada por sociedades científicas e pelo governo federal. Como exemplo cabe citar a participação da Liga, representada por Afrânio Peixoto, pioneiro na Medicina Legal, no patrocínio de uma nova lei de assistência psiquiátrica que concedeu a psiquiatras e higienistas mentais o poder de internar em asilos pessoas consideradas doentes mentais (op cit, 2005:59).

Em 1929, ocorreu o I Congresso Brasileiro de Eugenia, que teve como um dos temas o tratamento de doentes mentais (op cit, 2005:60). A Liga conseguiu ainda interferir nas legislações nacionais sobre matrimônio e restrição à imigração, bem como idealizou uma campanha antialcoólica com apoio do governo federal. Além disso, ainda na década de 1930, criou sua primeira clínica para crianças “eufrênicas” (op cit, 2005:61).

As ideias eugenistas persistiram à Revolução de 1930 e fortaleceram movimentos nacionalistas e antidemocráticos que floresciam também nesse período. Durante o Estado Novo foi fundada a Comissão Central Brasileira de Eugenia, presidida por Renato Kehl, um dos idealizadores da Sesp. Eugenistas e higienistas mentais participaram ativamente do governo de Getúlio Vargas, ocupando cargos em setores como a saúde, a educação e o trabalho, subsidiando a política de controle aqueles considerados desviantes (STEPAN, 2005:61).

Em 1927, na capital federal do país, o Rio de Janeiro, foi criado o Serviço de Assistência aos Doentes Mentais do Distrito Federal responsável por coordenar os estabelecimentos psiquiátricos da cidade. Em 1934 foi instituído o decreto nº 24.559, de 3 de julho, que reformou a Lei de Assistência aos Doentes Mentais no Distrito Federal. Três anos depois o Serviço de Assistência aos Doentes Mentais foi ampliado, dando origem à Divisão de Assistência aos Doentes Mentais, com atuação de âmbito nacional. Em 1941 foi criado o Serviço Nacional das Doenças Mentais, tendo como órgãos centrais o Centro Psiquiátrico Nacional (1911), a Colônia Juliano Moreira (1924) e o Manicômio Judiciário (1921). Mais de uma década depois, em 1956, foi criado o Departamento Nacional de Saúde Mental².

O discurso sobre a loucura permaneceu sob a batuta da autoridade médica. Ao psiquiatra foi conferido o poder sobre a loucura e o destino do doente mental. Foucault (2009:10), em seu livro *a Ordem do Discurso*, afirma que o discurso não se configura apenas como o meio de se traduzir as lutas ou sistemas de dominação, mas sim aquilo pelo quê se luta, o discurso é o poder que se quer apoderar. Desta forma, proferir o discurso sobre a loucura não seria somente o meio utilizado pela psiquiatria para deter o saber sobre a loucura, mas seu principal objetivo. O poder não se manifesta no discurso em si, mas naquele a quem lhe é conferido o poder de proferi-lo.

Foucault nos ensina que a produção do discurso é controlada, selecionada, organizada e redistribuída, de maneira a assegurar o poder de quem profere o discurso. Os interditos são exemplos disso, são formas de exclusão que manifestam o controle sobre a produção do discurso. O interdito é a *palavra proibida*, é aquilo que não deve ser proferido, já que nem tudo pode ser dito em qualquer circunstância e por qualquer um. A palavra proibida revela o que está implícito ao discurso, o desejo e o poder.

Além da interdição, Foucault cita outras duas formas de exclusão: a separação e a rejeição. Ao longo da história é notório o esforço de demarcar a separação entre razão e loucura. A fala do louco vem sendo desconsiderada, anulada, rejeitada como se não fosse portadora de uma verdade ou como se não houvesse importância. No fundo, apesar da contradição, o que se vem escutando é uma palavra vazia, que acabava por conferir e

² O sítio eletrônico do Centro Cultural da Saúde disponibiliza uma série histórica com os principais acontecimentos relativos à saúde mental no Brasil. Ver: www.ccs.saude.gov.br.

confirmar a loucura do louco. Para que essa segregação da loucura se sustente é necessária uma busca incessante pelo saber, pelo o que é verdadeiro. Nessa busca acabaram emergindo discursos diferenciados sobre a loucura, alguns que a afirmavam, outros que a desprezavam. Inclusive a busca pelo próprio discurso do louco, experiência fundante na teoria psicanalítica criada por Freud. Foucault chama este impulso ao saber de vontade de verdade.

A vontade de verdade apoia-se em um suporte institucional, sendo reforçada e reconduzida fundamentalmente pelo modo como o saber é aplicado em determinada sociedade, o que é valorizado, distribuído, repartido e, até mesmo, como é atribuído. Todo esse conjunto exercerá pressão e um poder de coerção sobre os outros discursos (FOUCAULT, 2009:17-18), modificando-os e fundamentando-os. Por isso, a vontade de verdade não deixa de se reforçar, de se tornar mais profunda e incontornável. Em contrapartida a palavra proibida (interdição) e a segregação da loucura (separação) não cessam de se tornar mais frágeis e incertas na medida em que são atravessadas pelo impulso à vontade de verdade (op cit, p.19). Nesta perspectiva, a vontade de verdade animará transformações sociais, movimentos e mudanças em diversas esferas da vida social, o que não será diferente no campo da assistência psiquiátrica. Exemplo disso foi o trabalho desenvolvido pela psiquiatra Nise da Silveira dentro do Centro Psiquiátrico Nacional, no Rio de Janeiro.

Na contramão das práticas de assistência psiquiátrica desenvolvidas até o momento, a Dr^a Nise criou a Seção de Terapêutica Ocupacional e Reabilitação (STOR), que se dedicava a promover atividades artísticas e recreativas como ferramentas terapêuticas. A experiência desenvolvida pela Dr^a Nise teve influência decisiva no que hoje leva o nome de oficina terapêutica. Em 1952, a Dr^a Nise inaugurou o Museu de Imagens do Inconsciente, também ligado ao Centro Psiquiátrico Nacional. Essa iniciativa foi importante por permitir que os pacientes pudessem se comunicar, oportunizando que suas vozes fossem ouvidas através de diferentes manifestações artísticas, em especial as artes plásticas. Apesar de sua crítica atroz ter contribuído muito com as novas práticas de cuidado no campo da psiquiatria, seu trabalho foi desenvolvido de forma marginal até meados da década de 1980, devido a um grande avanço da indústria farmacêutica e do pensamento organicista cada vez mais hegemônico.

No final da década de 1950 a assistência psiquiátrica no Brasil não diferia daquela do final do século XIX. Com o golpe militar de 1964, instaurou-se uma política de massa, onde o acesso à assistência psiquiátrica cresceu atrelado à ideia de isolamento, conseqüentemente, de internação. Com isso, aumentaram os investimentos em instituições privadas, que se configuravam numa rede de hospitais psiquiátricos conveniados ao governo federal, abrindo um nicho de mercado altamente lucrativo para os setores privados (COSTA-ROSA & DEVERA, 2007:63). A título de ilustração, em 1961, o Brasil tinha apenas 17 ambulatórios em todo território nacional (RESENDE, 1987; apud COSTA-ROSA & DEVERA, 2007:63). Em contrapartida no início da década de 1950 o país contava com 57 instituições psiquiátricas.

Somente no final dos anos 1960 apareceram mobilizações esparsas de profissionais que atuavam na assistência psiquiátrica em conflito com os representantes dos hospitais psiquiátricos, organizados na Federação Brasileira de Hospitais (FBH). Até então esses profissionais não tinham uma identidade definida, ou uma organização social consolidada, apenas se referenciavam em experiências como a Psiquiatria Preventiva Comunitária do psiquiatra estadunidense Gerald Caplan³. As mobilizações giravam em torno de melhores condições de trabalho, o que, conseqüentemente, acabava por denunciar a realidade insalubre dos hospitais psiquiátricos. Até o momento as equipes que atuavam na assistência psiquiátrica eram compostas em sua maioria por enfermeiros, médicos e profissionais de nível médio. A título de exemplo, a profissão de psicólogo, e os cursos de psicologia, atualmente especialidade comum às equipes de saúde mental, foram regulamentados no Brasil em 1962 (lei nº 4.119/62). As equipes multiprofissionais vão começar a aparecer de forma mais sistemática somente a partir de década de 1980. Em contrapartida, ainda na década de 1960, foi criada a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), precedida por organizações da mesma natureza já consolidadas regionalmente.

³ Caplan propunha identificar na comunidade as causalidades tanto da doença quanto da saúde e, a partir daí, intervir de forma a diminuir o surgimento de novos casos. O interesse de Caplan estava justamente nas vulnerabilidades e resistências dos indivíduos às enfermidades, que poderiam ser manipuladas “eugenicamente” para supressão de doenças. Se por um lado Caplan defendia soluções eugênicas, por outro deslocava o foco da atenção à saúde mental do hospital psiquiátrico para a comunidade, trazendo a tona o caráter social da intervenção (TENÓRIO, 2002:31).

Em 1967 foi realizado um encontro no Rio Grande do Sul que teve como documento final a chamada Ata de Porto Alegre, que deu ênfase: à criação e ampliação da rede extra-hospitalar, à reestruturação do Serviço Nacional de Doentes Mentais, à integração da saúde mental à saúde pública e à aceleração dos programas de formação de recursos humanos (COSTA-ROSA & DEVERA, 2007:64-65). Este documento foi ratificado no ano seguinte, durante a I Conferência de Saúde Mental das Américas, ocorrida no Texas/EUA, com a participação expressiva de professores brasileiros de escolas médicas. A criação de serviços comunitários também foi debatida nesta ocasião (op cit). Na sequência, em 1969, aconteceu no Chile o encontro de Viña Del Mar, que contou com a participação do ministro da saúde do Brasil, Leonel Tavares Miranda de Albuquerque, que era diretor presidente da Casa de Saúde Dr Eiras, criador do Instituto Clínico Madureira e fundador da Comunidade Terapeutica de Paracambi. Neste evento foi reafirmada a implantação de um sistema de psiquiatria comunitária no país.

Em 1970, aconteceu em São Paulo o I Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em parceria com a Associação Psiquiátrica Latino-Americana. Nesse congresso foi destacada a importância do desenvolvimento de uma rede extra-hospitalar a nível nacional, bem como normativas que regulamentassem a assistência psiquiátrica no Brasil. Para encaminhar esta resolução, foi criado um grupo de trabalho, o relatório deste grupo destacou o papel do Instituto Nacional de Previdência Social como agente que poderia contribuir de forma significativa com a renovação da assistência psiquiátrica brasileira.

Em 1972 ocorreram dois eventos, o II Congresso Brasileiro de Psiquiatria e a III Reunião de Ministros da Saúde (Chile). Nesta reunião, que contou com a presença do ministro brasileiro, foi acordado um plano de execução de um Programa de Saúde Mental para o país, com validade até 1974. No ano seguinte foi lançado o Manual da Assistência Psiquiátrica, do Ministério da Assistência Social, que afirmava uma estreita relação do Programa Brasileiro com a Psiquiatria Preventivo-Comunitária estadunidense.

Os profissionais que atuavam na assistência psiquiátrica, que também se mobilizavam em torno da ideia da Psiquiatria Preventivo-Comunitária, elegeram São Paulo como lugar estratégico para iniciar um processo de disseminação desse referencial por todo país. Em 1973 ocorreu o I Encontro Nacional de Técnicos de Saúde Mental reunidos na USP. A escolha por São Paulo teve forte influência da presença do prof. Luiz da Rocha

Cerqueira, na coordenação da política de saúde mental do estado, que teve como marcas de sua gestão a redução dos macro-asilos e o aumento da rede extra-hospitalar (DEVERA, 2005:32, apud COSTA-ROSA & DEVERA, 2007: 65). Nesta mesma época assumiu a coordenação da Divisão Nacional de Saúde Mental um trabalhador da assistência psiquiátrica, que fez mudanças inovadoras na instituição (COSTA-ROSA & DEVERA, 2007: 65). Em 1975, com a mudança do ministro da saúde, a direção da Dinsam muda mais uma vez, sob coordenação de um médico coronel do exército, que buscou imprimir sua própria marca na Divisão. Neste mesmo ano ocorreu a I Jornada Paulista de Psiquiatria Preventiva, que contou com a participação do novo diretor da Dinsam que aproveitou a oportunidade para apresentar um Programa de Psiquiatria Preventiva para o Brasil. Em contrapartida, no Congresso Nacional foi aprovada a lei nº 6.229, que retomou a centralidade do hospital psiquiátrico na assistência psiquiátrica, mas que permaneceu sem regulamentação até meados de 1978.

As lutas iniciadas em 1973 pelos profissionais da saúde mental tomaram concretude em diferentes estados por meio de experiências práticas referenciadas na Psiquiatria Preventivo-Comunitária, a exemplo de São Paulo, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro e Bahia (DEVERA 2005:33, apud COSTA-ROSA & DEVERA, 2007:65).

1.1.1 A emergência do movimento de Reforma Psiquiátrica Antimanicomial

O movimento antimanicomial brasileiro surgiu atrelado à luta pela redemocratização do país onde diferentes grupos sociais mobilizavam forças políticas e ideológicas para efetivação de suas reivindicações no cenário que vinha se constituindo. Os anos 1970 foram cenário de uma série de transformações e lutas políticas, foi época de desmonte de um Estado ditatorial para início de um longo processo de redemocratização, que se estende até os dias atuais. Em 1978, estouraram sucessivas greves na região do ABC paulista, motivadas por cassações de lideranças sindicais. Segundo dados do DIEESE, em 1979 cerca de 3 milhões de trabalhadores de diferentes categorias cruzaram os braços num total de 430 greves em todo país (CARMO, 1998:133). Vale lembrar que naquele ano as greves ainda eram consideradas ilegais e reivindicavam não só aumento salarial, estabilidade de emprego, redução da jornada de trabalho para 40 horas semanais, o

direito à greve e a organização nos próprios locais de trabalho, liberdade sindical, anistia política, mas também o fim da ditadura militar (op cit).

Entre os anos 70 e 80 o Estado era o grande opositor dos movimentos mobilizados pela sociedade civil organizada. Movimentos sociais nascidos em bairros, a partir de entidades civis e religiosas, na busca por melhores condições de vida, reivindicando acesso à saúde, à moradia, etc., cresciam enquanto declinava progressivamente a ditadura.

No campo da saúde, a sociedade civil cada vez mais se organizava na esfera popular, com o surgimento de movimentos sociais nas periferias. Na esfera acadêmica surgiram entidades como o Cebes (1976) – Centro Brasileiro de Estudos em Saúde; e a Abrasco (1979) – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Ambas protagonizaram discussões político-ideológicas importantes sobre políticas de saúde no país (BRASIL/MS, 2006d: 39).

No início de 1978, no Rio de Janeiro, três médicos recém-formados divulgaram uma série de denúncias de maus-tratos, violência e desrespeito aos direitos humanos contra hospitais psiquiátricos da Divisão Nacional de Saúde Mental. A solução dada pela Dinsam foi a demissão dos três médicos, o que desencadeou manifestações e mais denúncias. Somente no Rio de Janeiro foram demitidos nesta época 260 profissionais que atuavam em hospitais psiquiátricos do Ministério da Saúde. Este episódio ficou conhecido como “crise da Dinsam”, com repercussão nacional que perdurou por quase todo ano de 1978 (AMARANTE, 2008:738-739). Segundo Amarante, esse evento culminou na criação do primeiro movimento social do campo da saúde mental do Brasil, o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM).

Ainda em 1978, foi realizado o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em Camboriú-SC, que reuniu o MTSM e possibilitou a organização do movimento no cenário nacional. No mesmo ano ocorreu o I Congresso de Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições no Rio de Janeiro que contou com as presenças de Franco Basaglia, Robert Castel, Erving Goffman e Felix Guatarri, que trouxeram outras concepções de assistência, fugindo do referencial preventivista de Caplan.

Para exemplificar a amplitude dessas mobilizações, cabe citar a série de reportagens publicada no Jornal do Estado de Minas, em 1979, escrita pelo jornalista mineiro Hiram

Firmino, expondo a situação calamitosa do Hospital Psiquiátrico de Barbacena. Essa série de reportagens ganhou vulto nacional, rendendo ao jornalista o prêmio Esso de 1980⁴.

Quadro 2. Relatos sobre o Hospital de Barbacena (década de 1970)

Eu era estudante do Hospital de Neuropsiquiatria Infantil, em Belo Horizonte, quando fui fazer uma visita à Colônia 'Zoológica' de Barbacena. Tinha 23 anos e foi um grande choque encontrar, no meio daquelas pessoas, uma menina de 12 anos atendida no Hospital de Neuropsiquiatria Infantil. Ela estava lá numa cela, e o que me separava dela não eram somente grades. O frio daquele maio cortava sua pele sem agasalho. A metáfora que tenho sobre aquele dia é daqueles ônibus escolares que foram fazer uma visita ao zoológico, só que não era tão divertido, e nem a gente era tão criança assim. Fiquei muito impactado e, na volta, chorei diante do que vi.

Wellerson Durães de Alkmim, 59 anos, membro da Escola Brasileira de Psicanálise e da Associação Mundial de Psicanálise, relato sobre o primeiro dia em que pisou no hospital de Barbacena em 1975.

Muitas das doenças eram causadas por vermes das fezes que eles comiam. A coisa era muito pior do que parece. Cheguei a ver alimentos sendo jogados em cochos, e os doidos avançando para comer, como animais. Visitei o campo de Auschwitz e não vi diferença. O que acontece lá é a desumanidade, a crueldade planejada. No hospício, tira-se o caráter humano de uma pessoa, e ela deixa de ser gente. Havia um total desinteresse pela sorte. Basta dizer que os eletrochoques eram dados indiscriminadamente. Às vezes, a energia elétrica da cidade não era suficiente para aguentar a carga. Muitos morriam, outros sofriam fraturas graves.

Ronaldo Simões Coelho, 80 anos, psiquiatra e escritor, trabalhou na Colônia no início da década de 1960 como secretário geral da recém-criada Fundação Estadual de Assistência Psiquiátrica, substituída, em 77, pela Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (Fhemig).

O frio de Barbacena era um agravante, os internos dormiam em cima uns dos outros, e os de baixo morriam. De manhã, tiravam-se os cadáveres.

Jairo Toledo, psiquiatra, diretor do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena (CHPB).

Todas as manhãs, eu tirava o capim e colocava para secar. Também dava banho nos pacientes, mas não havia roupas para vestirem. Tinha um pavilhão com 300 pessoas para alimentar, mas só tinha o suficiente para 30. Imagine! Só permaneci aqui, porque tinha a certeza de que um dia tudo isso ia melhorar, sei que Deus existe.

Marlene Laureano, 56 anos, funcionária do CHPB desde 1955.

Fonte: Depoimentos extraídos do artigo “Holocausto brasileiro: 50 anos sem punição”, da jornalista Daniela Arbex, publicado no Jornal a Tribuna de Minas, postado em 20.11.2011, as 7hrs:00min. Disponível em: <http://www.tribunademinas.com.br/cidade/holocausto-brasileiro-50-anos-sem-punic-o-1.989343>. Acessado em 31.12.2013, as 20hrs:14min.

⁴ A série de reportagens deu origem ao livro *Nos porões da loucura*, editado através da Coleção Edições do PASQUIM (volume 104, Editora Codecri, Rio de Janeiro, 1982).

Além das denúncias, que giravam em torno da violência e do abandono em que viviam as pessoas encerradas nos manicômios, os trabalhadores da saúde mental reivindicavam melhores condições de trabalho, aumento salarial, redução do número de atendimentos por turno de trabalho, fim do uso dos eletrochoques e humanização dos serviços. Nas palavras de Paulo Amarante (AMARANTE, 2007:62):

Jamais me esqueço da história de uma mulher que foi presa em uma cela forte em um hospício e lá foi esquecida, a tal ponto que faleceu, de fome e de frio! Tamanho era o descaso que, somente anos depois, seu corpo foi encontrado, já petrificado. A silhueta mumificada indicava o tanto de sofrimento naquela mulher em posição fetal, em completo abandono. Seu crime era ser louca! Curiosamente sua silhueta não saiu com nenhum produto de limpeza, nem mesmo com ácidos. Ficou ali como denúncia e grito de dor. Quando a direção do hospital soube que a notícias estava correndo para fora do hospício, mandou arrancar o piso. (1981).

Todo esse movimento fez desses trabalhadores protagonistas da crítica ao modelo tradicional de atenção psiquiátrica e da construção do projeto de Reforma Psiquiátrica Antimanicomial (NICÁCIO, 1994:I).

Em 1979, ocorreu o I Encontro Nacional dos Trabalhadores da Saúde Mental, em São Paulo. Neste mesmo ano foi lançado o filme *Em nome da Razão*, do cineasta Helvécio Ratton, na época estudante de psicologia. O documentário foi feito com apoio da Associação Mineira de Saúde Mental, entidade que reunia psiquiatras, psicanalistas, psicólogos e outros interessados na discussão sobre a situação da assistência em saúde mental. Por intermédio da Associação, Ratton obteve a concessão da Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais para entrada no hospital e realização do documentário (GOULAR, 2010:37). Trinta anos depois do lançamento do documentário, Ratton revelou em entrevista à jornalista Daniela Arbex, do Tribuna de Minas, suas lembranças sobre o que viu no manicômio de Barbacena:

A gente tinha a sensação de que estava fazendo algo importante. Como se eu estivesse saltando aqueles muros e roubando imagens para mostrar à sociedade o que acontecia por trás dos muros altos. Sentia que ali tinha um crime de lesa humanidade. Entendia como algo criminoso. A sociedade permitia que aquilo acontecesse, as famílias e a medicina despejavam as pessoas naquele depósito de lixo humano. [...] O cheiro daquele lugar é indescritível. É o cheiro de

suor, de fezes, de sofrimento, de gente amontoada, de falta de higiene, um cheiro que nunca mais esqueci. Obviamente que, além dele, há as imagens, o som, os gritos, tudo isso junto. Mas o cheiro é algo que fica dentro da gente⁵.

O lançamento do filme foi feito durante o III Congresso Mineiro de Psiquiatria, em Belo Horizonte, que contou com a presença de Franco Basaglia (AMARANTE, 2007:77). Após o evento Basaglia fez questão de ir pessoalmente ao Hospital de Barbacena, contribuindo com uma série de denúncias à assistência psiquiátrica brasileira.

As visitas de Franco Basaglia ao Brasil serviram de forte influência aos jovens trabalhadores que atuavam na assistência psiquiátrica, já que encontravam nas universidades interlocutores que muitas vezes defendiam, legitimavam e reproduziam as formas clássicas de assistência psiquiátrica, avessos a práticas não convencionais de atenção e cuidado (AMARANTE & ROTELLI, s/a:48). Esta época foi marcada também por muitas críticas à Política Nacional de Saúde Mental, à política privatizante da assistência psiquiátrica pela previdência social e às más condições do atendimento público e privado à população (op cit, p.47).

A título de ilustração, cabe lembrar o relato autobiográfico de Austregésilo Carrano, em seu livro *Cantos Malditos*⁶, onde o autor, militante importante da reforma psiquiátrica brasileira, conta as violências sofridas durante suas internações em hospitais psiquiátricos de Curitiba e do Rio de Janeiro durante a década de 1970.

Também em 1979, em meio à crise da ditadura, foi apresentada pela primeira vez, durante o I Simpósio da Câmara dos Deputados sobre Política Nacional de Saúde, a proposta do Sistema Único de Saúde – SUS (RODRIGUEZ NETO, 1988:34, apud BRASIL/MS, 2006d:40). Nesse cenário, onde o Estado autoritário é provocado a mudanças, já que se torna insustentável manter sua estrutura, emergiu o movimento sanitário que, conforme lembra Carvalho, o sanitarista Sérgio Arouca caracterizou como um conjunto de práticas que reúnem: “prática teórica (construção do saber), a prática

⁵ Entrevista a Helvécio Ratton, por Daniele Arbex, publicada no jornal Tribuna de Minas em sua edição de Novembro de 2011, as 06:00. Disponível em: <http://www.tribunademinas.com.br/cidade/entrevista-helvecio-ratton-cineasta-ali-tinha-crime-de-lesa-humanidade-1.99156825>
Acesso em: 02.01.2014, as 11hrs:28min.

⁶ O livro editado pela editora Rocco, em 1990, deu origem ao filme *Bicho de 7 cabeças*, dirigido por Laís Bodanski.

ideológica (transformação da consciência) e a prática política (transformação das relações sociais)” (1995:48, apud BRASIL/MS, 2006d:41).

O movimento sanitário veio para ocupar espaços institucionais, o que se efetivou nas eleições de 1982 para governador. Foi neste momento que se instaurou a chamada cogestão dos hospitais psiquiátricos onde, na esfera federal, o movimento sanitário passou a formar quadros técnico-políticos em instituições do Estado, como nos Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social, após a eleição Tancredo Neves em 1985. Em 1986 foi instaurada a Assembleia Nacional Constituinte, a Nova República entra em marcha com a negociação entre a base do regime autoritário e sua oposição. Demandas sociais foram atendidas, utilizando-se como estratégia a criação de espaços institucionais no Estado que contemplassem diferentes sujeitos coletivos - tais como negros, mulheres, indígenas. Também ganharam visibilidade os conflitos entre setores privatistas e estatizantes na disputa por políticas públicas, distribuição e investimento dos recursos públicos, o que explica os obstáculos enfrentados para a efetivação da Reforma Sanitária (BRASIL, 2006:45-46).

Na virada dos anos 70 para os anos 80, a assistência psiquiátrica também foi tema do movimento reformista, que tinha como estratégia investir na administração e planejamento dos serviços e melhoria no acesso da população à saúde. Disso resultou uma proposta de “humanização” dos hospitais psiquiátricos e de ambulatorização da assistência à saúde mental (TENÓRIO, 2000:32).

Enquanto isso, em 1986, ocorre a VIII Conferência Nacional de Saúde, de acordo com a Reforma Sanitária, já definindo as diretrizes do Sistema Único de Saúde. Em 1987, seguindo as resoluções desta conferência, ocorreu a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Congresso Nacional do Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental. Este segundo encontro do movimento de trabalhadores contou com a participação de associações de usuários⁷ e familiares como a SOSINTRA, do Rio de Janeiro, e a Loucos pela Vida, de São Paulo. Nesta ocasião os participantes do evento decidiram romper de forma decisiva com o modelo de assistência manicomial. O posicionamento do movimento foi registrado no documento final do evento, na célebre *Carta de Baurú*, seu texto

⁷ O termo usuário foi instituído pelo movimento sanitário para se referir às pessoas que fazem uso dos serviços públicos de saúde.

conclamava a criação de uma articulação nacional pela luta antimanicomial, tendo como lema *Por uma Sociedade Sem Manicômios!* (FERNANDES & MAIA, 2002:159). Outra importante decisão do movimento foi instituir o dia 18 de maio como Dia da Luta Antimanicomial, quando são feitas manifestações em todo Brasil.

Ao agregar novos atores o Movimento conquistou amplitude, de movimento de trabalhadores passou a Movimento de Luta Antimanicomial, com identidade, adversário e projeto, elementos essenciais para a caracterização de um movimento social (SCHERER-WARREN, 2006:115). Usuários, seus familiares e trabalhadores dos serviços se unem em torno da defesa dos direitos das pessoas com transtorno mental (identidade), contra o manicômio e todas as formas de opressão vinculadas a essa instituição (adversário), pela reforma psiquiátrica antimanicomial (projeto).

A partir do manifesto de Baurú o Movimento se expandiu e articulou núcleos em várias partes do Brasil, resultando na mobilização para elaboração e aprovação do projeto de lei 3.657/1989, do deputado Paulo Delgado, que propunha a extinção progressiva dos manicômios e a regulamentação da internação compulsória.

Em 1987 foi criado na cidade de São Paulo o primeiro Centro de Atenção Psicossocial⁸, batizado *Prof Luiz da Rocha Cerqueira*, em homenagem ao psiquiatra alagoano pioneiro na psiquiatria social brasileira. Esta experiência foi incorporada à Política Nacional de Saúde Mental, em 1992, pela portaria do Ministério da Saúde SNAS nº 224, tornando-se referência para novos serviços de saúde mental. Em 1989, em Santos, também no estado de São Paulo, iniciou-se o processo de fechamento do Hospital Psiquiátrico Anchieta. Essa experiência inovadora de fechamento do hospital e criação de uma rede totalmente substitutiva ao manicômio influenciou uma série de outros municípios a criar redes de saúde mental (NICÁCIO, 1994).

⁸ Centros de Atenção Psicossocial (Caps) são “serviços de saúde municipais, abertos, comunitários, que oferecem atendimento diário às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social destas pessoas através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É função dos CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica”. Os Caps se diferenciam por porte (Caps I, Caps II e Caps III, este último 24hrs) ou pela clientela infanto-juvenil (Caps i) e álcool e drogas (Caps ad). Para saber mais, ver: BRASIL/MS. *Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Amarante destaca que nesse período houve também uma importante conferência em Caracas, na Venezuela, que tinha como pauta a reestruturação da atenção psiquiatria na região das Américas. Este evento aconteceu em 1990, teve apoio das Organizações Pan-americana e Mundial de Saúde (OPAS/OMS) e contou com a presença dos ministérios da saúde, seguridade social e justiça de vários países, bem como outras forças políticas importantes dos países participantes. O documento final da conferência ficou amplamente conhecido como a Declaração de Caracas e afirmava a necessidade premente de reestruturação imediata da assistência psiquiátrica e a redefinição das legislações regionais para que pudessem assegurar “o respeito aos direitos humanos e civis dos pacientes mentais e promovam a reorganização de serviços que garantam seu comprometimento” (OPS/OMS, 1990:04, apud AMARANTE & ROTELLI, s/a:50).

Todas essas manifestações populares, mobilizações políticas, práticas inovadoras, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição de 1988, permitiram a instituição de um órgão específico, dentro do Ministério da Saúde, para construção e implementação de uma Política Nacional de Saúde Mental baseada nos princípios antimanicomiais. Com o fim da Divisão Nacional de Saúde Mental, foi criada, em 1991, a Coordenação Nacional de Saúde Mental, dirigida pelo psiquiatra Domingos Sávio de Oliveira, servidor de carreira do Ministério da Saúde e militante da Luta Antimanicomial. No ano seguinte, aconteceu a II Conferência Nacional de Saúde Mental, com participação significativa de usuários e familiares. Essa conferência serviu de marco para a Reforma, delineando as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental e definindo seus eixos de mudança: a municipalização dos serviços e o redirecionamento dos recursos investidos em hospitais psiquiátricos para serviços comunitários e abertos, com ênfase na atenção integral e na cidadania dos usuários (TENÓRIO, 2002:45-46).

Em 1991 ocorreu o I Encontro Nacional de Usuários e Familiares, em São Paulo, sua segunda edição, em 1992, no Rio de Janeiro e, a terceira, em 1993, em Santos, quando foi elaborada uma carta de direitos dos usuários de serviços de saúde mental e de seus familiares. Em 1993, na ocasião do I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, realizado em Salvador, foram definidos os princípios do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA), que veio a definir-se como

[...] um movimento social, plural, independente, autônomo que deve manter parcerias com outros movimentos sociais. É necessário um fortalecimento através de novos espaços de reflexões para que a sociedade se aproprie desta luta. Sua representação nos conselhos municipais e estaduais de saúde, nos fóruns sociais, entidades de categorias, movimentos populares e setores políticos seriam algumas formas de fortalecimento (*In* LUCHMANN & RODRIGUES, 2007:403).

Em 1999 foi publicada a lei 9.867, que instituiu as cooperativas sociais. Seu texto continha a tradução da lei italiana que dispõem sobre a mesma modalidade de cooperativas. A tradução foi feita por militantes da reforma psiquiátrica de Santos, que tinham vivido a experiência de Reforma Psiquiátrica na cidade italiana de Trieste. Esta lei também foi apresentada pelo deputado Paulo Delgado, autor do projeto de lei da Reforma Psiquiátrica.

Em 2001, na ocasião do V Encontro Nacional do MNLA, em Miguel Pereira-RJ, começaram a emergir diferenças e disputas dentro do próprio movimento. Segundo Lobosque, o crescente número de participantes do movimento era inversamente proporcional a sua formação política (*In* LUCHMANN & RODRIGUES, 2007:404). Uma série de impasses permanece pendente neste encontro. As diferenças foram acirradas o que impediu a eleição da próxima executiva nacional do movimento. Após o quinto encontro foram programadas duas plenárias, entre a primeira e a segunda ocorreu a divisão do MNLA.

O grupo dissidente fundou, em 2003, a Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (RENILA). No ano seguinte a RENILA realizou seu primeiro encontro, sediado no Ceará, tendo como pautas principais a reforma psiquiátrica, a clínica antimanicomial e a militância política. No documento intitulado *O Manifesto pela Luta Antimanicomial: em boa companhia*, a RENILA informou os motivos de seu rompimento com o MNLA e anunciou a formação de uma nova organização dentro do campo da Reforma Psiquiátrica.

Em 2001 foi aprovada a lei 10.216, de autoria do deputado Paulo Delgado, que revogou a legislação de 1934 e substituiu seu projeto original dispondo sobre “a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo

assistencial em saúde mental” (BRASIL/MS, 2004b:17). Esta lei ficou amplamente conhecida como a lei de Reforma Psiquiátrica Brasileira ou Lei Paulo Delgado. Os longos anos para sua aprovação tardaram o início da mudança, mas, por outro lado, possibilitaram um amplo debate sobre o tema e um maior engajamento de diferentes segmentos da população, para além dos profissionais de saúde, usuários e seus familiares⁹.

1.2 O campo da saúde mental

O percurso resgatado anteriormente oferece elementos para a compreensão de como se formaram as bases sociais para a constituição do que hoje é definido como campo da saúde mental no Brasil. O objetivo aqui é apresentar como se configurou esse campo e quais seus principais agentes. O Movimento Antimanicomial é parte integrante deste campo que reúne uma diversidade grande de agentes sociais organizados em torno do tema da Reforma Psiquiátrica. Alguns a favor, outros contra.

Ao definir o conceito de campo, Bourdieu ressalta a questão das disputas e conflitos. Para o autor, campo pode ser definido como uma rede que envolve relações de disputa e interesses específicos que se impõem aos seus ocupantes, agentes ou instituições, determinando suas posições e, conseqüentemente, seus lugares na estrutura de distribuição de poder. O que está em jogo é a autoridade daqueles que disputam poder, que se manifesta em um capital que é próprio e definidor de cada campo (BOURDIEU, 1983: 89-94).

Vasconcelos (2010:3) diferencia o Movimento de Reforma Psiquiátrica do Movimento de Luta Antimanicomial, definindo o Movimento Antimanicomial como aquele que reúne, em sua maioria, sociedade civil – usuários, familiares e trabalhadores dos serviços. O Movimento de Reforma Psiquiátrica englobaria articulações mais institucionais com a participação de pessoas ligadas às universidades e operadores do Estado, como gestores das três esferas de governo. O autor faz essa diferença para dar destaque ao controle social exercido por agentes sociais organizados que não estão

⁹ Durante a década de 1990, em meio aos debates em torno da lei nacional, um conjunto de leis estaduais e municipais foi publicado, dentre as Estaduais estão a lei 9.716/1992, do Rio Grande do Sul; a lei 12.151/1993, do Ceará; a lei 11.065, de 1994, de Pernambuco; a lei 6.758/1995, do Rio Grande do Norte; a lei 11.802/1995, de Minas Gerais; a lei 11.189/1995, do Paraná; a lei 975/1995, do Distrito Federal; e a lei 5.267/1996, do Espírito Santo (AMARANTE, 2007:70-71).

diretamente vinculados ao Estado. Para exemplificar cita o caso da Marcha Nacional dos Usuários que, em 2009, pressionou o Conselho Nacional de Saúde a autorizar a IV Conferência Nacional de Saúde Mental, que ainda não tinha sido aprovada, mesmo com os esforços dos gestores federais. Desta forma, para este autor, o Movimento de Reforma Psiquiátrica teria um caráter mais amplo, reunindo sociedade civil (usuários, familiares, trabalhadores e pessoas ligadas a universidades), mas também representantes do Estado (gestores federais, estaduais e municipais).

A diferenciação entre Movimento de Reforma Psiquiátrica e Movimento Antimanicomial proposta por Vasconcelos congrega agentes sociais que defendem o fim dos manicômios. Com objetivo de dar amplitude ao campo e buscar compreender a complexidade de sua configuração, optou-se por agregar também agentes que atuam na saúde mental, mas que não estão necessariamente afinados com a proposta antimanicomial. Por isso, serão considerados aqui como agentes desse campo usuários, seus familiares, os profissionais que atuam nos serviços de saúde mental, os gestores de políticas públicas de saúde mental, estudiosos e pesquisadores, donos de serviços privados de assistência psiquiátrica conveniados ou não ao SUS. Entre estes agentes, alguns são a favor e outros contra a reforma psiquiátrica antimanicomial.

O cenário descrito na seção anterior revela a estória recente das organizações de usuários no Brasil, mesmo àquelas que contam com a participação de seus familiares e de trabalhadores da saúde mental. Cabe lembrar que somente no início da década de 1990, ou seja, há menos de 30 anos, o Movimento Nacional de Trabalhadores da Saúde Mental passou a reunir usuários e familiares, conquistando o status de um movimento social mais amplo e de princípio Antimanicomial.

A nova lógica de cuidado à pessoa com transtorno mental, representada pelos Caps, vem estimulado de forma significativa a emergência de mecanismos associativos formados por usuários e familiares. Os Caps e os núcleos locais do Movimento Antimanicomial oferecem apoio institucional e político à formação desses coletivos. A participação de usuários em assembleias, reuniões, mesas-redondas são meios participativos bastante comuns utilizados e estimulados tanto pelos Caps, quanto pelo Movimento

Antimanicomial¹⁰ (VASCONCELOS, 2004:3). Mais recentemente o próprio governo federal tem oferecido apoio financeiro ao fortalecimento de organizações de usuários e familiares¹¹.

Em estudo realizado por Vasconcelos (2004, 2007), foram analisadas diferentes formas de organização civil dentro do campo da Reforma Psiquiátrica brasileira, identificando tipologias, com base em pesquisas desenvolvidas no cenário internacional. Em ordem cronológica de surgimento no Brasil, aparecem os grupos de ajuda mútua tais como os Alcoólicos Anônimos, Narcóticos Anônimos, Neuróticos Anônimos, que possuem também grupos para familiares; e os Centros de Valorização da Vida ou CVVs, que são um serviço desenvolvido por voluntários para apoio emocional e prevenção ao suicídio.

A partir da década de 1990, surgem os núcleos e coletivos de militância do Movimento Antimanicomial, que desde o início são liderados por trabalhadores da saúde mental, apesar de existir um número crescente de usuários e familiares nos encontros promovidos pelo Movimento. Outro conjunto de organizações delineado por Vasconcelos é definido por organizações não governamentais (Ongs). Como exemplo o Instituto Franco Basaglia (IFB)¹² e a Inverso. O IFB foi fundado em 1989, no Rio de Janeiro, é liderado por trabalhadores, mas com a participação de usuários. O instituto promove atividades de formação, desenvolve atividades de pesquisa, promove a difusão da *cultura antimanicomial*. Realiza também ações em defesa dos direitos dos usuários e familiares, com a condução de um programa chamado SOS Direitos do Paciente Psiquiátrico, além de oferecer assessoria a governos municipais e estaduais para implantação de projetos e serviços no campo da saúde mental. A Inverso – Instituto de Convivência e de Recriação do Espaço Social, foi fundada em 2000 e está sediada em Brasília. Foi criada por estudantes de um curso de residência em saúde mental. A Inverso promove cursos e eventos e tem como seu carro-chefe um banco de dados resultado de um convênio com o governo federal, que reúne informações, legislações e publicações sobre saúde mental difundidas pelo sítio eletrônico www.inverso.org.br.

¹⁰ O termo Movimento Antimanicomial engloba Movimento de Luta Antimanicomial (MLAM) e Rede Internúcleos da Luta Antimanicomial (RENILA)

¹¹ Ver Chamadas de Seleção de Projetos de Fortalecimento do Protagonismo de Usuários e Familiares da RAPS (a primeira lançada em 2012, a segunda em 2013).

¹² Ver: www.ifb.org.br.

Outro grupo de organizações citada por Vasconcelos é composto por associações de usuários, familiares e amigos criadas por iniciativa da sociedade civil, sem ligação direta com serviços públicos de saúde mental. Para exemplificar, vale destacar a SOSINTRA (Sociedade de serviços gerais para integração social pelo trabalho), primeira associação de familiares de usuários de saúde mental do país, fundada em 1978, no Rio de Janeiro (AMARANTE, 2007:77). Outro exemplo é a rede de AMA's – Associação de Amigos dos Autistas, tendo sua primeira AMA criada em São Paulo, em 1983, por pais de autistas. Entre as associações ligadas a serviços de saúde mental cabe citar o caso da APACOJUM, que é uma associação de familiares e amigos do Instituto Juliano Moreira, no Rio de Janeiro. Vasconcelos pontua que este tipo de organização é bastante comum no cenário brasileiro e tem como característica a composição mista, com a participação de usuários, familiares e trabalhadores mobilizados pelos ideais antimanicomiais. O autor coloca que a relação entre essas associações e os serviços de saúde mental pode interferir no grau de autonomia dessas organizações e de seus associados no diálogo com o poder público.

A forma como essas organizações de empoderamento de usuários e familiares se estabelece tende a influenciar o processo de formação de outros coletivos como, por exemplo, os grupos culturais e os grupos de geração de trabalho e renda que, na maioria das vezes, também nascem dentro dos serviços de saúde mental. Dentro dos grupos culturais vale citar alguns: os conjuntos musicais Cancioneiros do IPUB, do Rio de Janeiro, e os Impacientes, de Juiz de Fora; os blocos de carnaval, *Tá pirando, pirado, pirou*, e *Loucura Suburbana*, ambos do Rio de Janeiro, e o *Bibitantã*, de São Paulo; a TV Pínel, do Rio de Janeiro. Entre os grupos de geração de trabalho e renda, a Cooperativa da Praia Vermelha, do Rio de Janeiro; a GerAção-POA, de Porto Alegre; e a COOPCAPS, de Fortaleza.

É muito comum encontrar uma relação estreita tanto entre os grupos culturais, os de geração de renda e as associações de usuários, familiares e trabalhadores. Muitos recebem apoio ou estão vinculados às associações ligadas aos serviços. Nos casos em que há uma articulação entre a associação e o grupo a relação estabelecida vai da dependência à completa autonomia. No caso de estreita dependência, esses grupos se configuram como parte das atividades desenvolvidas pela associação, muitas vezes de cunho terapêutico e/ou ocupacional. Existem casos em que o grupo utiliza a forma jurídica da associação para sua

formalização ou ainda para auxiliar na compra e venda de produtos, apesar de no Brasil a forma jurídica “associação” não possuir finalidade econômica.

Uma similaridade dos grupos culturais e de geração de trabalho e renda com as formas de organização definidas por Vasconcelos é o fato de ambos nascerem dentro dos serviços substitutivos e, na grande maioria das vezes, permanecerem dependentes desses serviços. Essa relação de dependência com o Estado é corriqueira a um número expressivo dessas iniciativas culturais e de inserção laboral no campo da saúde mental, o que sugere dificuldade de emancipação subjetiva e econômica do poder público, em especial da tutela da saúde. Este cenário pode acarretar uma série de interferências no trabalho desses grupos, principalmente quando ocorrem mudanças nas gestões locais e, em alguns casos, nas próprias equipes dos serviços de saúde mental. Além destas interferências de ordem cotidiana é possível pensar também na interferência sobre a construção da identidade do próprio grupo e na constituição de um projeto comum. Principalmente no que diz respeito à dificuldade em estabelecer diferenças entre o que é atividade terapêutica do serviço de saúde mental e o que é atividade artística ou de geração de renda de determinado grupo (MARTINS, 2009).

Além dessas organizações cabe acrescentar outros setores que também compõem o campo da saúde mental no Brasil: as associações que representam categorias profissionais (enfermagem, psiquiatria, psicologia, etc.), organizações que representam hospitais psiquiátricos (Federação Brasileira de Hospitais – FBH) e grupos financiados por laboratórios farmacêuticos que defendem o modelo manicomial de assistência psiquiátrica.

1.2.1 Tendências dentro do Movimento Antimanicomial

A polarização do Movimento Antimanicomial em dois ramos principais tem se traduzido em ações e posicionamentos políticos muitas vezes conflitantes. A partir de 2001, quando ocorreu o último evento unificado do Movimento Antimanicomial, os dois ramos, Movimento Nacional da Luta Antimanicomial e Rede Nacional Internúcleos de Luta Antimanicomial, começaram delinear formas de organização, dinâmicas internas e pautas reivindicatórias próprias. Além de disputas pela condução da política nacional. O MNLA e a RENILA possuem diferenças tanto organizacionais, quanto no que diz respeito

à sustentação política e financeira. O perfil dos militantes também é diferente o que influencia os processos de participação e integração de usuários e familiares em cada um dos ramos (VASCONCELOS, 2004; 2007;2012).

O MNLA tem suas origens no Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental que, em 1987, em Bauru-SP, inaugurou uma nova etapa do movimento agregando usuários e familiares e mobilizando militantes em todo território nacional. A partir daí vários núcleos do movimento foram sendo mobilizados em torno da luta pela substituição do modelo manicomial de assistência à pessoa com transtorno mental. O texto da Carta de Baurú, que se tornou um manifesto nacional pelo fim dos manicômios, traz em seu conteúdo um discurso marcado pelo grupo que o profere: os trabalhadores. Esta carta não apresenta princípios ou forma de organização do movimento, apenas anuncia um novo momento da mobilização dos trabalhadores da saúde mental, agregando a sua luta outros movimentos e agentes sociais.

Carta de Baurú

Um desafio radicalmente novo se coloca agora para o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. Ao ocuparmos as ruas de Bauru, na primeira manifestação pública organizada no Brasil pela extinção dos manicômios, os 350 trabalhadores de saúde mental presentes ao II Congresso Nacional dão um passo adiante na história do Movimento, marcando um novo momento na luta contra a exclusão e a discriminação.

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

O Estado que gerencia tais serviços é o mesmo que impõe e sustenta os mecanismos de exploração e de produção social da loucura e da violência. O compromisso estabelecido pela luta antimanicomial impõe uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada.

O manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres, a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres. Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida.

Organizado em vários estados, o Movimento caminha agora para uma articulação nacional. Tal articulação buscará dar conta da Organização dos Trabalhadores em Saúde Mental, aliados efetiva e sistematicamente ao movimento popular e sindical.

Contra a mercantilização da doença!

Contra a mercantilização da doença; contra uma reforma sanitária privatizante e autoritária; por uma reforma sanitária democrática e popular; pela reforma agrária e urbana; pela organização livre e independente dos trabalhadores; pelo direito à sindicalização dos serviços públicos; pelo Dia Nacional de Luta Antimanicomial em 1988!
Por uma sociedade sem manicômios!

(Carta de Baurú, Baurú-SP, 1987)

Após o evento em Baúru, o MNLA organizou uma série de encontros nacionais, alternando entre encontros que reuniam trabalhadores, usuários e familiares e encontros de usuários e familiares. Dois encontros nacionais de usuários e familiares precederam o I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial. O primeiro aconteceu em 1991, na cidade de São Paulo, no ano seguinte aconteceu o segundo encontro, sediado no Rio de Janeiro. O terceiro encontro de usuários e familiares, realizado em Santos-SP, aconteceu em 1993, logo após o I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, ocorrido em Salvador. No terceiro encontro de usuários e familiares foi escrita a Carta de Direitos e Deveres dos Usuários e Familiares dos Serviços de Saúde Mental. A carta, na primeira pessoa, declara desde o princípio quem são seus autores. Os usuários iniciam o documento informando ao leitor o porquê do termo usuário, situando de quem parte o discurso e quais são suas reivindicações.

Utilizamos a expressão “usuário”, assim como se utiliza a expressão “técnicos”, para designar situações específicas. Na verdade nós, usuários entre aspas, somos pessoas, seres humanos totais integrais, acima das condições circunstanciais dos Serviços de Saúde Mental.

Entretanto, as pessoas neste movimento não se chamam uns aos outros de usuários, mas companheiros, participantes e amigos.

Queremos ser autores do nosso próprio destino.

Desejamos a verdadeira integração na sociedade.

Direitos sociais (Carta de Direitos dos Usuários e Familiares dos Serviços e Saúde Mental. Santos, 1993:1)

Sobre os familiares, a carta apresenta apenas seus deveres, que são “[...] cuidar do seu parente enfermo e prestar-lhe toda a assistência necessária” e “[...] colaborar com o serviço que presta atendimento a seu parente” (Carta de Direitos dos Usuários e Familiares dos Serviços e Saúde Mental. Santos, 1993:3).

Até a formação da RENILA, em 2004, o MNLA realizou mais três encontros nacionais da Luta Antimanicomial e mais dois encontros nacionais de usuários e familiares. Segundo o documento de criação da RENILA, denominado “Manifesto pela Luta Antimanicomial: em boa companhia”, foi no IV Encontro Nacional de Usuários e Familiares em Goiânia, no ano 2000, e no V Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial, em Miguel Pereira, no ano de 2001, onde se acirraram as incompatibilidades entre grupos dentro do Movimento. Em 2002, na Plenária Nacional do MNLA, em São Paulo, a separação foi definida e, a partir daí, um grupo dissidente começou a se organizar no que seria hoje a Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial.

Atualmente o MNLA organiza-se em núcleos ou fóruns autônomos, com representação em todos os estados brasileiros, não havendo escala hierárquica entre eles. Há ainda uma Secretaria Nacional Colegiada responsável pela articulação nacional do movimento e por projetos desenvolvidos pelo MNLA¹³. O movimento não conta com financiamento ou apoio econômico de entidades de classe, os próprios militantes são responsáveis por garantir fundos para realização dos eventos e outras atividades do MNLA. Esse é um ponto complexo já que, por um lado, justifica o posicionamento do MNLA de buscar formas de organização mais autônomas e menos verticalizadas, por outro lado, torna o cotidiano e a manutenção organizacional do movimento difíceis. Por isso, a comunicação e a disseminação de informações são extremamente frágeis, ficando a mercê do voluntarismo e da militância (VASCONCELOS, 2012:62). Alguns dos militantes mobilizam articulações importantes para o movimento no meio acadêmico, mas com baixa capacidade de envolver usuários e familiares que, em sua maioria, possuem pouca escolaridade e baixa renda.

Em texto recente, Vasconcelos avalia os impasses políticos atuais do movimento e lista uma série de questões importantes para sua perenidade, que vão desde sua organização interna, suas relações tanto internas quanto externas, até a elaboração de estratégias políticas de luta. Nesse artigo, o militante do MNLA admite que se a

¹³ Fonte: http://movimentonacionaldelutaantimanicomial.blogspot.com.br/2011/11/blog-em-construcao_20.html, acesso em 22.07.2013, as 12hrs:39min.

organização permanecer desarticulada internamente e enfraquecida externamente acabará fragmentada e dispersa em suas ações políticas (op cit, 2012).

Em contrapartida, a RENILA tem uma articulação estreita com o Conselho Federal de Psicologia e suas sedes regionais, possui apoio financeiro e político dessa entidade e, desde 2011, compõem a base política da coordenação ATSMAD do Ministério da Saúde.

Segundo integrantes da RENILA seu desligamento do MNLA se justifica pela impossibilidade de sustentar o diálogo dentro do movimento, em sua carta de princípios a Rede colocou:

nossos fóruns nacionais passaram a reproduzir a mesma violência que sempre combatemos nas instituições manicomiais. No VI Encontro de Usuários e Familiares, em Goiânia, 2000, e no V Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial, em Miguel Pereira, 2001, tal violência manifestou-se de forma intolerável, impossibilitando a abordagem das divergências, o enfrentamento dos impasses e a tomada das decisões. Nossa participação na plenária nacional de São Paulo, em 2002, representou a última de numerosas e infrutíferas tentativas para colocar em pauta estes problemas e procurar saná-los. Desde então, afastamo-nos de um espaço organizativo que já romperá há muito com os princípios libertários e democráticos de sua origem, partindo para a constituição da Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (RENILA, 2003).

Desde então, a RENILA tem se organizado em núcleos regionais, perfazendo um total de 19 núcleos em 12 estados brasileiros. A Rede é coordenada por um colegiado composto por dois representantes de cada estado, escolhidos entre os núcleos de seus estados de origem. O colegiado é eleito a cada encontro nacional, previsto para ocorrer a cada dois anos. A adesão à RENILA é feita por pedido endereçado à rede nacional, onde o solicitante deverá declarar estar de acordo com os princípios da carta de fundação da RENILA e apresentar sua organização local caracterizando-a como núcleo da luta antimanicomial. A vinculação individual à Rede é feita através dos núcleos, que muitas vezes se confundem com associações e outros tipos de organizações de atuação regional¹⁴.

¹⁴ Informações retiradas do sítio eletrônico da RENILA, que está vinculado ao Observatório de Direitos Humanos do Conselho Federal de Psicologia. Disponível em: <http://osm.org.br/osm/sobre/>, acesso em: 20.09.2013 as 13hrs:40min.

Os núcleos são as bases da Rede e tem autonomia para sua própria organização. A carta de princípios da RENILA define os núcleos como

[...] organizações autônomas e militantes de portadores de transtorno mental, seus familiares, trabalhadores de Saúde Mental, etc, que empreendam efetivamente, a nível local ou estadual, as ações e os enfrentamentos exigidos pela construção de uma sociedade sem manicômios (RENILA, 2003).

Enquanto pauta política os dois ramos do Movimento Antimanicomial compartilham os ideais da reforma psiquiátrica pelo fim dos manicômios. A forma de organização, as alianças e meios de prover e tornar concreto esse ideal é que divergem na prática. Com a dissidência da RENILA do MNLA, as disputas em torno da Coordenação Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde se acirraram, com conflitos entre lideranças dos ramos do movimento e, em algumas ocasiões, entre lideranças de um mesmo ramo. Apesar da unidade no ideal da reforma psiquiátrica, a existência de duas tendências dominantes no Movimento Antimanicomial acaba por se manifestar no desenho e na condução da Política Nacional de Saúde Mental.

Não é possível desprezar o fato de que as gestões dos governos, principalmente federal, são influenciadas pela filiação a determinado grupo político, consequentemente a um dos ramos do Movimento Antimanicomial. Atualmente, ano de 2014, a gestão da ATSMAD/MS é coordenada por um grupo de São Paulo que possui uma relação estreita com lideranças do Fórum Mineiro de Saúde Mental, vinculado à RENILA, que fazia oposição à gestão anterior. Este exemplo mostra que o fato de um militante estar no governo não necessariamente o desvincula de suas bases de origem, na medida em que são as articulações entre movimento social e poder público que sustentam esse lugar institucional. Há também aqueles casos em que a opção política é por uma pessoa estritamente técnica e não por um militante, o que não tem sido comum nos últimos 20 anos na gestão da Política Nacional de Saúde Mental brasileira, conforme mostra o quadro a seguir.

Quadro 3. Coordenadores e vice-coordenadores da ATSMAD/MS.

Ano	Coordenadores/vice-coordenadores	Naturalidade	Formação
1991	Domingos Sávio de Oliveira Eliane Seidel	Rio de Janeiro-RJ	psiquiatra, funcionário de carreira do Ministério da Saúde, militante do movimento antimanicomial, fundador do Instituto Franco Basaglia.
1993/ 1994	Eliane Seidel	Brasília-DF	psicóloga, professora da UnB.
1995	Alfredo Schetmann	Rio de Janeiro-RJ	psiquiatra, funcionário de carreira do Ministério da Saúde.
1998	Ana Pitta Alfredo Schetmann	Salvador-BA	psiquiatra, professora da UFBA, militante do movimento antimanicomial e autora de livros importantes sobre temas relativos à saúde mental e à reforma psiquiátrica.
2000	Pedro Gabriel Godinho Delgado Alfredo Schetmann	Rio de Janeiro-RJ	psiquiatra, ex-coordenador de saúde mental do Rio de Janeiro, professor do Instituto de Psiquiatria da UFRJ. Autor de livros importantes sobre temas relativos à saúde mental e à reforma psiquiátrica.
2011	Roberto Tycanori Fernanda Nicácio	São Paulo-SP	psiquiatra, coordenador de saúde mental de Santos-SP durante o governo Davi Capistrano, professor da UNIFESP. terapeuta ocupacional, professora da USP. Participou da reforma santista no mesmo período em que Tycanori foi coordenador.

Fonte: elaborado pela pesquisadora.

Entre os espaços consolidados institucionalmente para diálogo com o governo federal, os dois ramos do Movimento Antimanicomial participam da Comissão Intersetorial de Saúde Mental (CISM), que tem assento no Conselho Nacional de Saúde (CNS). Participam também de Grupos de Trabalho, comissões, reuniões, entre outros dispositivos criados pela ATSMAD/MS para diálogo sistemático com usuários, familiares e trabalhadores. Outro espaço de diálogo entre sociedade civil e poder público são as Conferências Nacionais e suas etapas preparatórias, onde as reivindicações dos movimentos sociais tornam-se diretrizes para a construção de políticas públicas.

1.2.2 As Conferências Nacionais de Saúde Mental

As Conferências Nacionais de Saúde Mental refletem o cenário político e o nível de mobilização social do momento vivido pela reforma psiquiátrica antimanicomial. Além disso, são espaços institucionais de diálogo entre os diferentes atores sociais envolvidos nesse processo de construção, onde a sociedade civil organizada expõe e participa concretamente da elaboração e aprovação dos princípios, diretrizes e proposições para a Política Nacional de Saúde Mental. Por isso, constituem-se momentos privilegiados para efetivação das pautas do movimento social, num processo de transição entre a luta política de base e as reivindicações populares à política pública.

A I Conferência Nacional de Saúde Mental aconteceu em 1987, ano em que o Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental agregou a sua luta usuários e familiares em defesa de uma reforma psiquiátrica antimanicomial. Desde então foram realizadas mais três conferências nacionais:

- a II CNSM, de 1992, com o tema *A Reestruturação da Atenção à Saúde Mental no Brasil*;
- a III CNSM, ocorrida em 2001, com o tema *Cuidar sim, excluir não. – Efetivando a Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social*; e
- a IV CNSM, conhecida com IV CNSM – Intersetorial, realizada em 2010, com o tema *Saúde Mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios*.

A I CNSM data da antiga Divisão Nacional de Saúde Mental, as pautas debatidas tinham relação direta com o processo de redemocratização do país, com a chegada da nova constituição federal e a instituição do Sistema Único de Saúde. Os debates da conferência foram divididos em três eixos principais: 1) Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental; 2) Reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental; e 3) Cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental.

O relatório não apresenta o processo de organização da Conferência, nem mesmo sua composição geral, informa apenas que houve 176 delegados eleitos em pré-conferências estaduais. A comissão organizadora da I CNSM foi composta por

representantes do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social/MPAS, da Secretaria de Ensino Especial/MEC, do Conselho Federal de medicina/CFM, do Conselho Federal de Psicologia/CFP, do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional/CONFITO, da Associação Brasileira de Psiquiatria/ABP, da Sociedade de Neurologia, da Psiquiatria e Higiene Mental do Brasil. A Comissão de Redação do Relatório foi composta por representantes das cinco regiões brasileiras e a Comissão de Fiscalização e Acompanhamento reuniu representantes dos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Paraná, Pará e Alagoas, bem como do Distrito Federal.

No texto de abertura do relatório final da I CNSM o presidente da conferência, Dr. Evaldo Gomes Leite Vieira, afirmou a importância do evento para a comunidade científica, em especial para a psiquiatria, e para uma ampla mobilização de diversos setores da sociedade na discussão sobre a assistência ao doente mental¹⁵. Como anexo do documento, está a “Proposta de Política de Saúde Mental da Nova República”, que enfatizava a assistência ambulatorial e atividades de reintegração social, em detrimento a hospitalização psiquiátrica (BRASIL/MS, 1987:40). Dentre as propostas estavam a criação de centros de reabilitação médico-sociais nos hospitais psiquiátricos, de programas de reabilitação para o trabalho com unidades de internação parcial (hospital/dia, hospital/noite) e de programas de ressocialização onde famílias poderiam “acolher e zelar, sob supervisão, por doentes incapacitados” (op cit, p.41). O documento propunha ainda transformar hospitais psiquiátricos privados em polos de saúde mental em cogestão com o Ministério da Saúde.

A II CNSM nasceu em outro cenário, a Divisão Nacional de Saúde Mental foi substituída pela Coordenação Nacional de Saúde Mental, dirigida por um militante da reforma psiquiátrica antimanicomial. Diferente da I CNSM, a II Conferência contou com a sociedade civil organizada em torno da luta antimanicomial, lembrando que em 1987 foi escrita e amplamente divulgada a Carta de Baúru, manifesto de fundação do MNLA. Além disso, esta conferência foi precedida pela Conferência de Caracas e pela IX Conferência Nacional de Saúde, que reafirmou a importância da “[...] municipalização da saúde, com ênfase no controle social, definindo o nível local como estratégico na democratização do Estado e das políticas sociais” (BRASIL/MS, 1994:4).

O processo de organização da II CNSM teve início com a formação de uma Comissão Organizadora que reuniu representantes de usuários e familiares e de outros

¹⁵ Termo utilizado em todo documento.

segmentos da sociedade civil, prestadores privados de serviços, conselhos na área de saúde e governos. Na etapa preparatória ao encontro nacional foram realizadas 150 conferências municipais ou de abrangência regional, 24 conferências estaduais, com composição paritária de representantes da sociedade civil e governo, culminando com a eleição de 500 delegados. Além desses delegados, foram escolhidos nas conferências estaduais 320 pessoas que participaram da etapa nacional como observadoras, mais 150 como ouvintes e outras 100 como convidadas, sendo 15 personalidades estrangeiras e representantes de organismos internacionais (op cit).

Apesar de toda essa mobilização, a II CNSM trouxe como diferencial a participação efetiva de usuários em todas as etapas da conferência. Os usuários contribuíram com os debates e as deliberações com depoimentos pessoais, intervenções culturais e a defesa de seus próprios direitos (op cit, 1994:4-5).

Três grandes temas estruturaram os trabalhos realizados na II Conferência, 1) rede de atenção em saúde mental; 2) transformação e cumprimento de leis; e 3) direito à atenção e direito à cidadania. O documento final da conferência apresenta uma diferença substancial do discurso em relação à concepção da doença mental, o que permitiu a criação de outras formas de cuidado, com uma proposta distinta de rede de cuidado, não mais centrada na ambulatorização e na hospitalização. A rede de cuidados passou a envolver serviços abertos e comunitários, municipalizados, integrados a políticas sociais de educação, cultura, esporte e lazer, seguridade social e habitação, apontando para uma prática intersetorial e também de caráter preventivo (op cit, p.7).

A II CNSM propôs o redirecionamento dos recursos investidos pelo poder público em manicômios para serviços extra-hospitalares ligados à rede pública de saúde, congregando

[...] oficinas terapêuticas e cooperativas; unidades ambulatoriais de tratamento intensivo (hospitais-dia, hospitais-noite, centro de atenção psicossocial, núcleo de atenção psicossocial etc.); lares abrigados e oficinas abrigadas (fora dos manicômios); bem como garantir o atendimento em saúde mental e emergências psiquiátricas em hospital geral (op cit, p.14).

A II CNSM deliberou também questões relativas à saúde do trabalhador, ao tratamento a dependentes químicos, aos direitos civis e de cidadania da pessoa com

transtorno mental, todos em consonância com as diretrizes gerais da nova Política Nacional de Saúde Mental.

Passados dez anos, foi realizada a III CNSM, precedida, por menos de um ano, da publicação da lei 10.216/2001, Lei de Reforma Psiquiátrica. Apesar do curto espaço de tempo para organização, foram apenas seis meses da convocatória à etapa nacional do evento, todo processo envolveu a realização de 163 Conferências Municipais e 173 Micro-regionais e Regionais, diversas plenárias locais, mobilizando cerca de 30.000 pessoas. Na etapa estadual foram realizadas conferências em todos os estados, com a participação de cerca de 20.000 pessoas. A etapa nacional, realizada em Brasília, reuniu 1.700 participantes, entre inscritos e convidados. Além dessas três etapas da Conferência, foram realizados eventos de âmbito nacional para discussão de temas específicos, considerados pré-conferência. Cabe destacar aqui o Seminário Nacional “Direito à Saúde Mental”, sobre a regulamentação e aplicação da lei 10.216/2001¹⁶; o Seminário Nacional sobre Infância e Adolescência, no Rio de Janeiro; e o lançamento da edição em português do “Relatório sobre Saúde Mental no Mundo 2001 – Saúde Mental: nova concepção, nova esperança”, da OMS (BRASIL/MS, 2002:15-16).

Os debates e deliberações da III CNSM foram organizados a partir de quatro eixos temáticos, a saber: 1) financiamento; 2) recursos humanos; 3) controle social e acessibilidade; e 4) direitos e cidadania. No que diz respeito à reorientação do modelo assistencial em saúde mental, a III Conferência reafirmou a importância dos princípios do SUS na implementação das ações de saúde mental nos municípios. Tendo como pressupostos a inclusão social e o enfrentamento de preconceitos sobre o transtorno mental, buscando a convivência com a diferença e articulando as ações de saúde mental a outras políticas sociais. Reafirmou ainda que a reorientação do modelo assistencial deveria considerar a concepção de saúde como processo e não como ausência de doença. Por fim, colocou a necessidade de agilizar a substituição do modelo hospitalocêntrico, por meio da implementação de redes substitutivas pelos municípios em consonância com as diretrizes colocadas anteriormente (op cit p.67-68). Para tanto, o relatório da III Conferência trouxe a importância de se investir na qualificação dos trabalhadores da saúde mental, numa remuneração justa e na saúde mental destes profissionais.

¹⁶ Sobre este evento ver: BRASIL/CÂMARA DOS DEPUTADOS. Seminário Direito à Saúde Mental: regulamentação e aplicação da lei 10.216. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2002.

Sobre o financiamento o relatório trouxe como princípio que os recursos deveriam ser centrados na pessoa e não nos serviços, privilegiando a municipalização, investindo em ações na atenção básica; na atenção diária (Caps, Naps, etc.); moradia (lares abrigados e serviços residenciais terapêuticos¹⁷); atenção à dependência química, à infância e adolescência, aos deficientes mentais, às mulheres, aos indígenas e aos idosos; atenção à saúde mental nos hospitais gerais; emergência psiquiátrica; serviços interconsultas; e convivência e geração de renda (centros de convivência¹⁸, oficinas terapêuticas, cooperativas de trabalho) (BRASIL/MS, 2002:86).

Esta Conferência trouxe como uma de suas inovações o incentivo à educação e à cultura. Houve propostas no campo dos direitos e da cidadania que priorizavam políticas de fomento à autonomia dos usuários, em detrimento a iniciativas tutelares. O relatório deu destaque às propostas relacionadas à inserção social por meio do trabalho, através de projetos de geração de trabalho e renda e cooperativas sociais. Além disso, essa conferência ressaltou a importância da mobilização de usuários, familiares e trabalhadores da saúde mental em espaços de controle social, tais como conselhos, comissões, fóruns e conferências para acompanhar e induzir a construção de políticas locais, estaduais e federais de saúde mental (op cit, p.141).

A quarta e última Conferência Nacional de Saúde Mental foi realizada em 2010, com um intervalo de dez anos da terceira conferência. A terceira e a quarta conferências foram realizadas durante a gestão de Pedro Gabriel Delgado. Delgado participou da segunda conferência como representante do Movimento da Luta Antimanicomial, naquela época Domingos Sávio de Oliveira estava na direção da então Coordenação Nacional de Saúde Mental.

¹⁷ Serviços Residenciais Terapêuticos/Residências Terapêuticas/lares abrigados/moradias assistidas “são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, egressas de hospitais psiquiátricos, hospitais de custódia ou em situação de vulnerabilidade. Os direitos de morar e de circular nos espaços da cidade e da comunidade são os mais fundamentais direitos que se reconstituem com a implantação de SRTs nos municípios. Este é um dos principais equipamentos para a efetivação de processos de desinstitucionalização de pessoas longamente internadas”. Para saber mais, ver: *Residências Terapêuticas: o que são e para que servem*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

¹⁸ “Os Centros de Convivência e Cultura são dispositivos públicos que compõe a rede de atenção substitutiva em saúde mental e que oferecem às pessoas com transtornos mentais espaços de sociabilidade, produção cultural e intervenção na cidade. O valor estratégico e a vocação destes Centros para efetivar a inclusão social residem no fato de serem equipamentos concebidos fundamentalmente no campo da cultura, e não exclusivamente no campo da saúde. Os Centros de Convivência e Cultura não são, portanto, equipamentos assistenciais e tampouco realizam atendimento médico ou terapêutico. São dispositivos públicos que se oferecem para a pessoa com transtornos mentais e para o seu território como espaços de articulação com a vida cotidiana e a cultura” (BRASIL/MS, 2007:64).

A IV CNSM-I surgiu num novo cenário, onde o acúmulo de debates e práticas inovadores no campo da saúde mental se reflete de forma decisiva nas discussões e resultados desta última conferência. O tema da IV Conferência pode ser lido tanto como uma tradução do que vem ocorrendo no campo quanto uma convocatória para a intersectorialidade. A saúde mental demanda integralidade, mobilizando diferentes dimensões da vida dos sujeitos, demandando uma política de saúde mental que articule ações e outras políticas sociais. A IV Conferência seguiu esta linha, trazendo ao diálogo e à parceria representantes dos campos da educação, da cultura, dos direitos humanos e do trabalho.

Exemplo desta iniciativa foi a realização de uma Feira de Cooperativismo Social e Economia Solidária, organizada por trabalhadores de empreendimentos da saúde mental, e de egressos do sistema prisional, em conjunto com a Incubadora Tecnológica de Cooperativas Populares da UFRJ (ITCP/COPPE/UFRJ), a Incubadora Tecnológica de Cooperativas Populares da UFJF (Intcoop-UFJF), a Secretaria Nacional de Economia Solidária (SENAES/MTE) e o Ministério da Saúde, num exercício de cidadania e participação democrática¹⁹.

Contribuindo para seu caráter intersectorial, a IV CNSM-I foi precedida pela II Conferência Nacional de Economia Solidária, que teve como uma de suas conferências preparatórias a I Conferência Temática de Cooperativismo Social. Esta conferência serviu de espaço privilegiado para discussão e deliberações sobre o tema do cooperativismo social e de sua composição intersectorial, reunindo representantes da saúde mental, do sistema prisional, do sistema socioeducativo e de pessoas com deficiência, tanto da sociedade civil quanto do poder público²⁰. Seu relatório final foi distribuído nas Conferências Nacionais de Economia Solidária e Saúde Mental, subsidiando discussões e deliberações sobre o cooperativismo social. Além disso, houve participação de representantes da saúde mental na II Conaes, o que se refletiu nas deliberações registradas no documento final desta conferência²¹.

¹⁹ Acompanhei o processo de organização da feira e as atividades relativas ao tema da inserção laboral ocorridas durante o evento.

²⁰ Para saber mais sobre este evento ver a publicação: BRASIL/SENAES/MTE. *Conferência Temática de Cooperativismo Social*. Caderno Temático. Brasília: 2010.

²¹ BRASIL/SENAES/MTE. *Documento Final*. Pelo direito de produzir e viver em cooperação de maneira sustentável. Brasília: SENAES/MTE, 2010.

A etapa nacional da IV CNSM-I reuniu cerca de 1500 pessoas (delegados, observadores e convidados) e foi precedida por 359 conferências municipais, mobilizando cerca de 1200 municípios, e 205 conferências regionais.

O cenário político e social desta conferência também foi outro ponto de distinção das demais, as discussões dentro do Conselho Nacional de Saúde sobre a necessidade de uma conferência de saúde mental intersetorial não coincidiram com as conferências de caráter geral incentivadas pelo Conselho (op cit, p.10). A realização da Marcha dos Usuários de Saúde Mental, organizada pela RENILA, mas com mobilização ampla de diferentes segmentos, entidades e ramos do Movimento Antimanicomial foi determinante para a efetivação de uma conferência intersetorial. O Relatório Final da IV CNSM-I trouxe ainda como elementos que compuseram o cenário da conferência

[...] a ampliação e difusão territorial dos novos serviços, com incremento do número de trabalhadores de saúde mental, em um contexto de terceirização e precarização do emprego, e com amplo contingente de trabalhadores com inserção recente nas atividades profissionais e no ativismo político do campo; a diversificação do movimento antimanicomial, com o surgimento de tendências internas organizadas; a presença e participação mais ativa e autônoma dos usuários e familiares; a presença de diversas agências e atores políticos interssetoriais; as novas características do trabalho e de tecnologia em saúde mental no SUS, com repercussões na organização e representação política de parte dos médicos do país, com novas exigências corporativistas, e, particularmente na psiquiatria, com nova ênfase no modelo biomédico e forte explícita campanha contra a reforma psiquiátrica; uma expansão de serviços públicos de saúde mental que não foi acompanhada por uma oferta e capacitação compatível de profissionais em saúde mental; o pânico social gerado pela campanha da mídia em torno do uso do crack no país, com enormes repercussões políticas, gerando significativas pressões e demandas de alguns setores por serviços de internação hospitalar apresentados como resposta única; o cronograma apertado para a realização da Conferência, determinado pelo calendário eleitoral (op cit, p.10).

Apesar das dificuldades impostas pelo cenário político e pela complexidade característica ao campo da saúde mental, a IV CNSM-I resultou em mais de 1500 resoluções, que foram reunidas e sistematizadas pela comissão de relatoria a partir de três eixos estruturantes: 1) políticas sociais e políticas de Estado: pactuar caminhos interssetoriais; 2) consolidar a rede de atenção psicossocial e fortalecer os movimentos sociais; e 3) direitos humanos e cidadania como desafio ético e interssetorial.

Com exceção da I CNSM, quando ainda não havia um movimento organizado da sociedade civil em torno da reforma psiquiátrica antimanicomial, as demais conferências nacionais contaram com apoio e participação crescente dos diferentes segmentos que militam no campo da saúde mental. A participação popular cada vez mais ativa nesse processo foi percebida nas dinâmicas que envolveram tanto a organização das conferências, as conferências em si e seus resultados finais.

As conferências são espaços de encontro, onde se confraterniza, mas também arenas de luta e confronto político, de alianças e disputas. Logo após a IV CNSM, houve mudanças na coordenação da área técnica de saúde mental do Ministério da Saúde.

1.3 Saúde Mental como Política Pública Nacional

A possibilidade de construção de uma Política Pública de Saúde Mental é recente no Brasil e surge no bojo de uma série de mudanças que o próprio país viveu na transição da ditadura à democracia. Os processos sociais emergentes nesse momento político culminaram em um conjunto de mudanças em diversas áreas. A saúde foi apenas uma delas e serviu de experiência angular imersa na democratização do país. A reforma sanitária, a criação do SUS com a constituição de 1988, os princípios de universalização, descentralização, participação popular e integralidade foram determinantes na construção de políticas sociais. A própria Política Nacional de Assistência Social, nos últimos anos, vem sendo reorganizada aos moldes do SUS.

O diálogo e a participação de militantes da saúde mental, notadamente, profissionais que atuavam na assistência psiquiátrica, com agentes da reforma sanitária e da construção do SUS foram significantes na construção da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM). As bases dessa política reúnem forças articuladas ao setor mais amplo da saúde e, mais recentemente, outros campos e saberes, na busca por respostas aos desafios impostos pela vivência da loucura. É esta complexidade que provoca a emergência de pautas cada vez mais específicas, que permitem tecer a amplitude da política. O tema trabalho é exemplo disso, educação e cultura também. Para lidar com o tema trabalho, a PNSM teve que mobilizar novos agentes sociais, outras políticas, possibilitando um processo em rede, de suporte e alianças.

A reconstrução histórica feita anteriormente permite a leitura de um cenário entrelaçado por ações da sociedade civil e do poder público. O fim da Divisão Nacional de Saúde Mental e a criação da Coordenação Nacional de Saúde Mental exemplificam o diálogo entre poder público e sociedade civil, lembrando que a Coordenação nasce na impossibilidade da Dinsam em sustentar as novas práticas alinhadas às diretrizes do Sistema Único de Saúde.

A criação da Coordenação Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde, em 1991, foi um marco institucional da construção da Política Nacional de Saúde Mental. Marco na esfera institucional porque no âmbito das lutas sociais já havia mobilização de trabalhadores, usuários e familiares organizados e reivindicando mudanças radicais na assistência. A política pública de saúde mental ganha corpo e conquista efetividade a partir da constituição de novos conceitos e normativas tecidos no diálogo com o movimento antimanicomial.

O marco conceitual da Reforma vem sendo construído na dialética entre o cotidiano das experiências, a clínica e a política. Usuários, seus familiares, profissionais dos serviços, pesquisadores, estudantes universitários, gestores, entre outros agentes sociais, contribuem nesse processo. A intersetorialidade e o diálogo entre diferentes escolas teóricas também contribuem, oferecendo ferramentas conceituais e diferentes linhas de pensamento sobre a reforma.

O marco normativo da Reforma é resultado da tecitura entre momento histórico, político e social, e marco conceitual, tanto no que diz respeito a sua elaboração enquanto norma, quanto no que se refere à possibilidade de se constituir como marco conceitual. Borges & Baptista (2008) sistematizaram a produção normativa no campo da Reforma Psiquiátrica entre os anos de 1990 e 2004, utilizando como referência o que foi produzido a partir da criação da Coordenação Nacional de Saúde Mental no Ministério da Saúde. As autoras definiram quatro momentos a partir da análise dessas normativas, classificando-os como momentos: germinativo, de latência, de retomada e de expansão.

O momento germinativo da política compreenderia os anos de 1990 a 1996, período que se confunde com a primeira gestão da Coordenação Nacional de Saúde Mental. Esse primeiro momento foi marcado por ajustes políticos, alianças tanto internas quanto

externas ao poder executivo, houve também a articulação de gestores estaduais de saúde mental em um colegiado, o que permitiu um diálogo mais sistemático com a coordenação nacional.

Foram publicadas as primeiras portarias que regulamentam a PNSM, a primeira delas, a portaria nº189/1991, que alterou a forma de financiamento das ações e serviços de saúde mental, permitindo que Caps, oficinas terapêuticas e atendimento em grupo pudessem ser financiados pelo SUS. Essa portaria lançou as bases da PNSM, pois definiu seu financiamento e desdobrou-se em outras normativas. Essas normativas podem ser definidas a partir de quatro linhas de ação: 1) qualificação/desospitalização, que previu a classificação das unidades hospitalares e seu possível descredenciamento caso esteja fora dos padrões estabelecidos; 2) avaliação, que envolveu inspeções a hospitais que tinham sido objeto de denúncia, com aplicação de sanções; 3) autorização de internação hospitalar (AIH), com a regulamentação do processo de pagamento das internações psiquiátricas, definindo prazos e duração das internações; e 4) Centros de Atenção Psicossocial (Caps) e Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), que dispunha sobre procedimentos que visavam uma assistência de base comunitária, tais como oficinas, grupos, etc.

O segundo momento descrito por Borges & Baptista foi definido pelas autoras como período de latência, quando houve mudanças na coordenação da área de saúde mental e também na estrutura do próprio Ministério da Saúde. Nesse período foram publicadas apenas duas normativas, a portaria que regula a aquisição de medicamentos essenciais para a área de saúde mental (PT GM nº 1.077/1999), e a lei que institui as cooperativas sociais (lei nº 9.867/1999), que vinha sendo discutida no bojo da lei de reforma psiquiátrica, publicada em 2001.

O terceiro momento, denominado período de retomada, compreende os anos de 2000 e 2001, quando novas mudanças da estrutura do Ministério da Saúde beneficiaram a área de saúde mental e quando houve abertura para alavancagem da política. Nesse período foi publicada a portaria nº106/2000, que instituiu os serviços residenciais terapêuticos, resultado de articulações da gestão anterior da coordenação de saúde mental. Por pressão do movimento social, que deu visibilidade a denúncias de maus-tratos e péssimas condições da assistência psiquiátrica, o Ministério da Saúde publicou a portaria GM nº 799/2000, que retomou a desospitalização, mas com ênfase na avaliação das unidades

hospitalares. Essa portaria criou o Programa Permanente de Acompanhamento e Organização das Ações Assistenciais em Saúde Mental.

Ainda em 2000, Pedro Gabriel Delgado assume a coordenação da área de saúde mental do Ministério da Saúde. Esse período de retomada foi marcado pela publicação da lei nº 10.216/2001, Lei da Reforma Psiquiátrica, e pela realização da III CNSM. A III Conferência Nacional deu a linha de trabalho da nova coordenação, suas propostas deram origem a uma série de portarias publicadas nos anos seguintes.

O quarto e último momento caracterizado pelas autoras foi denominado período de expansão, que se estende de 2002 a 2004. Nesse período a avaliação dos hospitais psiquiátricos foi aprimorada com a criação do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH - Psiquiatria), que tornou as vistorias às unidades hospitalares mais técnicas e frequentes. Em 2004, foi criado o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar, que visava à diminuição do porte dos hospitais psiquiátricos com a redução de leitos.

Em 2003 foi lançado o Programa De Volta pra Casa, instituído pela lei nº 10.708/2003, que dispõe sobre o auxílio-reabilitação psicossocial para pessoas egressas de longas internações psiquiátricas. Apesar de oficializado somente em 2003, o auxílio-reabilitação vinha sendo discutido desde 1990, sua efetivação ganhou força com a publicação da lei de Reforma Psiquiátrica e com a III CNSM. Esse benefício tem caráter indenizatório, o que permite ser cumulativo com outros benefícios sociais oferecidos pelo governo federal. A possibilidade de ter uma renda mensal, de tirar toda documentação, abrir uma conta bancária, aprender a gerir o dinheiro, configura-se parte do processo de reabilitação psicossocial dos beneficiários do Programa.

Também em 2002 foram criadas tipologias para os Caps, regulados pelas portarias 336/2002 e 189/2002, tendo como parâmetros o porte populacional (Caps dos tipos I, II e III) e a especificidade da clientela do serviço (Caps infanto-juvenil e Caps para álcool e outras drogas). A partir de 2004 uma série de outras ações foi desenvolvida, sem alterações na gestão da Coordenação Nacional de Saúde Mental até 2011.

Entre os anos de 2003 e 2006²² as ações da gestão federal da Política de Saúde Mental se concentraram na expansão da rede de serviços substitutivos paralela ao processo de desinstitucionalização e a redução de leitos em hospitais psiquiátricos. Esse período foi marcado pelo cadastro de mais de 1.000 Caps em funcionamento, vinculados à rede SUS, e a superação do montante de recursos financeiros investidos na rede extra-hospitalar, em relação aquele destinado aos hospitais psiquiátricos (BRASIL/MS, 2007:7). Essa reconversão dos recursos sugere uma mudança real do modelo de assistência em saúde mental. Nesse período iniciam, de forma sistemática, as ações em parceria com outras políticas sociais, com processo de institucionalização da prática intersetorial por meio de portarias interministeriais.

Como exemplo de ação intersetorial cabe citar a Política de Saúde Mental para a Infância e Adolescência, com a instituição, em 2004, do Fórum Nacional de Saúde Mental Infante-Juvenil²³, que reúne diferentes setores da sociedade civil e do poder público. Outro exemplo é o Programa de Inclusão pelo Trabalho, criado também em 2004, com a realização da *I Oficina de Experiências de Geração de Renda e Trabalho de Usuários de Serviços de Saúde Mental*, que contou com a participação de pessoas do campo da saúde mental e da economia solidária. Nesta ocasião foi selada a parceria institucional entre o Ministério da Saúde, representando pela ATSMAD/MS, e o Ministério do Trabalho e Emprego, representando pela SENAES/MTE. No ano seguinte, ambos os ministérios assinam uma portaria que criou o Grupo de Trabalho Saúde Mental e Economia Solidária, que resultou na portaria 1.169/2005 que destinava recursos financeiros para municípios que desenvolvessem ações de inclusão social de usuários da rede de saúde mental pelo trabalho.

Na linha da intersetorialidade, em 2006, foi criado o Núcleo Brasileiro de Direitos Humanos e Saúde Mental, com composição intersetorial²⁴, instituído por meio de parceria entre o Ministério da Saúde e a Secretaria Especial de Direitos Humanos. Cabe citar ainda as articulações com diferentes áreas da Cultura, com o Comitê Técnico de Saúde da População Negra, com o Programa Brasil sem Homofobia, com a Área Técnica de Saúde

²² Mais informações sobre as ações do Ministério da Saúde neste período ver publicação: BRASIL. *Relatório de Gestão 2003-2006*. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Brasília: MS, 2007.

²³ Portaria nº 1.608/2004.

²⁴ Portaria Interministerial nº 3.347/2006.

da Mulher do Ministério da Saúde, com o Ministério da Justiça na discussão sobre os manicômios judiciários, entre outras (BRASIL/MS, 2007:41-51).

Entre os anos de 2007 e 2010²⁵, período que compreende a segunda gestão do governo Lula, foi dada continuidade à agenda desenhada no período que a precedeu, consolidando o modelo de atenção à saúde mental e o caráter intersetorial da PNSMAD. Duas questões marcam este período e permanecem em aberto, a primeira diz respeito à assistência ao usuário de drogas e, a segunda, à formação e produção de conhecimento para a saúde mental pública (BRASIL/MS, 2011b).

No que diz respeito às drogas vale destacar o surto midiático em torno do crack e os reiterados ataques à PNSMAD, denunciando uma suposta incapacidade da política, e do próprio Ministério da Saúde, de responderem de forma efetiva a essa questão. Outro ponto em que a PNSMAD sofreu críticas foi ao processo de redução de leitos psiquiátricos, que teria sido feito de forma inadequada, deixando pacientes em risco de desassistência. Por fim, o terceiro ponto de embate enfrentado pela PNSMAD foi protagonizado pelas entidades corporativas que atuam no campo da saúde mental, em especial àquelas ligadas à medicina e à psicologia, que se consideraram alijadas das decisões e da execução da Política (op cit, 6).

Apesar do cenário de contendas e enfrentamentos, a PNSMAD executou a ampliação da cobertura da rede de saúde mental, principalmente em áreas de difícil acesso, tais como as regiões do Amazonas e do Centro-Oeste, não só com a implementação de Caps, mas também com a saúde mental na atenção básica.

Segundo informações do Relatório de Gestão 2007-2010, da ATSMAD/MS, o processo de desinstitucionalização tem sido feito num ritmo aquém do desejado, mas permanece contínuo. A abertura de leitos em hospitais-gerais e a implementação de Caps do tipo III, que funciona 24horas, continuam como desafios.

A parceria com a Economia Solidária foi considerada pela ATSMAD/MS como uma conquista efetiva e promissora, o ano de 2010 fechou com a marca de 640 empreendimentos da saúde mental cadastrados pelo Ministério da Saúde. A Política de

²⁵ Para mais informações sobre as ações do Ministério da Saúde neste período ver a publicação: BRASIL/MS. *Relatório de Gestão 2007-2010*. Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Brasília, MS, 2011.

Álcool e outras Drogas foi marcada pelo impacto do grave problema do aumento do consumo de crack em todo país, o que provocou ações emergenciais por parte da PNSMAD, com ênfase na disseminação de informações e com a criação do Plano emergencial de ampliação das ações de atenção em álcool e outras drogas e do Plano Interministerial Crack.

O período que compreende os anos de 2001 a 2010 foi cenário do processo de consolidação da superestrutura jurídica da Reforma Psiquiátrica, com o SUS ampliado, com o financiamento assegurado e com a criação de serviços. Em entrevista concedida para esta tese, Pedro Gabriel Delgado (2013), coordenador da ATSMAD/MS entre os anos de 2000 e 2011, afirmou que, apesar das conquistas dos últimos anos, ainda não houve a consolidação da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Para o ex-coordenador, o momento atual é de crise, crise dos limites impostos pelas condições estruturais à PNSMAD. Como exemplo desta crise acenada por Delgado, cabe citar alguns retrocessos no campo do cuidado a usuários de drogas, como a retomada da discussão sobre a internação compulsória e a adesão de capitais brasileiras a essa prática. Além disso, por determinação da presidenta da república, Dilma Roussef, houve a incorporação de Comunidades Terapêuticas, entidades de cunho religioso e confessional, que tem como prática a reclusão e a abstinência, como dispositivos assistenciais da rede SUS. A gestão atual da ATSMAD/MS, dirigida por Roberto Tycanori, assume a condução da PNSMAD nesse cenário de crise.

CAPÍTULO II

2. SAÚDE MENTAL E PROCESSOS DE RESIGNIFICAÇÃO DO TRABALHO

O primeiro capítulo mostrou que ao longo da história da psiquiatria o *trabalho* serviu como forma de domesticação dos corpos e restituição da razão e da normalidade, na crença de que a atividade produtiva seria, por excelência, terapêutica. Com as mudanças dos paradigmas de cuidado no campo da saúde mental, o *trabalho* passa a ser componente do que se chama hoje Reabilitação Psicossocial. Apesar das mudanças no campo da saúde mental, o *trabalho* persiste como suporte privilegiado de inscrição na estrutura social (CASTEL, 1998:24), seja essa integração feita de forma violenta ou na defesa do exercício da cidadania.

Este capítulo está organizado em três seções. A primeira introduz a discussão sobre a questão da centralidade do trabalho na vida social, buscando localizar os debates em torno da inserção laboral de usuários de saúde mental num cenário mais amplo. A segunda seção deste capítulo apresenta a noção de Reabilitação Psicossocial a partir de uma concepção clínica própria da reforma psiquiátrica antimanicomial para, em seguida, discutir a relação entre Reabilitação Psicossocial e *trabalho* no processo de resignificação do sentido atribuído à atividade laboral exercida por pessoas com transtorno mental dentro dos serviços de saúde mental.

A terceira e última seção discute o processo de resignificação do trabalho no campo da saúde mental, a partir dos diálogos com a experiência triestina de cooperativismo social, as iniciativas de cooperativismo popular e diferentes agentes da economia solidária.

2.1 Centralidade do *trabalho*

A questão da centralidade do *trabalho* pode ser abordada a partir de diferentes perspectivas, há estudos sobre o tema elaborados por psicólogos, sociólogos, economistas, alguns defendendo a centralidade da categoria *trabalho* na contemporaneidade, outros

defendendo o fim desta centralidade. Contra ou a favor, os debates acerca desta temática se fundamentam na premissa de que há uma separação entre natureza e cultura inaugurada pela intervenção do homem através do trabalho.

Autores como Gorz e Offe produziram reflexões importantes sobre uma suposta crise da centralidade do *trabalho*. Afirmando que o trabalho teria deixado de ser central como categoria social no contexto da atualidade na medida em que o aumento do desemprego tornou insustentável a estabilidade e a segurança dos indivíduos. Neste contexto, o *trabalho* deixaria de ser termômetro do exercício da cidadania e perderia seu potencial identitário. Esta compreensão acerca do *trabalho* restringe a prática produtiva ao emprego, às relações subordinadas, marcadas pelas figuras do patrão, do empregado e do salário. Uma visão ampliada da noção de trabalho abrangeria formas de trabalho domésticas, comunitárias, coletivas, informais, entre outras que não são guiadas por relações de subordinação. André Gorz é um dos autores que utiliza este argumento para defender o fim da centralidade do *trabalho*.

Gorz, autor de *Adeus ao Proletariado*, obra publicada no Brasil no início da década de 1980, afirma que o aumento do desemprego se deu com a emergência de uma nova ordem inaugurada pela microeletrônica. Segundo o autor, com a diminuição da quantidade de trabalho social disponível, o emprego tornou-se uma atividade provisória, acidental e contingente, alargando o número de indivíduos em atividades informais, não assalariadas. Esse contingente seria uma classe periférica à classe trabalhadora, desconsiderando formas de organização do trabalho que não se referenciam na relação patrão/empregado (GORZ, 1982:89 apud ORGANISTA, 2006:34). Para melhor compreender a perspectiva gorziana é importante ter claro que, para o autor, *trabalho* é toda atividade que não se restringe à subsistência, à reprodução ou à manutenção social no espaço doméstico, isto é, o *trabalho* deve estar situado no espaço público e seu valor de uso deve ser conferido e reconhecido na esfera pública (GORZ, 1991, apud BRAGA, 1996:96, In ORGANISTA, 2007:40).

A solução encontrada por Gorz para o cenário de desemprego crescente seria diminuir o tempo de trabalho para que o número de postos de trabalho fosse ampliado. Com a diminuição do tempo dedicado ao trabalho, os trabalhadores poderiam investir em outros espaços de socialização (ORGANISTA, 2007:46). Na leitura de Gorz, realizada por Organista, a sociedade estaria dividida em duas racionalidades, uma econômica e outra não

econômica. O trabalho estaria na esfera da racionalidade econômica e o tempo livre na esfera da racionalidade não econômica²⁶. Seria, então, no tempo livre que o indivíduo acessaria sua emancipação e não por meio do trabalho.

Outro autor que, como Gorz, está inserido no debate sobre o fim da centralidade do trabalho é Clauss Offe. Este autor busca justificar sua contraposição em relação à centralidade do *trabalho* no declínio do modelo de pesquisa centrado no *trabalho* (OFFE, 1989). Para Offe (1989) o *trabalho* deixou de ser

o mais importante princípio organizador das estruturas sociais, de que a dinâmica do desenvolvimento social não é concebida como nascendo dos conflitos a respeito de quem controla o empreendimento industrial; e de que a otimização das relações entre meios e fins técnico-organizacionais ou econômicos não é considerada a forma de racionalidade que prenuncia um desenvolvimento social posterior.

Offe (1989) coloca que há dois mecanismos principais dentro da sociologia que podem assegurar o papel central do trabalho na organização da vida de um indivíduo, são eles: a integração social, onde o trabalho é entendido como um dever; e a integração econômica, onde o trabalho é traduzido como necessidade. O primeiro caso diz respeito à moralidade atribuída ao trabalho, o segundo destaca a sobrevivência física dos indivíduos. Segundo o autor, um dos dois mecanismos, ou os dois, precisa ser desconstruído para justificar a perda da centralidade do *trabalho* na sociedade atual e é a este intento que Offe se debruçará.

No que diz respeito à integração social atribuída ao trabalho, Offe afirma que há um declínio ético do *trabalho* alimentado pela “erosão das tradições culturais religiosas ou leigas”, o que contribuiria para uma retração da função integradora do trabalho. Além disso, na visão do autor, o poder coercitivo exercido pela ética do trabalho tem sido enfraquecido porque os trabalhadores não encontram mais em seus ambientes de trabalho o reconhecimento necessário para colocarem em prática sua moralidade. Aproximando-se de Gorz, Offe pontua que a perda da centralidade do *trabalho* também está relacionada à

²⁶ Para Organista (2007:49), Gorz se aproxima de Habermas ao definir a sociedade em duas esferas, a autonomia (liberdade) e a heteronomia (necessidade). Isto por que, conforme será apresentado mais adiante, Habermas trabalhará com a visão de sistema e mundo vida, traduzida por Gorz como racionalidades econômica e não econômica.

diminuição significativa do tempo dedicado ao trabalho na vida das pessoas. Com o aumento do tempo livre, outras atividades passam a ganhar espaço na vida das pessoas em detrimento ao trabalho o que, segundo o autor, colocaria em dúvida a função privilegiada do trabalho na constituição identitária pessoal e social dos indivíduos.

Em relação à integração econômica pelo trabalho, o autor coloca que estudos em psicologia econômica apontam para uma assimetria entre o aumento da renda e a satisfação pessoal ou coletiva. Em contrapartida, autonomia, autoestima, felicidade familiar, lazer livre de tensões, provocam maior bem-estar e satisfação tanto individual quanto coletiva.

Em seu artigo *Trabalho: a categoria chave da sociologia?* (1989), Offe recorre a Habermas na afirmação de uma proposta teórica ao fim da sociedade do trabalho e de sua centralidade. Para Habermas a centralidade do *trabalho* foi substituída pela centralidade da esfera comunicacional ou da intersubjetividade. Na perspectiva do filósofo haveria dois constructos, o sistema, que abrangeria as esferas econômicas e políticas voltadas para a reprodução societal; e o mundo da vida, que envolveria os universos da subjetividade, da sociedade e da cultura. Nas esferas econômicas e políticas o controle seria exercido pelo poder e pelo dinheiro; no mundo vida, onde se estabeleceriam relações intersubjetivas, os seres se organizam a partir de suas identidades e dos valores que surgem na esfera da comunicação.

Antunes (2007:149-150) explica que em Habermas há um desacoplamento do mundo vida em relação ao sistema, com uma sobreposição do poder e do dinheiro, como meios de controle, sobre o sistema interativo (esfera comunicacional). Esse processo resultaria na *colonização do mundo vida*, com a racionalização na dinâmica da integração social. O lugar conferido à linguagem e à intersubjetividade seria tomado pelas esferas econômicas e políticas. Com isso, a esfera da linguagem e da comunicação conquistariam o lugar e o sentido privilegiados da emancipação. Habermas desconecta, então, as esferas do trabalho e da interação, separando o que é subjetividade daquilo que é considerado exterioridade.

Na crítica de Antunes à Habermas, o autor traz à cena outro filósofo, Lukács. Segundo Antunes (2007:158), Lukács, em sua *Antologia do Ser Social*, afirma a centralidade do *trabalho* na medida em que este é constitutivo do ser social, a partir de

uma relação dialética entre subjetividade e exterioridade. Nas palavras de Antunes, tanto Lukács quanto Habermas conferem lugar central à subjetividade, mas o tratamento dado a essa esfera é diferenciado nos dois pensadores. Em Lukács não há sentido na separação entre subjetividade e exterioridade, Habermas atribui complementaridade entre as duas esferas. Para Antunes, a relação binária estabelecida por Habermas entre sistema e mundo vida é desprovida de significado, na medida em que ambas são constitutivas da totalidade social. Antunes reafirma a centralidade do *trabalho* e seu vínculo intrínseco com a esfera da subjetividade.

Antunes (2007:137-142), revisitando a obra de Lukács, ressalta as afirmações desse autor que justificariam a centralidade da categoria *trabalho*. A primeira delas seria o elemento teleológico do *trabalho*, que diferencia o homem dos demais animais, pontuando a capacidade humana de idear e projetar o que será concretizado. As próprias etapas do processo de *trabalho* podem ser antecipadas à sua prática e realização, o que confere ao ato de trabalhar a possibilidade de oferecer forma à práxis social e, neste sentido, ao próprio ser social. Para Lukács o *trabalho* seria então a protoforma da práxis social, produzindo valores de uso, exprimindo a relação entre ser social e natureza no processo de transformação de objetos naturais em coisas úteis, desencadeando interações entre seres sociais, o que poderá resultar na produção de valores de uso. Esta práxis social interativa poderá motivar outros seres sociais à teleologia, ou seja, preceder o pensamento à produção.

Na perspectiva de Lukács, o trabalho está ligado diretamente ao processo de humanização do homem, de sua gênese ao seu desenvolvimento. Isto se dá porque é no trabalho que o homem encontra uma forma de mediação entre aquilo que deseja e sua satisfação, essa prática simultaneamente altera a natureza e autotransforma o ser que trabalha. Antunes alerta que isso não quer dizer que o sentido da vida seja o *trabalho*, mas sim que o trabalho seria meio de acessar outras formas de encontrar esse sentido, como a arte, o tempo livre, a pintura, a poesia e a liberdade. E é por meio dessas outras formas que o ser social poderia se humanizar e se emancipar em seu sentido mais profundo. A liberdade é um desses sentidos, na medida em que o ato teleológico em si é forma de expressão de liberdade. Isto porque o *trabalho* traduziria efetivamente a interação entre a subjetividade e a objetividade, a causalidade e a teleologia, a necessidade e a liberdade

(ANTUNES, 2007:145). Assim, na visão de Lukács, na análise de Antunes, as demais esferas da práxis social, de sentido interativo, são um prolongamento complexo da atividade laboral, reafirmando o trabalho como categoria fundante da práxis social (op cit, p.145).

Outro autor que defende a centralidade do trabalho é o economista Paul Singer. Singer reafirma o caráter integrador e identitário do trabalho, e critica a concepção de que o trabalho humano está próximo do fim pelo avanço tecnológico, ou seja, pela substituição do humano pela máquina. Para o autor, o que está chegando ao fim não é o trabalho humano, o que vem se transformando é o ordenamento social do trabalho humano (1999:61). A redução do trabalho assalariado, mesmo que extremamente significativa, não quer dizer redução do *trabalho*, mas sim do trabalho protegido legalmente e privilegiado socialmente. Para Singer, desse cenário de desemprego vem emergindo variadas formas de trabalho, inclusive formas que reverteriam o modelo tradicional que se estabelece na relação patrão-empregado. Singer dá ênfase às formas associativas de trabalho, onde os trabalhadores que estão desempregados buscam voltar à atividade econômica por meio de organizações de gestão coletiva e democrática. Como exemplo o economista cita o caso das fábricas que declaram falência, são assumidas e recuperadas pelos trabalhadores, tornando-se empresas autogeridas pelos trabalhadores que antes eram empregados.

O sociólogo Bruno Lautier (1999:14) também afirma a centralidade do trabalho na vida dos indivíduos, pontuando seu papel fundamental nos processos de socialização e reconhecimento. O trabalho permitiria ao indivíduo sair do espaço privado e ser reconhecido por outros, conquistando um lugar social diferenciado, conciliando sua existência individual e sua participação em um coletivo. O autor argumenta que a relação entre trabalho e socialização era estranha aos pensadores do século XIX, conforme é possível verificar na teoria desenvolvida por Marx.

Marx considerava que ao ser expropriado do seu próprio trabalho, o trabalho perderia seu sentido para o trabalhador. Isto porque o trabalhador é alienado ao processo de produção, não determina o que é produzido e, nem mesmo, como será produzido. Nestas condições, a socialização do trabalhador seria feita por intermédio das mercadorias por ele produzidas e que não carregam consigo a marca de seu produtor, não há uma relação identitária, nem mesmo de reconhecimento, entre produtor e produção. Por isso, na

perspectiva de Marx, a socialização não seria resultado da interação entre indivíduos, já que na sociedade capitalista o trabalho só adquire sentido a partir do momento que seu processo em si perde significado. Analisando a teoria proposta por Marx, Lautier afirma que ainda é uma questão em aberto se o sentido do trabalho estaria no processo em si, que envolve a tecitura de lugares sociais e identidades, ou nos resultados desse processo, que estão alienados do trabalhador.

Para o psicólogo social Christophe Dejours (2006) o sentido do trabalho estaria no exercício da atividade laboral, pois é por meio dessa atividade que o indivíduo se localiza socialmente e subjetivamente. É também através dessa atividade que o indivíduo estabeleceria uma relação identitária com seu ofício, que viria a servir, em diferentes ocasiões de sua vida, como mediadora nas relações com outros indivíduos, conferindo a esse indivíduo reconhecimento na esfera coletiva. O mesmo autor tem desenvolvido estudos importantes acerca do sofrimento que advém do trabalho. Dejours (19:2006) coloca que o trabalho pode causar sofrimento moral e físico, onde as relações de trabalho entre patrões e empregados e entre os próprios empregados são marcadas por injustiças e intolerância. Nas palavras de Dejours:

O trabalho tem efeitos poderosos sobre o sofrimento psíquico. Ou bem contribui para agravá-lo, levando progressivamente o indivíduo à loucura, ou mesmo subvertê-lo, em prazer, a tal ponto que, em certas situações, o indivíduo que trabalha preserva melhor sua saúde do que aquele que não trabalha (op cit, 21:2006).

A ausência do trabalho também é uma questão a ser discutida. Também nesses casos o sentido do trabalho permanece latente, manifestando-se nas esferas social e subjetiva. O não trabalho, que pode significar sua ausência, a inaptidão para o trabalho ou, simplesmente, o exercício de outras atividades que não sejam o trabalho, também exprimem relações com a categoria *trabalho* que podem determinar o lugar de indivíduos e grupos no cenário social.

Tanto a psicopatologia do trabalho quanto a sociologia clínica trazem discussões importantes sobre a relação entre subjetividade, valores e produção, oferecendo elementos que contribuem para a compreensão do quadro vigente onde a razão econômica tem se tornado uma razão hegemônica (GIRARD, 1999:224). Exemplo disso é a relação estabelecida pelo Estado brasileiro entre trabalho, cidadania e acesso a direitos sociais. Ao

analisar o percurso histórico da relação entre cidadania e trabalho no Brasil, a psicossocióloga Teresa Cristina Carreiro observou que os benefícios previdenciários existentes no país são quase totalmente vinculados à esfera do trabalho (2001:157). Esses benefícios sociais conferem reconhecimento social ao trabalhador, inserindo-o numa lógica de filiação social que desloca a noção de cidadania para a de trabalhador. Assim, a partir do momento que o indivíduo puder vender oficialmente sua força de trabalho, as instituições públicas poderão lhe proporcionar condições de filiação (op cit, p.157).

O estudo de Carreiro induz a conclusão de que esta lógica de filiação social referenciada no trabalho, adotada pelo Estado brasileiro, também reafirma o lugar social daqueles que estão em situação de não trabalho. Se o trabalho pode significar status social, sua ausência ou a inaptidão para o trabalho também podem ser atributos essenciais na determinação do lugar social dos indivíduos. No caso de segmentos sociais que tem o direito ao trabalho negado, por serem considerados incapazes ou inaptos para o trabalho, por suas condições físicas, mentais ou por sua situação social, o não trabalho passa a ser parâmetro definidor de seu lugar social e da forma como será feita sua integração social (MARTINS, 2009:85). Pessoas com transtorno mental e deficientes mentais tem seu direito ao trabalho cerceado ou restrito pelo Estado, como nos casos de interdição judicial, restringindo o acesso ao trabalho desses grupos a atividades de cunho ocupacional e assistencialista, com baixa ou nenhuma remuneração. O caso dos detentos também deve ser lembrado, onde o trabalho dentro dos presídios é ao mesmo tempo castigo, já que se configura atividade obrigatória e determinada pela instituição, e moeda de retribuição, na medida em que a pena é reduzida de acordo com os dias trabalhados. Cabe considerar ainda que dentro do contingente de detentos nem todos têm acesso a trabalho, mesmo que nessas condições (SILVA et al, 1999:246).

2.2 Saúde Mental e Trabalho

A relação entre *trabalho* e saúde mental não está restrita ao sofrimento, nem mesmo ao prazer. Sua parcela de sofrimento é atribuída à ausência ou ao excesso de *trabalho*, a outra parcela, que se refere ao prazer, confere reconhecimento e identidade. Conforme apresentado na seção anterior, os debates sobre o sentido e a centralidade do *trabalho* suscitam tensões e diferentes leituras. No que se refere à saúde mental e sua relação com

trabalho, tanto centralidade quanto sentido ganham significado peculiar à vivência da loucura.

Dentro do campo da saúde mental, definido no capítulo anterior, delineado pelo tema da luta antimanicomial, há diferentes leituras da categoria trabalho. Essas leituras têm produzido práticas e conceitos que oferecem ferramentas para uma discussão fundamental que diz respeito ao lugar social da loucura e, conseqüentemente do indivíduo que a vivencia.

Durante a pesquisa empreendida durante o curso de mestrado foram coletados documentos dos primeiros hospitais psiquiátricos do Brasil. Esses documentos traziam pistas sobre como o trabalho era importante tanto para a terapêutica da loucura, quanto para a própria manutenção da lógica manicomial (MARTINS, 2009). Nas colônias agrícolas os internos trabalhavam para sustentar o funcionamento do manicômio, justificando-se a partir da crença de que o trabalho afastava o ócio e permitia que a racionalidade e a normalidade fossem reassumidas.

Apesar da dimensão terapêutica atribuída ao trabalho permanecer forte no campo da saúde mental, a clínica da reforma psiquiátrica tem acumulado reflexões e experiências que pontuam novos olhares sobre a relação da loucura com o *trabalho*. O termo clínica utilizado aqui tem como referência a definição do psicanalista Benilton Bezerra (2001: 138), que compreende a noção de clínica a partir de uma visão ampliada, que agrega tanto as práticas psi's (psicológicas, psiquiátricas e psicanalíticas) quanto às práticas de interação dos sujeitos entre si, com seu ambiente, etc. O conceito de Reabilitação Psicossocial e sua aplicação, que serão discutidos ainda nesta seção, sustentam-se na ética posta por essa concepção de clínica, que tem como princípios: a clínica do sujeito, a clínica ampliada e a clínica psicossocial.

2.2.1 Clínica do Sujeito, clínica ampliada e clínica psicossocial

A clínica do sujeito se traduz em colocar em destaque o sujeito ao invés de destacar o transtorno mental vivenciado por ele. Amarante (2007), em seu livro *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*, retoma as ideias de Basaglia para explicar o que seria a clínica do

sujeito. Franco Basaglia percebeu que historicamente a psiquiatria tem se ocupado da doença em detrimento ao sujeito, considerando a doença como objeto da natureza, como ente desconectado do sujeito que a vivencia. Nas palavras de Amarante (op cit, p.66-67), “se a psiquiatria havia colocado o sujeito entre parênteses para ocupar-se da doença, a proposta de Basaglia foi a de colocar a ‘doença entre parênteses’ para que se fosse possível se ocupar do sujeito em sua experiência”. O autor lembra que Basaglia resgatou essa ideia de Husserl, pai da fenomenologia, que desenvolveu o conceito de redução analógica ou, em outras palavras, colocar o conceito entre parênteses. Este é um exercício que permite a produção de outras formas de conhecimento sobre a loucura, pois outras formas de entrar em contato com a loucura que não sejam restritas à doença. Esse exercício possibilita a emergência do sujeito e, conseqüentemente, outros olhares sobre o fenômeno da loucura, a partir da experiência vivida pelo sujeito.

Amarante alerta que colocar a doença entre parênteses não significa desprezar que a experiência da loucura envolva dor e sofrimento. Significa sim romper com a primazia imposta pelo modelo teórico-conceitual que destaca a doença e coisifica o sujeito que a vivencia, suprimindo uma experiência que é por excelência humana. Ao colocar a doença entre parênteses, o que fica é o sujeito, “com suas vicissitudes, seus problemas concretos do cotidiano, seu trabalho, sua família, seus parentes e vizinhos, seus projetos e anseios, isto possibilita uma ampliação da noção de integralidade no campo da saúde mental e atenção psicossocial” (AMARANTE, 2007:69).

Seguindo a linha de pensamento desenvolvida por Amarante, quando emerge o sujeito, uma série de dimensões da vida entram em cena, demandando novas formas de cuidado e atenção. Por isso, os serviços substitutivos apresentam uma proposta de intervenção diferenciada daquela oferecida pela lógica manicomial, pois não tem como foco a doença e sim o sujeito. Este novo cenário é lugar de trocas sociais, de sociabilidade, de acolhimento, de produção de vida, subjetividades e projetos. Isto requer a compreensão de uma clínica ampliada, ou seja, que considere como premissa a ideia de que o sujeito não está restrito a doença, sua vida conta com outras dimensões que, apesar do sofrimento causado pelo transtorno mental, ainda podem ser ativadas e estimuladas. Além disso, ao colocar esse sujeito em evidência, o tratamento não se converte em uma missão que busca curar, reintegrar a razão que foi perdida ou trazer o sujeito à normalidade, enquadrando-o

conforme as normas sociais ou ajustando-o aos padrões vigentes. De outro modo, o tratamento é, de acordo com Tenório, simplesmente, acompanhar o sujeito, de alguma forma “auxiliando-o em seu cotidiano por uma vida melhor” (DELGADO, 1997:42 apud TENÓRIO, 2001:60).

A noção de clínica ampliada busca evitar os reducionismos como, por exemplo, de que a doença mental se reduz a fenômenos históricos e políticos e de que os sujeitos se reduzem à doença. A proposta é investir na integralidade dos sujeitos. Tanto educação e lazer, quanto trabalho e cultura são cenários que se constroem a partir de ações coletivas. É justamente no limite entre o individual e o coletivo que se dá a clínica psicossocial, reunindo clínica e política, e tendo como premissa a ideia de que subjetividade é um processo, não permanece, é construída e reconstruída. Por isso, a clínica psicossocial pontua que a noção de louco ou de doente mental não deve ameaçar a condição de cidadão do sujeito que vivencia a loucura.

Outro elemento importante que caracteriza a clínica psicossocial é que ela se dá no território, espaço que vai além da geografia física, que envolve relações que se estabelecem entre indivíduo e comunidade, atravessadas pela cultura, pela economia, pela política. A comunidade, por sua vez, é um conjunto de pessoas que vivem em certa localidade e que compartilham interesses, afinidades, atividades, etc. O atendimento psicossocial se desenrola no cenário disposto pela comunidade, com base nos serviços de saúde mental, mas conectado ao cotidiano das pessoas que habitam a cidade e referenciado na vida social local em suas distintas dimensões. O território, os diversos dispositivos que o compõem, a comunidade e os serviços de saúde mental constituem uma rede territorial de atenção psicossocial que, articulados e em diálogo, constroem estratégias de cuidado compartilhado.

Reabilitação Psicossocial

O termo Reabilitação Psicossocial não é uma invenção brasileira, ele tem pelo menos umas cinco décadas e é reconhecido por um leque diversificado de práticas. A definição clássica para Reabilitação Psicossocial é dada pela *International Association of Psychosocial Rehabilitation Services*, de 1985, que sintetiza essa prática como

processo de facilitar ao indivíduo com limitações, a restauração, no melhor nível possível de autonomia do exercício de suas funções na comunidade... o processo enfatiza as partes mais sadias e a totalidade de potenciais do indivíduo, mediante uma abordagem compreensiva e um suporte vocacional, residencial, social, recreacional, educacional, ajustados as demandas singulares de cada indivíduo e cada situação de modo personalizado (IAPRS, 1985 apud PITTA, 2001:19-20).

As diversas práticas espalhadas pelo mundo, que se autodenominam Reabilitação Psicossocial, são desenvolvidas dentro e fora do ambiente hospitalar e incorporam diferentes técnicas no seu cotidiano (terapia vocacional, grupos operativos, ateliês ou oficinas terapêuticos, oficinas de trabalho, etc.) (PITTA, 2001:20).

Segundo a OMS, essas técnicas são aplicadas nos casos em que a pessoa apresenta qualquer alteração, que pode ser física, mental e/ou sensorial; desabilidade, ou seja, dificuldade no desempenho de habilidades sociais decorrente de dano anterior; e desvantagem, quando na relação entre desabilidade e contexto o indivíduo encontra dificuldades ou impedimentos para desenvolver certas habilidades, atividades e/ou vivências. Partindo dessas técnicas, a OMS oferece outra definição para o termo Reabilitação Psicossocial, que seria “o conjunto de atividades capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários” (WHO, 1987 apud PITTA, 2001:21). A definição da OMS aponta para a possibilidade de interferir nas condições de desvantagem, por meio de ações que ampliem as possibilidades do indivíduo em diferentes setores de sua vida.

Pitta (2001:9) apresenta outra definição, destacando a dimensão ética da Reabilitação Psicossocial. Para a autora, Reabilitação Psicossocial seria

ética de solidariedade que facilite aos sujeitos com limitações para os afazeres cotidianos, decorrentes de transtornos mentais severos e persistentes, o aumento da contratualidade afetiva, social e econômica que viabilize o melhor nível possível de autonomia para a vida em comunidade. [grifos da pesquisadora]

Na definição de Pitta dois conceitos precisam ser analisados de forma cuidadosa, pois são considerados chaves-conceituais importantes para a discussão sobre Reabilitação

Psicossocial que vem sendo desenvolvida no Brasil. Os termos grifados foram *contratualidade* e *autonomia*, ambos interligados por definição. O poder contratual é justamente a potencialidade de qualquer ser humano de se relacionar em diferentes situações de seu cotidiano, desde tomar um café na padaria, até ir à escola ou ao banco. Na medida em que o poder contratual cresce, a autonomia cresce junto. Esse poder contratual, que faz parte do cotidiano de qualquer pessoa e é naturalmente exercido pela maioria das pessoas, precisa ser exercitado no caso de pessoas com transtorno mental. Esse deveria ser um dos focos dos cuidados oferecidos pelos serviços da rede de saúde mental, onde a contratualidade poderia ser trabalhada na relação estabelecida entre o usuário do serviço e os profissionais que o atendem no próprio cotidiano dos serviços (TYKANORI, 2001: 56-57).

Na perspectiva de Tycanori, quanto maior o nível de contratualidade maior a necessidade de se relacionar e de efetuar trocas sociais, conseqüentemente, maior a autonomia. De outra forma, quanto mais independente dessas relações e trocas sociais, menor o grau de contratualidade, menos autônomo é o sujeito. Nas palavras do autor, autonomia é a

capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente. [...] Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isso amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para vida (op cit, 2001:56).

Benedetto Saraceno (2001:16) apresenta mais uma definição, que traz um novo elemento à discussão, a cidadania. Para Saraceno, Reabilitação Psicossocial é um “processo de reconstrução, um exercício pleno de cidadania, e, também de plena contratualidade nos três grandes cenários: habitat, rede social e trabalho com valor social”. Esses três cenários – casa, rede social e trabalho – externos aos serviços de saúde mental, provocam os profissionais de saúde a intervir, colocando a disposição seu poder contratual, para que o usuário conquiste sua cidadania²⁷ rumo à cidade e não num exercício sem fim

²⁷ O termo cidadania é entendido aqui como conjunto de direitos e deveres que permitem a participação igualitária de todos os membros de uma comunidade nos padrões básicos da vida, tais como: educação, saúde e assistência social (ROBERTS, 1997:6).

de atividades ocupacionais, restritas ao serviço, sem sentido e direção. Saraceno (2001:151) coloca que a ideia não é suprimir a desabilidade da pessoa com transtorno mental, mas oportunizar que participe desses cenários, compartilhando-os com os demais, mesmo que, para isso, concepções e preconceitos em relação ao sofrimento mental precisem ser desconstruídos cotidianamente nesse processo de trocas e relações sociais. É uma concepção próxima a de ações afirmativas²⁸, na medida em que pretende intervir no social, mas preparando e oferecendo apoio ao usuário na participação efetiva na vida cotidiana, como sujeito de direitos e cidadão.

Para José Manoel Bertolote, a Reabilitação Psicossocial “é a restituição plena dos direitos, das vantagens, das posições que estas pessoas tinham ou poderiam vir a ter, se lhe fossem oferecidas outras condições de vida, nas quais as barreiras fossem atenuadas ou desaparecessem” (2001:156). A proposta conceitual de Bertolote também se aproxima à ideia de ação afirmativa.

Em síntese, Reabilitação Psicossocial pode ser definida como um posicionamento ético-político-solidário, que se torna experiência prática por meio de atividades que promovam ou resgatem contratualidade e, conseqüentemente, autonomia, rumo à conquista efetiva de direitos e cidadania.

2.2.2 Reabilitação Psicossocial e Trabalho

Conforme apresentado nas definições de Reabilitação Psicossocial, o *trabalho* aparece como dispositivo terapêutico, como cenário e como forma de inserção social e acesso a direitos e cidadania. Apesar do aumento significativo dos debates acerca do trabalho como meio de geração de renda e inserção social, nos serviços de saúde mental, notadamente os Caps, ainda há aqueles que atribuem ao trabalho uma função terapêutica central.

²⁸ “As ações afirmativas podem ser definidas como um conjunto de políticas públicas e privadas de caráter compulsório, facultativo ou voluntário, concebidas com vistas ao combate à discriminação racial, de gênero, por deficiência física e de origem nacional, bem como para corrigir ou mitigar os efeitos presentes da discriminação praticada no passado, tendo por objetivo a concretização do ideal de efetiva igualdade de acesso a bens fundamentais como a educação e o emprego. Em síntese, trata-se de políticas e de mecanismos de inclusão concebidos por entidades públicas, privadas e por órgãos dotados de competência jurisdicional, com vistas à concretização de um objetivo constitucional universalmente reconhecido - o da efetiva igualdade de oportunidades a que todos os seres humanos têm direito” (GOMES, s/d, p.5).

A prática das oficinas se disseminou pelos Caps e atualmente ocupa um lugar estruturante no cuidado oferecido nos serviços de saúde mental. Esse lugar estruturante pode ter sido motivado pela ânsia em responder à pluralidade de demandas que surgem cotidianamente ou pelo próprio encantamento com as possibilidades e com a plasticidade proporcionadas pelos diferentes arranjos das oficinas. Essa prática vem sendo colocada em discussão para que não se torne prescritiva (ALMEIDA, 2001). A problematização do papel das oficinas dentro dos serviços de saúde mental permite inclusive abrir o debate sobre a relação das oficinas com o *trabalho*. Essa relação envolve diferentes questionamentos, tais como: trabalho é terapêutico? Trabalho é terapia? A oficina terapêutica precede à oficina de trabalho? O que é produzido dentro dos serviços de saúde mental pode ser considerado trabalho? Profissional de saúde é terapeuta ou patrão?

A demanda por trabalho posta pelos usuários aos profissionais dos serviços de saúde mental, incentivada e fomentada pela Política Nacional de Saúde Mental, tem feito com que o tema da geração de trabalho e renda venha sendo incorporado progressivamente aos cuidados em saúde mental. O tema não é novo, o que vem sofrendo mudanças é a forma com que esse tema é abordado tanto no cotidiano dos serviços de saúde mental e nas produções acadêmicas sobre a temática. Cabe aqui considerar que essas mudanças vêm ocorrendo desde a década de 1990, quando surgiram as primeiras experiências de geração de renda da saúde mental e, a partir de 2004, quando a questão da geração de renda tornou-se pauta sistemática da PNSMAD. Neste cenário o lugar do *trabalho* dentro dos serviços de saúde mental vem perdendo progressivamente seu cunho ocupacional e terapêutico, passando a conquistar espaço na esfera dos direitos de cidadania. O trabalho se configuraria também enquanto meio de colocar em questão a desqualificação atribuída às pessoas com transtorno mental na esfera mais ampla da sociedade.

Todas essas mudanças têm provocado os serviços e seus profissionais a repensar suas práticas de cuidado, buscando outras redes e parcerias, ampliando a própria noção de quais atores e saberes comporiam o campo da saúde na atenção ao sofrimento psíquico. Uma das questões que vem sendo cada vez mais posta em discussão pelos profissionais que trabalham em serviços de saúde mental é o papel reservado às oficinas dentro dos Caps e seu lugar dentro dessas oficinas.

Enquanto as oficinas estavam restritas à prática terapêutica, como espaços de produção subjetiva, os profissionais de saúde circulavam em terrenos conhecidos. A partir do momento que a demanda por trabalho não poderia mais ser objeto de interpretação ou material subjetivo a ser trabalhado, o tema saiu do debate terapêutico e assumiu sua concretude na demanda dos usuários por renda e trabalho real. No cotidiano dos serviços as oficinas terapêuticas muitas vezes transformam-se em oficinas de geração de renda, resultado dos processos coletivos próprios de cada grupo. Noutras vezes, a oficina terapêutica é manejada como preliminar, como preparatória ao trabalho, denominadas aqui de oficinas de produção ou trabalho protegido. E, em outros casos, permanece com finalidade estritamente terapêutica, acolhendo usuários que trabalham, mas que precisam de apoio para sustentar subjetivamente seu lugar como trabalhador.

Para muitos o trabalho seria a fase final do processo de reabilitação psicossocial. Essa visão estruturada em etapas articula “gravidade” à etapa do tratamento. Assim, para alguns usuários trabalhar nem mesmo seria recomendado. No cenário que vem se constituindo desde a década de 1990, conforme indicado anteriormente, essa forma prescritiva de se relacionar com o trabalho tem sofrido mudanças significativas. Apesar disso, permanece como concepção não só na realidade nacional, mas também em experiências internacionais, reconhecidas como exemplares, como no caso de Bolonha, importante província italiana, onde o trabalho é prescrito pelo psiquiatra do centro de saúde mental²⁹. Essa compreensão em etapas contribui para a exclusão de pessoas com transtorno mental severo da experiência de trabalho (LEAL, 2004). Além de reforçar a ideia de que a incapacidade está no indivíduo, é um atributo único e exclusivamente dele, isentando o contexto social, inclusive o Estado, da responsabilidade de lidar com a diferença.

Na fala dos profissionais, percebe-se um questionamento constante de quais são os limites de sua prática, como devem intervir, qual seu lugar dentro das oficinas de geração de renda. O que se vê no cotidiano das experiências de geração de renda é um conjunto de profissionais, provenientes de diversas áreas de formação, tais como: psicologia, assistência social, terapia ocupacional, enfermagem, atuando como empreendedores, gerentes, artesãos, administradores, no esforço de enfrentar a precariedade dos serviços de saúde mental em lidar com a demanda dos usuários por trabalho. Essa precariedade pode

²⁹ Realidade constatada em visita feita a cooperativas sociais e à gestão da saúde mental desta província em abril de 2013.

ser justificada por uma série de razões, uma delas é a concepção de que trabalho não é um componente do processo de reabilitação psicossocial da pessoa com transtorno mental e, por isso, não é responsabilidade dos gestores públicos do campo da saúde. Outra razão está assentada na noção de que profissionais de outros ramos de conhecimento não fazem parte da composição de uma equipe de saúde. As duas razões se justificam, muitas vezes, por questões ligadas ao financiamento das ações e às prioridades de quem está na gestão da Política de Saúde Mental.

Em visita³⁰ as cooperativas sociais La Colina e Lavoratori Uniti Franco Basaglia (CLU), localizadas na província italiana de Trieste, foi constatada uma nítida concepção entre os trabalhadores das cooperativas do que seria trabalho e do que seria terapia. Para que essa “nítida” concepção pudesse servir de âncora para o cotidiano dos trabalhadores, as noções de trabalho e de terapia tiveram que ser renegociadas e, em certos aspectos, ampliadas. Conforme exemplificado por Cláudia Rolando, presidenta da CLU, trabalhar exige auto-cuidado, exige que a pessoa esteja limpa, alimentada, que durma bem, que tenha onde dormir, que suas roupas estejam em ordem, trabalho também exige horários, compromisso, envolve regras de convivência. Enfim, o que seria reservado, no Brasil, ao terapeuta, na experiência triestina é tarefa do bom-senso³¹. Bom-senso na experiência da Cooperativa Lavoratori Uniti Franco Basaglia é atribuição dos próprios colegas de trabalho, da cooperativa que receberá aquela pessoa, ou seja, pode ser um ato terapêutico, mas não é terapia. Essa questão é chave na compreensão da diferença entre oficina terapêutica e oficina de geração de renda, sobre o papel do profissional de saúde e sobre o percurso do usuário junto ao serviço de saúde mental.

A concepção de que a oficina terapêutica é um dispositivo que precede a oficina de geração de renda estabelece uma relação em etapas e, ao mesmo tempo, excludente, onde a oficina de geração de renda acaba sendo restrita a usuários considerados habilitados ao

³⁰ Estive em Trieste duas vezes, a primeira, novembro de 2008, como representante da sociedade civil numa missão do governo brasileiro sobre cooperativismo social e, a segunda, em abril de 2013, como pesquisadora, a convite do governo da região italiana da Emilia Romagna. Ambas as visitas fazem parte de um conjunto ações do Programa Brasil Próximo, resultado de um acordo estabelecido entre o governo brasileiro e as regiões italianas de Úmbria, Marche, Toscana, Emilia Romagna e Ligúria. Este Acordo, assinado em julho de 2004, envolve quatro frentes: desenvolvimento econômico local, economia da cultura, políticas sociais e cooperativismo. As missões brasileiras tiveram como objetivos estreitar os laços entre os dois países nos debates sobre cooperativismo social e dispor informações sobre as experiências italianas com a finalidade de subsidiar políticas públicas e experiências desta natureza práticas no Brasil.

³¹ Termo utilizado por Cláudia Rolando, presidente da Cooperativa Social Lavoratori Uniti Franco Basaglia, em entrevista concedida à pesquisadora em abril de 2013.

trabalho. Essa visão linear pode ser conveniente à didática ou à teorização da prática, mas está aquém do que poderia vir a ser o cotidiano dessas experiências. Nesta perspectiva, a compreensão de “estar habilitado” passa pela noção de estabilidade, de “estar bem” e, em alguns casos, de menos gravidade, mais próximo do que seria considerado normal. Essa compreensão atrela a questão do direito ao trabalho à doença mental, ao invés de investir em como garantir o direito da pessoa com transtorno mental ao trabalho, assegurando seu acesso e sua permanência no trabalho. Nesta última perspectiva, o foco da intervenção, tanto de profissionais de saúde, quanto de gestores de políticas públicas, seria redirecionado da pessoa para o ambiente, no esforço de reverter a lógica de que o trabalhador precisa se adequar ao trabalho e não o contrário. Assegurado este direito, o usuário poderia ou não trabalhar, conforme sua escolha e sua situação de vida.

Com a finalidade de ilustrar a diversidade de arranjos que pode ser encontrada no cotidiano dos serviços de saúde mental, serão apresentados a seguir alguns casos concretos de oficinas³².

Exemplo 1: Projeto Plantando Sonhos / Rio de Janeiro-RJ³³

A oficina é desenvolvida no pátio do Instituto de Psiquiatria da UFRJ. A proposta da oficina é “baseada no desejo de despertar a vida através da relação entre paciente e uma outra forma de vida: a planta. Esse encontro tem por objetivo articular a fertilização do solo com o cultivo dos afetos” (AZEVEDO E BORBA, 2004:205). A oficina nasceu do Projeto Plantando Sonhos, onde eram realizadas atividades individuais de jardinagem com os pacientes do instituto. Como o jardim precisava de muitos reparos, os participantes do Projeto propuseram que a atividade fosse feita em grupo. Aceita a proposta, a iniciativa começou a se desenvolver, dando forma a uma oficina terapêutica. O grupo contou com apoio do Jardim Botânico do Rio de Janeiro e do Horto da Universidade a qual o Instituto é vinculado, com doação de mudas de plantas ornamentais. Houve apoio também da Fundação Parques e Jardins da cidade que ofereceu um curso de jardinagem. Havia um grupo fixo de pacientes que participavam das atividades da oficina e outros que vinham

³² Os relatos preservam os termos utilizados pelos autores para definir a prática desenvolvida e seus participantes, o que oferece elementos para compreensão de quais concepções delineiam as experiências.

³³ Retirado do artigo: AZEVEDO, C. & BORBA, F. *Jardim: o despertar da semente como espaço de criação*. In COSTA, C. M & FIGUEIREDO, A.C. (org). *Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2004.

esporadicamente. Um dos participantes se interessou muito pela jardinagem e tornou-se ajudante do jardineiro do instituto. A oficina teve início em 1997 e o jardim totalmente remodelado foi inaugurado no ano 2000 e permanece sendo espaço cultivado pelos pacientes e utilizado pelos terapeutas como espaço fértil à produção subjetiva³⁴.

Exemplo 2: GerAção-POA / Porto Alegre-RS³⁵

A GerAção-POA surge em 1995 dentro de um serviço de moradia protegida³⁶, que compõem a rede de saúde mental da cidade de Porto Alegre. Inicialmente a oficina foi criada para atender aos usuários desse serviço, mas, no mesmo ano, o projeto foi ampliado, sendo vinculado a um dos Caps da cidade, abrindo a participação para qualquer usuário da rede. No ano seguinte a projeto celebrou convênio com o Centro de Reabilitação Profissional, deslocando a oficina para um local mais apropriado, passando a atender também pessoas que haviam sido afastadas do trabalho por motivos diversos de saúde. A convivência com pessoas com doenças causadas pelo trabalho aproximou ainda mais do grupo da saúde mental do tema trabalho. Com o tempo a oficina passou a ter como critério de encaminhamento dos usuários o desejo de retornar ao trabalho, o que impulsionou o projeto a buscar novos parceiros.

Em 1999, o grupo iniciou seus trabalhos junto à economia solidária, com apoio da Secretaria Municipal de Produção, Indústria e Comércio (SMIC) e, em seguida, vinculou-se ao Fórum Metropolitano de Economia Popular e Solidária, tendo como representantes um profissional de saúde que acompanhava o projeto e um usuário-trabalhador. Segundo relato de Kátia Barfknecht (2013), profissional que trabalha da GeraAção-POA desde sua fundação, esse período foi muito importante, com o apoio da SMIC o grupo contou com assessoria para criação de uma moeda social, para realização de clube de trocas, foi disponibilizada uma estagiária de direito para dar apoio as discussões sobre

³⁴ Tive a oportunidade de conhecer esta oficina no ano 2000 quando participei, durante minha graduação, como bolsista de iniciação científica da pesquisa “Saúde, loucura e família: práticas sócio-institucionais em serviço”, coordenada pela Profª Drª Doris Luz Rinaldi. Em março de 2013, por ocasião de uma entrevista para esta tese, estive no Instituto de Psiquiatria da UFRJ e soube que o jardim do Instituto ainda serve de espaço para esta oficina terapêutica, sob a coordenação da mesma profissional que fez o relato utilizado aqui para descrever a experiência iniciada em 1997.

³⁵ Retirado do artigo: FERREIRA, C. V., BARFKNECHT, K. & BERTUOL, M. *GerAção-POA*. In Saúde Mental em Porto Alegre. I Mostra da Produção em Saúde. Ano 1/nº1, 2004. E de informações atualizadas repassadas por Katia Barfknecht, em 17.09.2013, por correio eletrônico.

³⁶ São moradias, financiadas pelo governo federal, para pessoas em processo de desinstitucionalização.

cooperativismo, foi ministrado o curso de serigrafia para os usuários. Através do Fórum, foi criada a loja “Etiqueta Popular”, em ponto estratégico da cidade, onde os usuários-trabalhadores compartilham a administração da loja e as escalas de venda com trabalhadores de outros empreendimentos econômicos solidários ligados ao Fórum. Depois outras duas lojas foram criadas, também com a participação dos usuários da oficina. Em 2001 a GerAção-POA mudou-se para um prédio próprio, disponibilizado pelo município, permanecendo seu vínculo com a rede de saúde mental. O projeto possui três modalidades de intervenção: oficinas de trabalho, oficinas de expressão e arte, e Incubação de Grupos de Gestão Solidária.

As oficinas de trabalho são espaços de “passagem, onde o usuário-trabalhador realiza experiências reais de trabalho, com sua organização, regras e vínculos”. Essa modalidade de oficina investe na “aprendizagem, produção, vendas, gerenciamento e na construção de relações significativas que promovam a solidariedade, a cooperação e a autonomia do usuário-trabalhador”. As regras e normas são estabelecidas coletivamente pelos próprios usuários-trabalhadores. A destinação da renda do que é comercializado é decidida também pelo mesmo coletivo e pode ser divididas entre os usuários-trabalhadores ou reinvestidas na própria oficina. Já o caso das oficinas de expressão e arte o objetivo é estimular o usuário a novas formas de expressão e de relações por meio de atividades artísticas, bem como a trocas sociais e culturais.

No início a incubação de grupos de gestão solidária era uma atividade desenvolvida pela GerAção-POA em parceria com a SMIC e a Fundação de Assistência Social e Cidadania, órgãos da Prefeitura de Porto Alegre. Essa parceria promoveu a capacitação e formação dos grupos de gestão solidária. Com as mudanças de gestão, a SMIC deixou de ser parceria do projeto. Em 2007 a GerAção-POA buscou assessoria da Incubadora da UFRGS, que deu início ao processo de incubação dos grupos de gestão solidária através de recursos do Programa Nacional de Incubadoras de Cooperativas (PRONINC), coordenado pela SENAES/MTE. Entre 2009/2010, a incubadora abriu uma loja dentro do campus, no centro da cidade, chamada *Contraponto Entreponto de Saúde e Cultura*. Essa loja é composta por empreendimentos da Economia Solidária que são incubados pelo Núcleo de Economia Alternativa da UFRGS (NEA/UFRGS). A incubação disponibilizou estagiários que trouxeram contribuições para a GerAção-POA, mas que acabaram não permanecendo

muito tempo, o que dificultou a continuidade de alguns projetos. Atualmente o vínculo do projeto com a NEA/UFRGS se dá somente pela participação dos usuários na gestão da loja.

Como exemplo, desses grupos de gestão solidárias criados a partir da GerAção-POA, cabe citar a experiência do “Serição Artes Gráficas”, que produz agendas com temas diversos que, a cada ano, são desenvolvidos por processo de pesquisa feita pelos trabalhadores. Vale destacar que o grupo participou da confecção de bolsas para uma das primeiras edições do Fórum Social Mundial.

As diferentes oficinas

A proposta aqui não é estabelecer uma tipologia das oficinas, mas identificar diferenças entre os arranjos mais comuns encontrados no campo da saúde mental no cotidiano dos serviços. Essa diferenciação tem por objetivo contribuir com uma melhor compreensão da prática considerada terapêutica e da demanda por trabalho real colocada pelos usuários.

Os exemplos apresentados mostram três arranjos diferentes de oficinas, muito comuns aos serviços de saúde mental: a oficina terapêutica, a oficina de trabalho protegido e a oficina de geração de renda. Esses três arranjos são considerados básicos, a partir daí as oficinas ganham forma de acordo com características particulares a cada grupo e as dinâmicas estabelecidas em cada serviço.

O relato da Oficina Plantando Sonhos permite delinear algumas características próprias das oficinas terapêuticas. A primeira delas é a participação de pelo menos um profissional da saúde mental, que atua como referência técnica e faz a condução da oficina, que ocorre de uma forma geral dentro do serviço de saúde mental. Essa pessoa dá um caráter de permanência à atividade, acompanhando os processos caso a caso e do grupo como um todo. No relato sobre a oficina “Plantando Sonhos”, a psicóloga e sua estagiária faziam este papel, tecendo conexões entre a jardinagem e o universo subjetivo de cada usuário. O objetivo principal dessa oficina não é a aprendizagem de um ofício, mas sim a produção subjetiva resultante do processo desenvolvido a partir da atividade. O caso específico da oficina Plantando Sonhos havia um compromisso dos usuários com a estética do jardim, mas de forma geral as oficinas terapêuticas, como a de expressão, realizada pela

GerAção-POA, não possuem compromisso direto com a beleza ou com a utilidade do que será produzido. Nessas oficinas o compromisso principal do usuário é com sua própria subjetividade e bem-estar. Por isso, as oficinas terapêuticas não envolvem remuneração dos participantes.

Tanto a oficina terapêutica quanto as oficinas de geração de trabalho e renda podem fazer parte do projeto terapêutico do usuário do serviço de saúde mental. Nesse projeto, que deve ser reavaliado periodicamente pela equipe e pelo usuário, está a direção do tratamento e o plano de reabilitação psicossocial. Conforme apresentado no exemplo da GerAção-POA os usuários que chegavam ao projeto já tinham como desejo trabalhar. Por isso, a oficina de expressão tinha como objetivo ativar potenciais criativos dos usuários de forma a complementar a oficina de trabalho, que tinha como atribuição principal familiarizar o usuário às atividades e dinâmicas de um ambiente de trabalho. Neste caso o trabalho aparece como potencial emancipatório e não como atividade ocupacional oferecida pelo serviço.

A oficina de geração de renda, grupo de produção, empreendimento solidário da saúde mental ou cooperativa social requer dos trabalhadores compromisso com o grupo, com os consumidores dos produtos e/ou serviços e com a comunidade de uma forma mais ampla. Envolve uma rotina animada por prazos de entrega, que exigem que a produção tenha regularidade. A oficina de geração de renda requer manejo financeiro, já que envolve remuneração dos participantes, compra de matérias-primas e todas as despesas pertinentes a um empreendimento. Apesar das recomendações do Ministério da Saúde (BRASIL/MS, 2006b) afirmarem a necessidade dessas experiências acontecerem fora dos serviços de saúde mental, dados deste mesmo órgão (BRASIL/MS, 2012) mostram que parte significativa das oficinas de geração de renda no cenário nacional ainda é desenvolvida dentro dos serviços. Esta situação motivada especialmente pela relação tutelar estabelecida com os serviços, mas também pela dificuldade de emancipação financeira dos equipamentos da rede de saúde mental (MARTINS, 2009).

Por fim, cabe um breve apontamento sobre a relação estabelecida entre as oficinas de geração de renda e as regras que regem a organização do mercado. As cooperativas sociais de Trieste são experiências exemplares dessa relação na medida em que se configuram empresas autônomas, que concorrem em situação de igualdade com outras

empresas. Na experiência triestina as cooperativas sociais são reconhecidas pelo Estado e pela sociedade civil como dispositivos de integração que precisam ser incentivados e respaldados. Para isso, recebem incentivos financeiros e tributários, e possuem legislação própria. Neste caso o mercado não cedeu às diferenças, mas o Estado ofereceu apoio para que essas cooperativas pudessem participar desse mercado como qualquer outra empresa privada.

No Brasil a precariedade do sistema de proteção social (saúde, trabalho, assistência social, etc.) em lidar com a demanda real de trabalho dos usuários de saúde mental revela que, apesar dos avanços conquistados, o Estado não está preparado para acolher as especificidades dos cidadãos, assegurando plenamente seus direitos de cidadania, como o direito ao trabalho garantido na Constituição Federal. No cotidiano dos serviços de saúde mental esta precariedade se manifesta, por exemplo, na necessidade de arranjos como oficinas de geração de renda dentro dos Caps ou núcleos de geração de renda dentro de hospitais psiquiátricos ou, até mesmo, na polêmica estabelecida entre o que é terapêutico e o que é geração de renda.

2.3 Resignificando o *trabalho*

Conforme apresentando, as relações que vem sendo estabelecidas entre saúde mental e trabalho vem sofrendo mudanças, agregando novos sentidos ao que antes era somente ocupacional e terapêutico. Essas mudanças são próprias à dinâmica de um campo em processo de reinvenção, impulsionado tanto por movimentos internos, que envolvem reflexões sobre a sua própria prática e concepções; quanto externos, caracterizados, em especial, pelo diálogo/confronto com outros campos, como nos diálogos estabelecidos entre o campo da saúde mental e o cooperativismo social italiano, o cooperativismo popular e a economia solidária. Esses diálogos emergiram em experiências cotidianas e ganharam fôlego e institucionalidade a partir de parcerias com o poder público.

O cooperativismo social surge como um modelo emancipatório trazido do intercâmbio de militantes brasileiros da reforma psiquiátrica antimanicomial com a

experiência de desinstitucionalização ocorrida na província italiana de Trieste³⁷. Nesta província, as cooperativas sociais foram determinantes para o fechamento do manicômio local e para a desconstrução da lógica manicomial que dirigia a relação com as pessoas internadas no manicômio e entre essas próprias pessoas. Passados 40 anos da fundação da primeira cooperativa social triestina, o cenário é outro, não estão mais necessariamente atreladas ao campo da saúde, interagindo com outras empresas no mercado em toda sua amplitude.

No Brasil o cooperativismo social, como pauta da saúde mental, surge na década de 1990, no bojo dos debates sobre a lei de reforma psiquiátrica. Naquela época, havia algumas experiências em prática inspiradas na experiência vivida em Trieste. Além da produção teórica sobre o modelo triestino, o cooperativismo social no Brasil contava, até recentemente, com pouquíssima produção sobre o tema, restringindo-se a relatos de experiências locais (MARTINS, 2009). A lei 9867/1999, que institui o cooperativismo social no Brasil, além de marco jurídico, servia como marco conceitual, definindo a cooperativa social a partir das especificidades de seus trabalhadores (transtorno mental, dependência química, deficiência, egresso do sistema prisional).

O projeto original da lei 9867/1999 é uma tradução literal da lei italiana, com recorte na experiência das cooperativas de inserção laboral³⁸. Seu texto final está distante do original, pois sofreu incontáveis vetos que o tornaram uma lei de difícil aplicação. Apesar disso, a lei de cooperativas sociais tem servido de inspiração para inúmeras iniciativas de geração de trabalho renda na saúde mental, além de afirmar o direito ao trabalho de pessoas com transtorno mental. Muitos foram os debates em torno dessa lei, mas nenhum avanço significativo até meados de 2004, quando esses debates tornaram-se sistemáticos a partir da aproximação dos campos da saúde mental e da economia solidária na esfera federal.

Essas primeiras experiências de geração de renda da saúde mental surgidas durante a década de 1990 estabeleceram diálogo e parcerias com iniciativas de cooperativismo

³⁷ Sobre cooperativismo social no Brasil ver Martins (2009).

³⁸ A lei italiana abrange três modalidades de cooperativas sociais, as cooperativas sociais do tipo A, que: tem como característica principal promover serviços educativos e de assistência social à população em situação de desvantagem; as de tipo B, que investem na inserção laboral e na reinserção social por meio do trabalho; e as de tipo AB, que mesclam os tipos A e B, prestando assistência à comunidade e incluindo entre seus membros pessoas consideradas em desvantagem social (MARTINS, 2009:54).

popular. Entre o final dos anos 90 e início dos anos 2000 apareceram experiências pontuais de articulação com a economia solidária. A maior parte dessas primeiras iniciativas entrou em contato com a economia solidária através das incubadoras de cooperativas populares ou de gestões de governos locais (incubadoras públicas, secretarias ou núcleos de economia solidária). Para citar alguns exemplos: GerAção-POA, conforme relatado na seção anterior desse capítulo, teve apoio da SMIC, que na época tinha forte articulação com a economia solidária; e a TRABALHARTE, criada no ano 2000, em Juiz de Fora/MG, que buscou apoio da INTECOOP/UFJF em 1999 e passou, a partir daí, a frequentar os fóruns de economia solidária e, mais tarde, a compor o GT de Saúde Mental e Economia Solidária do governo federal (PT nº353/2005³⁹).

Em 2003 a economia solidária conquistou espaço no governo federal, com a criação da Secretaria Nacional de Economia Solidária, o que impulsionou e deu visibilidade às experiências desenvolvidas pelos empreendimentos deste campo e às gestões de alguns estados e municípios. Em 2004, a saúde mental oficializou sua parceria com a economia solidária na esfera federal.

2.3.1 Cooperativismo Social

Outra forma de arranjo bastante característica da relação entre saúde mental e trabalho é a cooperativa social. Conforme já anunciado, essa forma de organização tem suas origens na experiência de reforma psiquiátrica desenvolvida na província italiana de Trieste durante a década de 1970. A história de Trieste embala e mobiliza militantes da reforma psiquiátrica antimanicomial por todo mundo, exercendo forte influência nas práticas, leis e concepção de reforma no Brasil. Esse intercâmbio entre os dois países se deu durante o processo de redemocratização, quando alguns estudantes, hoje importantes figuras da reforma brasileira, foram para Trieste entusiasmados com a revolução que acontecia por lá liderada por Franco Basaglia. Entre esses estudantes estavam Roberto Tycanori, atual coordenador da ATSMAD/MS, e Fernanda Nicácio, coordenadora adjunta da mesma área. O próprio Basaglia esteve no Brasil proferindo palestras e participando de debates que problematizavam as práticas manicomiais instituídas pela psiquiatria.

³⁹ Portaria no anexo 2 da tese (p.280).

As cooperativas sociais em Trieste surgiram dentro do processo de desconstrução do Hospital Psiquiátrico San Giovanni, com forte crítica às relações de opressão por meio do trabalho estabelecidas entre os internos e os profissionais do hospital. Basaglia chegou a Trieste em 1971, naquela época o hospital tinha 1.101 pessoas internadas. O San Giovanni era o local onde qualquer pessoa que fosse considerada ameaça à ordem era confinada e, indiscriminadamente, privada de seus direitos civis (BARROS, 1994).

Segundo Cláudia Rolando⁴⁰, presidenta da Cooperativa Lavoratori Uniti Franco Basaglia, a maior preocupação de Basaglia e sua equipe era a questão da identidade das pessoas internadas e de como reconstruir seus direitos que haviam sido cerceados. O processo de reconstrução dessas identidades envolveu uma série de dimensões da vida das pessoas ali internadas, desde a busca por familiares e por histórias perdidas, até por moradia e trabalho. Para aqueles que já tinham perdido seus vínculos e não puderam retornar à convivência familiar, foram criados alguns apartamentos, a partir daí famílias foram se formando.

O *trabalho* também se tornou questão dentro do processo de desinstitucionalização dos internos do San Giovanni, onde parte dos pacientes ajudava na manutenção da instituição em troca de cigarros e regalias. O sentido terapêutico e ocupacional atribuído ao trabalho dos internos passou a ser problematizado e progressivamente substituído. A organização dos trabalhadores em cooperativas pareceu um caminho possível que reuniria a possibilidade de autonomia em relação à administração do hospital, a conquista de um novo status jurídico para a pessoa com transtorno mental que trabalha (associado), a possibilidade de contratar serviços fora do hospital e a recusa por serviços considerados insalubres (BARROS, 1994:96-97).

A primeira Cooperativa Social, a Lavoratori Uniti Franco Basaglia, foi reconhecida juridicamente, como cooperativa, apenas dois anos depois da chegada de Basaglia à Trieste e cinco anos antes da lei de reforma psiquiátrica italiana, a chamada Lei Basaglia (Lei nº180/1978). Quase 20 anos depois do registro dessa primeira experiência, foi publicada a lei italiana de cooperativas sociais (Lei nº381/1991). O texto da lei coloca que o objetivo principal da cooperação social é atender aos interesses da comunidade, que se manifestam na prática da cooperativa social tanto nas suas ações de inserção no trabalho (cooperativas

⁴⁰ Em entrevista concedida em abril de 2013.

sociais do tipo B), quanto nas atividades de assistência social (cooperativas sociais do tipo A)⁴¹.

Em visita à Cooperativa, em abril de 2013, a CLU, como é chamada por seus trabalhadores, completava 40 anos. As ideias de Basaglia ainda sustentam a prática da cooperativa, mas estão distantes do cenário daquela época. Muito do que chega ao Brasil da experiência triestina já deixou de ser discutido por lá. Atualmente na Itália há uma série de legislações, fundos e direitos específicos disponibilizados à cooperação social para que esses empreendimentos possam se manter ativos como qualquer outra empresa. Contudo, a realidade das cooperativas sociais em Trieste não pode ser igualada à cooperação social em outras regiões da Itália. Na região de Friuli-Venezia-Giulia, onde está Trieste, a cooperação social avançou em vários aspectos, um deles é a própria relação estabelecida com o mercado. A concepção de cooperativa social que, em Trieste, é posta como empresa social, propõe uma experiência que transcende as dimensões da psiquiatria e da assistência para ligar-se ao mundo produtivo, aos contextos cotidianos de vida (ROTELLI, LEONARDIS, MAURI, 1998:58).

A União Europeia oferece incentivos à participação de cooperativas sociais em chamadas públicas, e estas, por sua vez, podem atuar em igualdade de condições com as demais empresas que disputam o mercado. Outro elemento que deve ser considerado é a crise do Estado de Bem-Estar Social, que deixou espaço para que a cooperação social se desenvolvesse a ponto de, em províncias da Itália, como Pesaro⁴², por exemplo, toda a assistência social estar reservada à cooperação social. Esta situação gera críticas contundentes ao olhar referenciado na experiência brasileira, que interpreta a parceria público-privada como uma prática indiscriminalizada de terceirização dos serviços públicos. Os italianos justificam a opção pela parceria com o privado social⁴³ responsabilizando o poder público pelo enfrentamento da situação de desvantagem vivida por alguns segmentos sociais. Desta forma, no contexto italiano, o poder público, além de oferecer condições operativas e normativas, disponibiliza apoio à auto-organização dos grupos em situação de desvantagem, por meio da parceria público-privada, permitindo que

⁴¹ Para mais detalhes sobre a experiência italiana de cooperativismo social ver Martins (2009).

⁴² Experiência visitada em outubro de 2008.

⁴³ Expressão utilizada por gestores italianos de políticas públicas durante visitas feitas a experiências de cooperativismo social em 2008 (Pesado, Bolonha e Trieste) e em 2013 (Bolonha e Trieste).

o privado se torne também espaço de cooperação e promoção de autonomia (ROTELLI apud GALLIO, 1991 apud BARROS, 1994:105).

Cláudia Rolando, atual presidente da CLU, afirma que o papel do poder público é chave no acesso ao mercado, pois, ao contratar os serviços de uma cooperativa social, confere credibilidade aqueles sujeitos, convertendo recursos públicos que seriam destinados à internação em apoio à concretização de projetos de vida. Dito de outra forma, o poder público oferece seu poder de contratualidade às cooperativas sociais.

À época da entrevista concedida por Rolando, em abril de 2013, a CLU contava com 240 pessoas trabalhando, sendo 50 empregados, com faturamento anual de 50 milhões de euros, envolvendo setor de limpeza, serviço às pessoas (assistência a pessoas que precisam de apoio na realização de atividades cotidianas), transporte e setor de tipografia. Na mesma época a CLU agregava a suas atividades a gestão do Café Verdi, localizado num teatro no centro de Trieste. Esse espaço, que serve de vitrine aos serviços oferecidos pela cooperativa, foi conquistado graças a um edital lançado pela União Europeia à livre concorrência, onde a CLU foi contemplada como melhor oferta e projeto.

Até 2003 o papel das cooperativas sociais italianas era suprir a obrigatoriedade das empresas públicas e privadas de contratar certo número de pessoas em situação de desvantagem⁴⁴, respondendo à obrigatoriedade imposta pela lei daquele país (nº 68/1999) que estabelece cotas para pessoas com deficiência. A experiência do Café Verdi mostra essa reversão no lugar ocupado pelas cooperativas sociais no cenário italiano. A exemplo da CLU, as cooperativas sociais triestinas têm condições de acessar recursos disponíveis no mercado como qualquer outra empresa, preservando sua cláusula social, mantendo seu poder de acolhimento e responsabilidade sobre cada um de seus sócios.

Rolando coloca que tanto as empresas públicas quanto as privadas precisam compreender que utilizar os serviços de uma cooperativa social é uma questão de posicionamento político. Nas palavras da presidenta da CLU

Por exemplo, um sócio faz 38hrs semanais, ganha 900 ou 1000 euros por mês. A pessoa custa à cooperativa social cerca de 1700 euros (200 euros a previdência devolve depois à cooperativa social se esse sócio é inserido). O custo de um tratamento é de 1600 euros, na cooperativa social o custo pro Estado desse usuário é de 200 euros mais o desconto fiscal concedido à cooperativa social para contratar um sócio em desvantagem. É um circuito virtuoso (MARTINS, 2013:39).

⁴⁴ A partir do decreto nº 276/2003 as cooperativas sociais deixam de ser um meio de inserção para se tornar o próprio espaço de inserimento.

Para que as atividades da cooperativa se desenvolvam, a CLU oferece apoio aos associados da cooperativa que precisam de suporte em suas tarefas diárias e até mesmo durante seu trabalho na cooperativa. Este suporte não só permite a inserção da pessoa com transtorno mental na cooperativa, como também sua permanência no ambiente de trabalho. A cooperativa CLU tem um setor específico que oferece esse serviço de suporte. O que no Brasil é atribuído aos serviços de saúde mental, nas experiências de Trieste e de Bolonha é conferido a outros dispositivos na comunidade e da comunidade. No caso da CLU, além da questão da inserção laboral, os arranjos relacionados à moradia fazem parte das atividades da cooperativa, através de parceria firmada com o Departamento de Saúde Mental da província.

No cenário brasileiro, o marco jurídico permanece nos debates públicos e nas reivindicações dos grupos de geração de renda da saúde mental como um dos impasses emblemáticos para o cooperativismo social no Brasil. Essa afirmação se sustenta numa lei que sofreu inúmeros vetos, em um marco conceitual em processo de construção, na inconstância de ações públicas de apoio e fomento a esses empreendimentos e na ausência de uma política pública de Estado independente das mudanças sofridas a cada nova gestão governamental. Apesar disso, o número de iniciativas de geração de trabalho e renda nos moldes do cooperativismo e da economia solidária vem crescendo de forma significativa. Este crescimento pode ser atribuído a uma série de razões, tais como: os incentivos financeiros oferecidos pelo Ministério da Saúde, as reivindicações constantes dos usuários e o câmbio progressivo das práticas de cuidado em saúde mental. Além disso, a lei 9867/1999 resiste como um importante marco para o movimento antimanicomial, por afirmar o direito ao trabalho de pessoas com transtorno mental. Todas essas questões conferem ao cooperativismo social no Brasil, ainda que inspirado no modelo italiano, características muito próprias.

O cooperativismo social aqui apresenta peculiaridades que revelam que esse tipo de organização vem traçando um percurso particular no cenário brasileiro. Uma dessas peculiaridades é o protagonismo da saúde mental no tema. Diferente da cooperação social na Itália, onde há participação efetiva de diferentes segmentos sociais considerados em

situação de vulnerabilidade, no Brasil o tema ficou restrito ao campo da saúde mental⁴⁵. Essa realidade tem gerado pouca ou nenhuma articulação com outros segmentos sociais nas discussões sobre políticas públicas de apoio ao cooperativismo social.

Outro elemento é o percurso de 10 anos de diálogo com o cooperativismo popular travado por experiências pioneiras do campo da saúde mental, que precedeu a parceria com a economia solidária. A articulação com o cooperativismo popular, que ficou restrita a experiências pontuais, adquiriu escala quando saúde mental e economia solidária uniram esforços na esfera federal para elaboração de ações públicas de apoio às iniciativas de inserção laboral e geração de renda dos usuários. Uma das consequências disso foi a migração dos debates em torno da lei de cooperativismo social para a pauta de discussões sobre o marco jurídico e regulatório da economia solidária. Esse é um ponto importante, pois coloca o debate em torno da lei em outro plano que agrega um conjunto diferenciado de forças políticas, mas também herda adversários políticos e impasses próprios ao campo da economia solidária.

Outro elemento que deve ser considerado é a aproximação cada vez maior do cooperativismo social, que tinha, até então, permanecido restrito ao campo da saúde, de um conteúdo político crítico às práticas e concepções sobre as relações de trabalho, iniciativa que já vinha sendo desenvolvida no diálogo com o cooperativismo popular, mas que ganha amplitude e profundidade com a economia solidária. Agrega-se a esse elemento a participação crescente dos grupos de geração de renda da saúde mental, hegemonicamente ligados aos Caps, em fóruns e debates da economia solidária. Experiências de participação em fóruns de cooperativismo popular já vinham sendo feitas 10 anos antes da parceria entre saúde mental e economia solidária no governo federal, a exemplo da Cooperativa da Praia Vermelha, do Rio de Janeiro.

Os relatórios das Conferências Nacionais de Economia Solidária e de suas plenárias nacionais também servem de registro das contribuições de pessoas que militam na luta antimanicomial, com destaque para usuários da rede de saúde mental organizados em

⁴⁵ A lei brasileira define como segmentos considerados em situação de desvantagem: pessoas com transtorno mental, dependentes químicos, deficientes físicos, mentais e/ou sensoriais; e pessoas em cumprimento de pena ou medida socioeducativa ou egressas dos sistemas prisional ou socioeducativo. Para análise da lei nº 9.867/1999 ver o terceiro capítulo da dissertação de mestrado de Martins (2009).

grupos de geração de renda articulados à economia solidária⁴⁶. De outro lado, a economia solidária é pauta dos encontros nacionais das redes do Movimento Antimanicomial, de debates dentro dos serviços e tornou-se também tema de cursos voltados à formação ou à atualização em saúde mental. Todo esse movimento tem conferido ao cooperativismo social aqui no Brasil novas cores, tornando-se um espaço de diálogo e prática cada vez mais permeado pelo diálogo com a economia solidária.

2.3.2 Cooperativismo Popular

Conforme apresentado, durante a década de 1990 surgem as primeiras experiências da saúde mental de inserção no trabalho nos moldes cooperativistas. Motivadas pelos relatos vindos de Trieste, essas experiências buscaram cooperativas já formadas, órgãos ligados às prefeituras locais e incubadoras universitárias para apoio à organização do trabalho a partir do cooperativismo. É por meio dessas parcerias que a saúde mental entra em contato com o cooperativismo popular.

Nesse mesmo período surgem também as primeiras incubadoras tecnológicas de cooperativas populares, cenário inaugurado pela Incubadora Tecnológica de Cooperativas Populares da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ITCP/COPPE/UFRJ). Seja pela prática conjunta e pela troca cotidiana com outras cooperativas ou através de cursos oferecidos por incubadoras ou outras entidades cooperativistas, as primeiras iniciativas da saúde mental travaram um diálogo importante que desencadeou trocas que possibilitam repensar o próprio conceito de Reabilitação Psicossocial, sua relação com a categoria *trabalho* e sua articulação com o processo de desinstitucionalização e construção de autonomia dos usuários dos serviços de saúde mental.

Com o cooperativismo popular a saúde mental aprimorou suas experiências coletivas de geração de renda, agregando os princípios e valores do cooperativismo ao cotidiano dos grupos. Entre esses princípios e valores destacam-se a democracia, o interesse pela comunidade, a educação, a responsabilidade individual, a responsabilidade social, a equidade, a igualdade, a ajuda mútua e a solidariedade. No cooperativismo esses

⁴⁶ Ver documentos finais da ICONAES (BRASIL/MTE/SENAES, 2006); da II CONAES (BRASIL/MTE/SENAES, 2010) e da V Plenária Nacional de Ecosol (FBES, 2012).

princípios e valores são aplicados na esfera econômica, o que o diferencia de outras formas associativas.

Atualmente a lei que rege as cooperativas brasileiras data da década de 1970 e levanta uma série de críticas e debates acirrados entre as diferentes forças políticas deste campo, principalmente no que diz respeito à aplicação concreta dos princípios do cooperativismo e a legitimidade de órgãos instituídos em tempos de ditadura que perduram como representantes oficiais das cooperativas no país. Apesar da herança europeia que relacionava o cooperativismo à luta de classes e à organização operária, durante o século XX, no Brasil, o cooperativismo acabou sendo restrito a alguns setores econômicos, distanciando-se de suas origens junto aos trabalhadores (SANCHEZ, 2012).

Com a publicação da lei 5.764/1971, lei geral do cooperativismo, o Regime Militar estabeleceu o sistema cooperativo nacional, que passou a reger o cooperativismo sob uma única batuta. Com a constituição de 1988, que garante a liberdade de organização e impede a intervenção do Estado nas cooperativas, iniciou-se uma diversificação do cooperativismo brasileiro, tornando-se opção ao desemprego e à exclusão social. Durante a década de 1990 surgiram experiências de empresas recuperadas por antigos empregados, cooperativas de assentados da reforma agrária, cooperativas de prestadores de serviço formadas por trabalhadores oriundos das periferias de grandes cidades.

A lei Geral do Cooperativismo em vigor traz compilados os princípios estabelecidos pelos pioneiros dessa prática ainda no século XIX, reafirmados, mais recentemente, pela Aliança Cooperativa Internacional (ACI). São eles (BORGES, 200:132-133):

1. *Adesão voluntária e livre à cooperativa.* Qualquer pessoa apta pode ingressar cooperativa e deixar a cooperativa sem prejuízo;
2. *Gestão democrática pelos membros.* Os associados têm direito a participar do controle, da organização das atividades e das decisões sobre negócios e estrutura do empreendimento, cada membro tem direito a 1 voto, independente de sua condição financeira;
3. *Participação econômica dos membros.* O controle sobre capital da cooperativa é democrático, a propriedade do empreendimento é coletiva;

4. *Autonomia e independência.* A cooperativa deve se manter autônoma das entidades que mantém contratos, preservando e afirmando a primazia das decisões de seus membros;
5. *Educação, formação e informação.* A cooperativa deve ter uma reserva de fundos oriunda dos excedentes para investimento na formação geral, educacional e técnica de seus membros.
6. *Intercooperação.* A cooperativa deve buscar articular-se a outras cooperativas estabelecendo relações de cooperação e ajuda mútua.
7. *Interesse pela comunidade.* A cooperativa deve contribuir para a melhoria da comunidade em que está inserida.
8. *Indiscriminação política e religiosa.* A lei utiliza o termo neutralidade, ao invés de indiscriminação, o que não traduz o envolvimento político das cooperativas com as causas sociais, sejam elas de cunho partidário, de gênero, étnico- racial ou religioso.

Nesta seção serão apresentadas três experiências pioneiras de articulação com o cooperativismo popular: a Cooperativa Mista Paratodos, criada em 1994, em Santos-SP; a Cooperativa da Praia Vermelha, do Rio de Janeiro-RJ, criada em 1996; e a Trabalharte, criada no ano 2000, em Juiz de Fora-MG. Devido a dificuldades na formalização desses empreendimentos como cooperativas sociais, nenhuma das três experiências foi registrada como tal. A Cooperativa Paratodos é uma cooperativa de trabalho, a Cooperativa da Praia Vermelha permanece sem registro e a Trabalharte, apesar de ser uma cooperativa, foi registrada como associação. Além dessas três experiências pioneiras, será apresentada também a COOPCAPS, primeiro empreendimento formado por usuários de saúde mental a ser registrado como cooperativa social no Brasil. A COOPCAPS foi criada em 2005, com apoio da Incubadora de Cooperativas Populares de Autogestão do Ceará (ITCP/UFC).

Cooperativa Mista Paratodos (1994)

A Cooperativa Paratodos é a primeira experiência que se tem relato de organização dos usuários a partir do modelo cooperativista. A Cooperativa nasceu num contexto especial, onde os projetos de trabalho compunham o conjunto de ações desenvolvidas pelo Programa de Saúde Mental de Santos durante o processo de desinstitucionalização das

pessoas que estavam internadas no hospital psiquiátrico “Casa de Saúde Anchieta”⁴⁷. A conjuntura política era totalmente favorável ao processo, o que contribuiu de forma preponderante para o sucesso da experiência santista.

A proximidade com as discussões travadas em Trieste também foi elemento chave, já que alguns dos protagonistas da história santista estiveram em Trieste durante a década de 1980, mantendo contato frequente com atores de lá. Concepções sobre trabalho e seu lugar no processo de desinstitucionalização foram contagiadas pelas ideias de Basaglia e Rotelli. Uma delas é de que o trabalho não se configura parte final do tratamento, como numa escala progressiva com níveis de habilidade, mas como um componente do projeto reabilitativo de determinado sujeito, de retomada de sua relação com o mundo (NICACIO, 1994:121). Nesta perspectiva, foram criadas em Santos “frentes de trabalho”, projetos dos mais diversos, que ampliassem as possibilidades de inserção social dos usuários, estimulando a participação da comunidade e priorizando parcerias com setores fora do campo da saúde e em sintonia com o mercado e suas tendências.

Os projetos eram organizados em coletivos, onde os usuários eram estimulados a participar de debates sobre cooperativismo e a fazer estágios remunerados em ambientes reais de trabalho (KINKER, 1997:42). Essa realidade permitia que o processo de reabilitação acontecesse em condições reais de experiência, o que possibilitava operar diretamente nas questões que emergiam da vivência do trabalho, evitando situações artificiais e simuladas que acabariam legitimando o estigma de incapacidade das pessoas envolvidas nos projetos (NICÁCIO, 1994:122).

O primeiro projeto criado em Santos foi o Projeto Terra (1989), que teve como seu ponto de partida um curso oferecido pelo Horto Florestal do município. O curso visava à produção e manutenção de mudas que seriam plantadas nos jardins públicos da cidade, com direito à bolsa trabalho. A segunda experiência santista de inserção laboral foi junto ao Projeto Lixo Limpo (1990), responsável pela coleta seletiva e reciclagem do lixo inorgânico da cidade. O projeto previa a participação dos usuários do Programa de Saúde Mental de Santos e do Centro de Apoio à População, que trabalhavam na triagem do lixo recolhido pela cidade. Os usuários da saúde mental eram remunerados por meio de um convênio da empresa pública responsável pelo Programa e a Casa de Saúde Anchieta.

⁴⁷ Sobre o processo de reforma psiquiátrica em Santos ver Nicácio (1994).

Segundo Nicácio, os Projetos Terra e Lixo Limpo tinham como eixos norteadores a superação da ideologia ergoterápica, o reconhecimento das capacidades dos sujeitos envolvidos, a transformação do poder de contratualidade, a invenção de espaços diversificados e reais de trabalho e o trabalho como instrumento no processo de construção da autonomia (1994:124).

No ano seguinte, em 1991, foi criado o Projeto Vendas, para venda de mel e derivados em postos espalhados pela cidade (terminal de ônibus, feiras, etc.). Nesse projeto o pagamento era realizado por comissão e período trabalhado. Em 1991 o Projeto Terra passou a fazer manutenção de jardins públicos, por meio de um programa da prefeitura chamado “Adote uma Praça” (OGAWA, 1997:50). Através do programa, empresas privadas investiam financeiramente na manutenção das praças em troca de propaganda local. Com a adesão ao “Adote uma Praça”, o Projeto Terra passou atuar em espaços públicos, na cidade, o que demandava mais qualidade nos serviços oferecidos (op cit, p.50). Outro Projeto criado ainda em 1991 foi a “Oficina de Artesanato”, que envolvia produção de bijuterias, trabalhos com fios, perfumes e chinelos. Além desses projetos foi criado ainda o “Fábrica de Blocos”, em parceria com a Companhia de Habitação da Baixada Santista (COHAB), para fabricação de blocos para construção de moradias para a cidade. O projeto com os usuários da saúde mental se deu por meio de convênio entre a COHAB, a Casa de Saúde Anchieta e a Associação de Apoio às Frentes de Trabalho Alternativas (AAFRENT), o que permitiu o pagamento de bolsas no valor de um salário mínimo. Os bolsistas trabalhavam com os funcionários da COHAB e tinham direito a alojamento, alimentação e transporte. Um dos bolsistas prestou concurso e passou a ser funcionário da COHAB (NICACIO, 1994:126).

No ano seguinte o Programa de Saúde Mental de Santos inaugurou a “Unidade de Reabilitação Psicossocial”, que passou a abrigar os projetos que, até então, se reuniam na Casa de Saúde Anchieta, possibilitando a criação de novos empreendimentos (Oficina de Cozinha, a Oficina de Marcenaria e o Projeto de Limpeza e Desinfecção de Caixas d`Água) (op cit).

A intersectorialidade foi marca das diferentes frentes de trabalho em Santos. Além disso, havia um estímulo importante à participação ativa dos usuários em todos os processos, por meio de grupos de discussão sobre cada frente e a realização de assembleias de usuários/trabalhadores e profissionais. Nesses espaços os participantes compartilhavam

problemas e soluções de diversas ordens, buscando coletivizar as decisões sobre os empreendimentos, num exercício constante de cooperação. Esses espaços propiciavam também recriar as relações entre profissionais da unidade e os usuários/trabalhadores dentro dos projetos, desconstruindo relações antes baseadas no binômio patrão-empregado. Todo o processo provocou mudanças não só nos usuários, mas também nos profissionais, que passaram a assumir o lugar de mediadores entre os usuários e o “mundo real” (NICÁCIO, 1994:132).

O cotidiano dos empreendimentos começou a demandar outra forma de organização para a efetiva independência econômica e subjetiva dos usuários/trabalhadores (op cit, 133). Em 1994, após alguns anos de experiência e debates acumulados, foi fundada a Cooperativa Mista Paratodos. Com a criação da cooperativa surgiu um novo desafio, o de construir um novo papel, um novo lugar social para os usuários/trabalhadores, o de cooperado. A cooperativa configurou-se como um ambiente diverso daquele regido pelos profissionais de saúde, a partir dela intensificaram-se as trocas com outros saberes, dando forma a outros sentidos e significados ao trabalho. Segundo Nicácio, “a perspectiva da Cooperativa não é a de integração, compreendida como homogeneização, [...]. É, sobretudo, a produção de um espaço de produção e ampliação da rede relacional no terreno contraditório da inserção” (1994:135).

O processo de construção da cooperativa mobilizou discussões sobre o que é uma cooperativa, qual sua finalidade e seu significado, como montar um estatuto. Nem usuários, nem profissionais tinham respostas a essas questões. Segundo Nogueira (1997:55), a falta de conhecimento impulsionou todo o grupo a se aproximar de outros campos, para além da saúde. À época também estavam em formação em Santos uma Cooperativa de Construção Civil e outra de costureiras. Nas palavras do grupo:

A discussão de formar a Cooperativa Mista Paratodos, nasceu da discussão entre usuários dos projetos de produção ligados à Saúde Mental e ao CAP. Os usuários sentiram que era preciso pensar em alguma forma de trabalho que pudesse garantir mais segurança e melhor ganho, além do que, era difícil sair dos projetos e arrumar um emprego. Assim, em 1993, todos os envolvidos decidiram, com apoio dos técnicos dos projetos, organizar a Cooperativa Paratodos. Houve muito esforço para que ela fosse concluída. Foram quase dois anos discutindo o estatuto, a união do grupo e, principalmente, como seria a relação entre os participantes, justamente por eles terem muitos problemas na vida. Decidiu-se apostar que sua formação era possível e, no dia 15 de outubro de 1994, foi fundada a Cooperativa Paratodos.

Então, começou a luta para vencer a burocracia, organizar uma diretoria, ordenar os documentos pessoais dos cooperados e vencer o pessimismo. Com a integração de todos, cooperados, técnicos e amigos, conseguimos vencer as barreiras (Cartilha Cooperativa de Trabalho Mista Paratodos, 1994:7).

No mesmo ano em que a Cooperativa Paratodos foi fundada, foi apresentado o projeto de lei das cooperativas sociais, que seria aprovado cinco anos mais tarde. A opção por registrar a Paratodos como cooperativa de trabalho não se deve somente a este fato, mas também a um posicionamento político das pessoas que fizeram parte desse processo. Fernando Kinker, um dos fundadores da cooperativa e diretor da Unidade de Reabilitação Psicossocial de 1992 a 1996, reafirma esse posicionamento ao pontuar que uma das características dos projetos de trabalho desenvolvidos em Santos era “a participação nas lutas das organizações representativas das cooperativas de trabalho, principalmente de caráter popular, que vem questionando e propondo estratégias de alteração do estatuto das cooperativas de trabalho no Brasil” (1997:43).

Desde a fundação da Paratodos muita coisa mudou. A cooperativa tem sobrevivido a diferentes cenários políticos. Os projetos Lixo Limpo, Terra e Adote uma Praça permanecem em funcionamento, dependentes das gestões da política de saúde mental do município. A Cooperativa continua atuando a partir de uma proposta guarda-chuva, reunindo diferentes projetos de trabalho que envolvem usuários da rede de saúde mental de Santos.

Cooperativa da Praia Vermelha (1996)⁴⁸

O processo que desencadeou a criação da Cooperativa da Praia Vermelha teve início no Encontro Estadual de Saúde Mental, ocorrido em 1996, no Rio de Janeiro. Durante esse encontro surgiu a ideia de criar um grupo para discussão sistemática sobre a inserção dos usuários no trabalho. O grupo formado por usuários, familiares e profissionais, todos ligados a diferentes instituições da saúde mental, passou a se reunir

⁴⁸ O texto sobre a cooperativa teve como referência as informações dispostas nas seguintes fontes: 1) sítio eletrônico da ITCP/COPPE/UFRJ <http://www.cooperativismopopular.ufrj.br/praiavermelha/contato.html>, 10.09.2013, às 19hrs:35min. 2) Folder da Cooperativa, 3) fala proferida por Teresa Monnerat durante a Oficina de Geração de Renda e Trabalho de Usuários de Serviços de Saúde Mental (BRASIL, 2005:32-34), e 4) entrevista concedida por Gonçalo Guimarães, coordenador da ITCP/COPPE/UFRJ, em 17.09.2013.

mensalmente no Instituto de Psiquiatria Philippe Pinel para discutir sobre o desejo de trabalhar e a frustração de não conseguir trabalho no mercado formal.

No ano seguinte, uma dessas reuniões contou com a presença do coordenador da Incubadora Tecnológica de Cooperativas Populares da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Gonçalo Guimarães, a convite da prefeitura do Rio que havia sido contatada pelo grupo em busca de apoio aos seus trabalhos. A incubadora da COPPE tinha sido recém-criada, até então seu trabalho de assessoria técnica envolvia cooperativas populares de favelas do Rio de Janeiro. A prefeitura conhecia a incubadora devido a um convênio estabelecido entre as duas instituições onde a incubadora deveria assessorar projetos das comunidades onde atuava o Programa Favela-Bairro, que tinha como objetivo a urbanização de favelas cariocas.

Guimarães conta que nessa primeira reunião nada estava claro, a única coisa que se sabia era que a saúde mental precisava de apoio para organização dos usuários pelo trabalho. Até então o trabalho desenvolvido se dava de forma improvisada, sem muita discussão sobre seu sentido ou direção. Nessa ocasião, a incubadora fala sobre cooperativismo, seu conceito, trabalho coletivo. O grupo da saúde mental tinha como experiência exitosa o cooperativismo social italiano, o que serviu de ponto conector entre o grupo da saúde mental e a proposta da incubadora de trabalhar com o cooperativismo popular. O cooperativismo representava um contraponto entre as atividades realizadas até então, e a possibilidade de trabalhar coletivamente. Guimarães conta que mesmo sem entender muito bem o que a saúde mental realmente queria e qual o potencial daquela parceria, a incubadora continuou participando das reuniões realizadas no Instituto Pinel.

As trocas do grupo com a incubadora tornaram-se cada vez mais intensas, tanto que o grupo elegeu o cooperativismo como alternativa capaz de dar concretude ao seu desejo de trabalhar.

Com o tempo o grupo foi se dispersando, pessoas que vinham de outras partes da cidade, como do Engenho de Dentro (Instituto Nise da Silveira), de Niterói (Hospital de Jurujuba), começaram a ter dificuldades para ir às reuniões. Com isso, por uma questão de viabilidade, o trabalho se concentrou junto ao grupo do Instituto de Psiquiatria do Pinel e do Instituto de Psiquiatria da UFRJ, vizinho ao Pinel. Com o tempo veio a ideia de

trabalhar com cartonagem⁴⁹, num espaço cedido pelo instituto, com ajuda de estudantes da arquitetura e do curso de belas artes ligados à incubadora. A escolha pela cartonagem foi feita por que envolvia arte, era relativamente de fácil produção, havia também facilidade em conseguir matéria-prima e demandava baixo custo.

Mais tarde um dos familiares que participava do grupo trouxe a proposta de montar uma cozinha com recursos da Fundação Banco do Brasil. O grupo conseguiu, por meio de convênio com a FBB, montar uma cozinha industrial dentro das instalações cedidas pelo Instituto Pinel. Por sugestão de um familiar que vinha do Acre e que militava em defesa da Floresta Amazônica, a cooperativa escolheu como tema a Amazônia e como prática a produção e venda de alimentos feitos com ingredientes oriundos da floresta. Este familiar ajudou na articulação com o governo do Acre e com a Cooperativa Xapuri, a proximidade com o tema da floresta motivou o grupo à causa do meio ambiente, o que favoreceu uma inserção diferenciada dos associados na cidade (MONNERAT, 2005:32; GUIMARÃES, 2013).

A importância da cartonagem vai diminuindo dentro do grupo e a ideia de produzir alimentos foi conquistando cada vez mais espaço. Com apoio da incubadora, o grupo passou por cursos de formação em cooperativismo e culinária. Guimarães conta que os técnicos da incubadora logo estabeleceram uma relação forte com o grupo, tonando-se um trabalho de militância e identidade com o projeto. Além do apoio às atividades da cooperativa, a incubadora incentivou também a participação política dos associados, que passaram a frequentar o Fórum de Cooperativas Populares e a participar de mobilizações e discussões em torno do tema do cooperativismo popular, sem dificuldades maiores de integração com as demais cooperativas assessoradas pela ITCP. Como havia essa grande aproximação, as especificidades da saúde mental se mesclavam às discussões trazidas pelas demais cooperativas populares que participavam do processo.

Teresa Monnerat (BRASIL/MS, 2005c:32) colocou que o grande diferencial da Cooperativa da Praia Vermelha foi a conjunção dos temas da saúde mental à causa ambiental, o que deu grande visibilidade ao trabalho. Na época a Cooperativa recebeu a visita do vice-governador do Acre, da então senadora Marina Silva, de grupos indígenas e

⁴⁹ Segundo Gonçalo Guimarães, mais tarde esse trabalho dá origem ao Papel Pinel, outro projeto de geração de renda também ligado ao Pinel, que conta com apoio da ITCP/COPPE/UFRJ.

de mulheres quebradoras de coco. A Cooperativa passou a participar da cerimônia de entrega do prêmio Chico Mendes, oferecida pelo grupo Tortura Nunca Mais. Com toda essa visibilidade a prefeitura do Rio convidou a cooperativa e a ITCP a irem à Itália conhecer as experiências de cooperativas sociais de Turim.

Mesmo sem nenhum recurso financeiro, o trabalho da ITCP junto à saúde mental é ampliado para toda rede do município do Rio de Janeiro, com a criação de um grupo semanal para discutir a possibilidade de transformação do trabalho ligado à terapia ocupacional para um trabalho com viabilidade econômica (GUIMARÃES, 2013). Fruto dessa articulação foi criado o evento “Caia na Loucura”, reunindo seminário, feira e oficinas, tudo dentro das instalações da COPPE, na UFRJ, com sua primeira edição em 2005.

Atualmente parte da castanha que serve de ingrediente para os produtos da cooperativa são doados pela Cooperativa Extrativista do Acre, a COOPEACRE. Outra parceira da cooperativa é a Associação de Amigos do CAIS, a AMOCAIS, que é responsável pelo transporte dos trabalhadores até à cooperativa. A cooperativa é filiada à Rede Ecológica e participa dos Fóruns de Cooperativas Populares do Rio de Janeiro e de Economia Solidária e do Núcleo de Saúde Mental e Trabalho da Secretaria de Trabalho do governo estado do Rio de Janeiro (NUSAMT/SETRAB-RJ). A produção da cooperativa é comercializada no próprio Instituto ou em seus arredores e num espaço cedido pelo Conselho Regional de Engenharia, Arquitetura e Agronomia do Estado do Rio de Janeiro, localizado em sua sede no centro da cidade. Além disso, oferece serviço de lanche para eventos e pequenos coquetéis.

A forte vinculação da Cooperativa ao Instituto Pinel e ao apoio dos técnicos cedidos pelo instituto podem ter contribuído para a permanência do grupo junto à instituição.

Trabalharte (2000)⁵⁰

A Trabalharte surgiu de experiências de oficinas de produção desenvolvidas no Caps Casa Viva na cidade mineira de Juiz de Fora (MENDES, 2007:117). O processo foi impulsionado pela dificuldade do grupo de sustentar e manter o trabalho dentro do Caps devido à precariedade de material e estrutura para as atividades. Além disso, havia necessidade de criar formas mais efetivas de inserção no trabalho. Em outubro de 1999, um grupo composto por usuários, familiares e profissionais do Caps fez o primeiro contato com Intecoop/UFJF na busca de informações sobre a criação de uma cooperativa.

Dois anos depois do primeiro contato com a incubadora ocorre a formalização do grupo, não como cooperativa, conforme planejado inicialmente, mas como associação. A escolha foi feita após a avaliação detalhada das possibilidades colocadas pela Incubadora. O que eliminou a possibilidade de formalizar o grupo como cooperativa foi o receio dos usuários de perderem seus benefícios sociais e previdenciários. Depois disso restaram apenas duas possibilidades, continuarem na informalidade ou criarem uma associação (op cit, 2007:118).

No ano de 2000 foi criada a Trabalharte Associação Pró-Saúde Mental, por meio de Assembleia Geral Ordinária, com a participação de 31 sócios fundadores, sendo 07 familiares e 24 usuários (op cit, 2007:119). Por decisão do coletivo, o papel dos técnicos e profissionais da rede de saúde ficou restrito à assessoria e apoio aos membros da cooperativa.

Com a criação da Trabalharte, as atividades que antes eram feitas individualmente pelos usuários e familiares passaram a ser organizadas de forma coletiva, aos moldes cooperativistas. Nos primeiros anos de vida, a cooperativa permaneceu dentro do Caps Casa Viva o que, com o tempo, mostrou-se pouco produtor para o grupo. A partir da mobilização do grupo em torno desta problemática, em 2006 é inaugurado o Centro de Convivência Recriar, que abriga a Trabalharte até os dias de hoje. O Recriar é um serviço da rede pública de saúde mental onde são oferecidas atividades artísticas e de trabalho aos usuários encaminhados pelos Caps da cidade.

A cooperativa produz artefatos artesanais, tais como: bolsas e embalagens pintadas à mão, camisetas customizadas, bijuterias, velas, vasos ornamentais e quadros pintados

⁵⁰ Ver capítulo 4 da dissertação de mestrado de Martins (2009).

pelos cooperados. A maior parte da produção é voltada para fins de divulgação, tais como bolsas para eventos, imãs de geladeira com marca de um determinado estabelecimento comercial, embalagens para lojas, entre outros. A Cooperativa chegou a produzir 500 bolsas para a I Conferência Nacional de Economia Solidária, todas pintadas à mão.

O relato de uma das fundadoras da Trabalharte afirma que a articulação com a Incubadora contribuiu de forma significativa com a criação e o desenvolvimento da associação, em especial naquilo que se refere a sua atuação enquanto cooperativa. Além disso, a incubadora foi decisiva para o “fortalecimento político institucional, para ampliação do espaço de atuação profissional, e para ampliar o reconhecimento da importância da inserção de usuários da saúde mental no mundo do trabalho” (MENDES, 2007:120).

Coopcaps (2005)⁵¹

A Coopcaps surgiu em 2003, dentro de um Caps em Fortaleza, a partir da necessidade de criar um espaço que possibilitasse maior autonomia dos usuários que já tinham passado por oficinas de produção oferecidas pelo serviço. O grupo buscou apoio da Incubadora de Cooperativas Populares de Autogestão da Universidade Federal do Ceará (UFC), quando realizam o primeiro curso de capacitação em cooperativismo, que contou com a participação de profissionais do Caps, usuários e familiares. O curso, ministrado pela incubadora, teve duração de seis meses, com aulas duas vezes por semana, nas dependências do Caps e no horário que era reservada às oficinas de produção. No ano seguinte o grupo passou por uma formação em gerenciamento de finanças e vendas e, a partir daí, iniciou as discussões para a elaboração do estatuto da cooperativa. Em maio de 2005 a Cooperativa Social do Centro de Atenção Psicossocial (Coopcaps) foi fundada, com a maioria de usuários como sócios. A Coopcaps foi a primeira a ser registrada como cooperativa social no campo da saúde mental. Após a fundação, a incubadora ofereceu mais um curso ao grupo, agora de autogestão.

Nesse primeiro momento a cooperativa teve sua sede no próprio Caps, aberta apenas duas vezes por semana, somente durante o período da tarde. Como o Caps entrou em obras em 2006, a cooperativa paralisou suas atividades de produção, mas os sócios permaneceram em processo de formação. Nesse período, filiou-se a UNISOL/Brasil e

⁵¹ As informações sobre a Coopcaps foram disponibilizadas por Maria de Lourdes Bastos Silvino, membro da cooperativa, e enviadas à pesquisadora, por correio eletrônico, no dia 20.09.2013.

participou de vários congressos de economia solidaria e da Luta Antimanicomial. No mesmo ano a cooperativa voltou a produzir e passou a integrar o Mercado Solidário, projeto de exposição e comercialização de produtos, que durou por volta de 1 ano e contou com a participação de mais 8 cooperativas assessoradas pela incubadora da UFC.

Em Setembro de 2007, a Coopcaps conseguiu um espaço próprio, com apoio da coordenação de saúde mental do município, através da Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura. Recebeu também incentivo financeiro do governo federal, repassado pelo Ministério da Saúde através da PT nº1.169/2005.

No início de 2008 foi ministrado na própria sede da Coopcaps um curso de qualificação social e profissional para trabalhadores de empreendimentos econômicos solidários, oferecido pela Agência de Desenvolvimento Solidário da Central Única dos Trabalhadores (ADS/CUT). Em seguida outro curso, agora ministrado pela Incubadora, sobre organização e método no trabalho. Nesse período a cooperativa participou também de eventos científicos da saúde mental com espaço de venda de produtos.

No final de 2008, com o apoio da ADS/CUT e da UNISOL/Brasil, foi criado o projeto ART VIVA onde a cooperativa comercializa seus produtos em conjunto com mais outras cooperativas filiadas à UNISOL, através da Coopvida. Além dessas parcerias, a Coopcaps vem participando de programas de apoio socioeconômico promovidos pela Secretaria de Desenvolvimento do Estado, como o DIFERENCIARTE.

O grupo produz artesanato, tapeçaria, bordado, crochê, bijuterias, sabonete, velas decorativas, papel reciclado, porta-vassoura, produtos de limpeza e peças para cama, mesa e banho. Todas essas atividades refletem muito da origem da cooperativa junto as oficinas de produção oferecidas dentro do caps.

Algumas considerações sobre o papel das incubadoras no processo de resignificação do trabalho

As experiências da Cooperativa da Praia Vermelha, da Trabalharte e da Coopcaps mostram o quanto as incubadoras tem exercido um papel fundamental no processo de organização dos grupos e na resignificação do trabalho dos usuários no campo da saúde mental. A assistência e suporte aos grupos oferecido a partir de uma perspectiva

diferenciada, envolvendo profissionais de diferentes formações, tem permitido a emergência de um espaço de múltiplos olhares sobre o que antes era restrito à saúde mental.

Nessas experiências os técnicos das incubadoras contribuem com uma série de novos conceitos e formas de compreender e organizar o trabalho, permitindo que usuários, familiares e profissionais da saúde mental reflitam coletivamente sobre suas práticas e concepções sobre a atividade produtiva. Além disso, oferecem aos grupos da saúde mental conhecimentos sobre sua produção, agregando valor comercial ao que antes estava praticamente restrito a espontaneidade das oficinas realizadas dentro dos Caps. A própria identidade de trabalhador/empreendedor contribui para a problematização do lugar dos usuários, de seus familiares e dos próprios profissionais da saúde mental no dia-a-dia dos empreendimentos (MARTINS, 2009:155). .

Esta troca entre os cooperados e os técnicos das incubadoras provoca reflexões sobre o próprio processo de incubagem dos empreendimentos e, de forma mais geral, sobre os próprios “pré-conceitos” a respeito da capacidade produtiva e relacional das pessoas com transtorno mental, trazendo benefícios para ambos os grupos e para a sociedade como um todo (ZAMBRONI-DE-SOUZA, 2006:98). A relação estabelecida entre as incubadoras e os grupos acaba produzindo um espaço de diálogo coletivo propício à reflexão sobre o cotidiano dos serviços de saúde mental, no que diz respeito ao trabalho, que contribui de forma expressiva com o processo de reabilitação psicossocial dos usuários. Além disso, as incubadoras possibilitam aos usuários condições diferenciadas que permitem a construção de novos vínculos nas interações. Isto se dá porque a metodologia de incubação envolve o esforço cotidiano de fazer junto com os trabalhadores, evitando relações de subordinação (GIRARD, 2006:283). No caso da saúde mental essa questão é essencial na medida em que os usuários comumente atribuem um forte sentido às dimensões de integração e socialização do trabalho, possivelmente maior que a de outros trabalhadores que desfrutam de outras vias de integração social (MARTINS, 2009:156).

2.3.3 Economia Solidária

A parceria com a economia solidária ganhou amplitude e visibilidade ao tornar-se política pública fomentada pelo governo federal. Contudo, experiências pontuais de articulação entre os dois campos já estavam em desenvolvimento desde o final da década de 1990. O relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental (BRASIL/MS, 2002:16) dá indicações dessa articulação, trazendo em seu texto reivindicações de apoio a grupos da saúde mental ligados à economia solidária. Ainda no ano de 2002, quando foi realizada esta conferência, não havia apoio governamental a essas iniciativas de geração de renda e, nem mesmo, uma institucionalidade da política de economia solidária no governo federal, representada hoje pela SENAES.

Conforme apresentando anteriormente, experiências coletivas aos moldes cooperativistas já faziam parte do contexto das discussões e práticas sobre trabalho na saúde mental. A articulação com o cooperativismo popular e com outras experiências do que viria a ser chamado economia solidária, mesmo que pontualmente, já acontecia em redes locais de saúde mental.

O termo economia solidária tem uma de suas primeiras aparições na Folha de São Paulo, em 1996, num artigo de Paul Singer, intitulado “Economia Solidária contra o desemprego”⁵². Experiências que hoje são consideradas economia solidária, tais como: clubes de troca, empresas recuperadas por trabalhadores, bancos comunitários e empreendimentos autogestionários organizados por meio de cooperativas e/ou associações, já existiam e tinham suas bases na organização de trabalhadores fora do mercado formal, assalariado. Estas experiências contavam com apoio de entidades de cunho religioso, sindicatos, universidades, diferentes organizações da sociedade civil e movimentos sociais tanto urbanos quanto rurais (CUNHA, 2011a:47). Elas surgem como resistência à situação de desemprego e a dificuldade dos trabalhadores de permanecer ou, até mesmo, entrar no mercado formal de trabalho. Desta forma, o que hoje é denominado economia solidária ficou imerso sob o que a literatura científica chama de autogestão, cooperativismo, economia informal ou economia popular (LECHAT, 2002:5). No confronto com esses

⁵² SINGER, P. Economia Solidária contra do desemprego. São Paulo: Folha de São Paulo, 11.07.1996, Opinião, Tendências e Debates, p.3.

conceitos a concepção de economia solidária foi sendo definida e caracterizada como campo.

A economia solidária emerge num cenário onde confluem diferentes movimentos que discutem formas alternativas de organização do trabalho baseadas na autogestão e na participação democrática dos trabalhadores. Segundo Lechat (2002:11-14), durante a década de 1990, uma série de eventos deu consistência a essa ideia e contribuiu para a construção de um pensamento e/ou movimento social em prol da economia solidária no Brasil. A autora destaca o III Encontro Nacional da Associação Nacional dos Trabalhadores em Empresas de Autogestão e Participação Acionária (ANTEAG); debates em torno do tema da autogestão realizados com apoio do Instituto de Políticas Alternativas para o Cone Sul (PACS), que mais tarde deram origem a Rede Brasileira de Socioeconomia Solidária. Destaca também a criação da primeira Incubadora Tecnológica de Cooperativas Populares, ligada à Universidade Federal do Rio de Janeiro, com apoio da Ação pela Cidadania e recursos financeiros da FINEP e do Banco do Brasil, experiência inaugural e inspiradora de várias outras. Além desses dois eventos, a autora pontua a criação de um grupo de trabalho sobre economia solidária pela Fundação UNITRABALHO, sob coordenação de professores da UNESP, USP e UNICAMP, que deu início ao primeiro levantamento de experiências dessa natureza no cenário nacional.

Houve também a experiência de governos locais que apostaram na economia solidária como forma de investir no desenvolvimento econômico e social, como no caso de Porto Alegre que, a partir de 2001, teve a proposta da economia solidária ampliada para todo estado do Rio Grande do Sul, pelo então governador Olívio Dutra (PT/RS). Cabe lembrar ainda as experiências desenvolvidas em Belém/PA e Santo André/SP e, posteriormente, em Recife/PE e São Paulo/SP como as mais emblemáticas, todas sob governo petista (REDE DE GESTORES DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE ECONOMIA SOLIDÁRIA, 2008:13).

Reunidas as bases durante os anos 90, em 2001, ocorreu uma articulação nacional decisiva para a economia solidária enquanto fato político, a criação do Grupo de Trabalho Brasileiro da Economia Solidária⁵³. Esse grupo teve como principal objetivo articular a

⁵³ As 12 Entidades e Redes Nacionais de Fomento que em momentos e níveis diferentes participam do GT Brasileiro são: Rede Brasileira de Socioeconomia Solidária (RBSES); Instituto Políticas Alternativas para o

participação nacional e das redes internacionais de economia solidária durante o I Fórum Social Mundial, realizado em Porto Alegre.

Com a eleição do presidente Luis Inácio Lula da Silva, do Partido dos Trabalhadores, no final de 2002, ocorreu uma grande mobilização para que o tema da economia solidária fosse incorporado à pauta do governo federal. A I Plenária Nacional de Economia Solidária reforçou o pedido feito em uma carta ao presidente solicitando a criação de uma política de apoio à economia solidária e inicia os debates em torno de uma plataforma política da economia solidária, uma carta de princípios e a criação de um Fórum Nacional de Economia Solidária (FBES).

Durante o Fórum Social Mundial de 2003, o presidente Lula anunciou a criação da Secretaria Nacional de Economia Solidária sob direção de Paul Singer, economista, professor aposentado da USP e um dos fundadores do Partido dos Trabalhadores. A II Plenária, que ocorreu nesta ocasião, deliberou pela mobilização de suas bases estaduais para definição da plataforma de lutas, da carta de princípios e da composição do FBES. Na III Plenária foi criado o FBES com objetivo de fazer interlocução junto ao governo, em especial junto à SENAES, que assumiu a plataforma de lutas como parte de seu plano de governo. Em agosto do ano seguinte foi realizado o I Encontro Nacional de Empreendimentos da Economia Solidária, que reuniu cerca de 2.500 representantes de todos os estados do país.

No campo da saúde mental, em abril de 2004, aconteceu o I Congresso Brasileiro dos Centros de Atenção Psicossocial, evento de expressão nacional, que reuniu mais de 2.000 participantes. Este congresso contou com a presença do prof. Paul Singer, como dirigente da SENAES/MTE. Nesta ocasião Singer falou sobre a economia solidária e suas raízes e sublinhou o potencial de aproximação entre os dois campos, já que, segundo ele, a economia solidária é uma proposta construída por aqueles que no sistema capitalista vivem

Cone Sul (PACS); Federação de Órgãos para a Assistência Social e Educacional (FASE); Associação Nacional dos Trabalhadores de Empresas em Auto-Gestão (ANTEAG); Instituto Brasileiro de Análises Sócio-Econômicas (IBASE); Cáritas Brasileira; Movimento dos Trabalhadores Sem Terra (MST/Concrab); Rede Universitária de Incubadoras Tecnológicas de Cooperativas Populares (ITCPs); Agência de Desenvolvimento Solidário (ADS/CUT); UNITRABALHO; Rede Brasileira de Gestores de Políticas Públicas da Economia Solidária; Associação Brasileira de Instituições de Micro-Crédito (ABICRED). Fonte: Texto elaborado pela Secretaria Executiva do Fórum Brasileiro de Economia Solidária - A trajetória do Movimento da Economia Solidária no Brasil: do Fórum Social Mundial (FSM) ao Fórum Brasileiro da Economia Solidária (FBES),

às margens, integrados ao sistema por meio da exclusão (BRASIL/MS, 2005c:11-12). Segundo o professor o sistema capitalista prevê derrotados e perdedores e por sua força ideológica faz com que as pessoas acreditem que aqueles que foram postos nesta situação são incapazes. Para Singer este recorte é feito pelo mercado a partir de uma série de parâmetros, tais como: nível de escolaridade, faixa etária, estigma atribuído a um grupo por sua condição social como, por exemplo, ter passado pelo sistema prisional e, até mesmo, pelas condições física, mental ou psíquica de determinados grupos sociais. Nas palavras de Singer:

o louco é um excluído por, eu diria, quase por definição, e essa definição de normal é dada no mercado e dada pela comparação [...]. Portadores de deficiência mental, os incapazes fisicamente, os incapazes por idade, falta de escolaridade, todos eles encontram na economia solidária, a economia solidária é feita para eles. Isso não significa [...] que a economia solidária é algo inferior, é feita para os incapazes, os capazes estão na economia capitalista, produzindo, levando a sociedade adiante e os coitadinhos, incapazes, ficam a margem de sobreviver à base da solidariedade. A solidariedade é tão importante quanto a competição. É uma outra margem de organização da sociedade, ela tem ajuda mútua em vez de você individualmente procurar ser melhor que o outro, triunfar sobre seu oponente, é a coisa mais emocionante, é entusiasmante, é a vitória, [...] pensarmos de uma maneira mais coletiva, em que o triunfo é de todos e não de um sobre o outro (SINGER, 2004).

No final do mesmo ano a parceria entre saúde mental e economia solidária foi selada oficialmente no governo federal durante a I Oficina Nacional de Geração de Renda e Trabalho de Usuários de Serviços de Saúde Mental.

Singer (2002:10) define que a propriedade coletiva ou associada do capital e o direito à liberdade individual são os dois princípios básicos que configuram a economia solidária. A cooperação, a responsabilidade, as decisões compartilhadas, a solidariedade e a democracia também são princípios que norteiam a economia solidária. Esses princípios têm fomentado reflexões importantes dos atores da saúde mental, sejam estes usuários, seus familiares ou profissionais dos serviços, no que diz respeito ao cotidiano das experiências de geração de renda e dos serviços de saúde mental de forma mais ampla.

Esse processo de resignificação que envolveu o cooperativismo social triestino e o cooperativismo popular foi impulsionado de forma significativa pela convivência e pelas trocas com diferentes atores do campo da economia solidária que se dão, em especial, no cotidiano dos grupos de geração de renda da saúde mental. Cabe lembrar que na economia

solidária transitam atores de diferentes origens e militâncias políticas, já que é um campo que agrega movimentos sociais diversos, como é o caso da Luta Antimanicomial.

Esse universo diversificado da economia solidária agrega exemplos como os das incubadoras universitárias, como a ITCP/UFRJ, que apoia, entre outras experiências, a Cooperativa da Praia Vermelha, o Papel Pinel, entre outros empreendimentos solidários da saúde mental. Outras incubadoras universitárias apoiam empreendimentos da saúde mental, como as Incubadoras da UFJF, com a Trabalharte; da UFCE, com a COOPCAPS; do Núcleo de Economia Alternativa da UFRGRS, com a GerAção-POA. Além da INTECOOP da Universidade Católica de Pelotas/RS, da UFAL, da UNICAMP, da ITCP/UNEB, da UnB e da UFSCar. Afora as incubadoras, outras entidades oferecem apoio e fomento a empreendimentos da economia solidária, como a Cáritas, a Fundação Unitrabalho, o Instituto Marista de Solidariedade e a Agência de Desenvolvimento Solidário (ADS/CUT), que tem entre seus grupos empreendimentos da saúde mental.

Outra entidade do campo da economia solidária que vem apoiando técnica e politicamente os debates sobre o cooperativismo social na esfera federal e em âmbito local é a Central de Cooperativas e Empreendimentos Solidários – UNISOL/Brasil. Esta entidade conta com uma setorial específica sobre cooperativismo social e com apoio a empreendimentos solidários da saúde mental, em especial aqueles do estado de São Paulo. A Unisol oferece apoio também à organização desses empreendimentos em rede, como é o caso da Rede de Saúde Mental e Economia Solidária de São Paulo. Esta rede reúne por volta de 80 empreendimentos solidários formados por usuários dos serviços de saúde mental. Além da UNISOL/Brasil, a Rede de Saúde Mental e Economia Solidária de São Paulo tem apoio do Núcleo de Assistência Técnica de Economia Solidária, órgão criado por iniciativa da SENAES/MTE⁵⁴.

Como exemplo de articulação das gestões locais de economia solidária e saúde mental, cabe citar o caso do gestor da política de economia solidária da Prefeitura de São Bernardo do Campo/SP, Nilson Tadashi, que cedeu espaço ao lado da Secretaria de Trabalho para que os usuários da saúde mental pudessem abrir a lanchonete Qdelícia.

⁵⁴ Informações sobre a Rede de Saúde Mental e Economia Solidária de São Paulo ver www.saudeecosol.wordpress.com.

Estes exemplos mostram como a saúde mental vem se articulando ao campo da economia solidária, através da incursão pelo campo, nas trocas estabelecidas com seus atores e na participação direta como integrante desse campo. A resignificação do trabalho pela saúde mental tem se dado também na própria vivência como agente desse campo, na construção de novos lugares sociais, pela possibilidade de ser reconhecido a partir de outros referenciais que não sejam aqueles restritos à saúde ou à doença. Na possibilidade de ser, além de usuário de serviço de saúde mental, um trabalhador, um militante da economia solidária. Esta possibilidade permite que atores da saúde mental que tem travado diálogo com a economia solidária tracem novos itinerários no cotidiano de suas vidas e, até mesmo, novas trajetórias políticas e concepções sobre a loucura.

Toda essa mobilização, além de contribuir para o processo de resignificação do trabalho em saúde mental, vai tecendo aos poucos uma base social para reivindicação e discussão da pauta política sobre trabalho e inserção social e econômica de pessoas em situação de desvantagem. Exemplo concreto disso foi a Marcha dos Usuários pela Reforma Antimanicomial⁵⁵, em 2009, que reuniu cerca de 2.300 pessoas, reivindicando avanços na assistência, com completa substituição dos leitos em hospitais psiquiátricos por uma rede comunitária de serviços. A Marcha afirmou a importância da intersetorialidade para uma reforma psiquiátrica antimanicomial, trazendo entre suas reivindicações pautas com diferentes ministérios, entre eles o Ministério do Trabalho e Emprego, por meio da Secretaria Nacional de Economia Solidária. Representantes da Marcha foram recebidos pelo prof. Paul Singer, entre as reivindicações do grupo destacaram-se: apoio à organização de feiras e atividades de capacitação, criação de linhas de financiamento para os projetos e empreendimentos da saúde mental e o fortalecimento do cooperativismo social.

⁵⁵ A realização da Marcha contou com apoio da RENILA e do Conselho Federal de Psicologia. Informações sobre a Marcha retiradas da publicação: CFP. IV CNSM-I. Por uma IV Conferência Antimanicomial: contribuições dos usuários. Brasília: CFP, 2010.

CAPÍTULO III

3. SAÚDE MENTAL, ECONOMIA SOLIDÁRIA E POLÍTICAS PÚBLICAS

Este capítulo reúne ações do governo federal, entre os anos de 2004 e 2010, resgatando os principais eventos organizados pela ATSMAD/MS, em parceria com a SENAES/MTE com objetivo de reconstruir o percurso da Política de Saúde Mental e Economia Solidária. O foco da análise dos eventos está no discurso dos participantes, através das discussões, dos temas debatidos, dos termos utilizados, dos conceitos e das concepções sobre a noção de trabalho no campo da saúde mental.

A apresentação de cada um dos eventos priorizou as falas dos palestrantes e da plenária, com destaque para os pontos que articulam saúde mental e economia solidária em suas dimensões política, conceitual e experiencial. O capítulo foi construído respeitando o tempo lógico dos acontecimentos, com a finalidade de apresentar ao leitor/a o desenrolar das ações e o processo de incorporação do tema *trabalho* à PNSMAD e a articulação com a economia solidária. Por isso, em alguns momentos, foi necessário retroceder ou avançar nos acontecimentos a fim de trazer elementos que auxiliassem a reflexão posta nas diferentes seções do capítulo.

Além das ações realizadas pela ATSMAD/MS em parceria com a SENAES/MTE, este capítulo apresenta ações da SENAES/MTE e da Presidência da República voltadas para os temas da inserção laboral de pessoas com transtorno mental e também sobre o cooperativismo social. Por fim, a Política de Saúde Mental e Economia Solidária é analisada a partir dos conceitos de reconhecimento (HONNETH) e de redistribuição (FRASER), como estratégias de enfrentamento a injustiças sociais.

Cabe informar ao leitor/a que foi feita a opção por dividir o relato sobre a Política em dois momentos, o primeiro que vai de 2004 até início de 2010, definido pelas primeiras articulações entre saúde mental e economia solidária, com foco na inserção laboral dos usuários de serviços de saúde mental. E, um segundo momento, referenciado aqui pela I Conferência Temática de Cooperativismo Social, ocorrida na metade de 2010, que aborda

o tema da inserção laboral a partir da concepção ampliada de cooperativismo social. Este segundo momento compõe o quarto capítulo desta tese.

3.1 Trabalho como pauta da PNSMAD/MS

A questão do trabalho relacionada à inclusão social e econômica dos usuários tornou-se reivindicação oficial do movimento social no relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorrida em 2001. Segundo dados do Ministério da Saúde, esta conferência mobilizou mais de 50 mil pessoas, entre usuários, seus familiares e profissionais que atuam no campo da saúde mental (BRASIL/MS, 2002:16). O tema da economia solidária aparece pela primeira vez num documento oficial do Ministério da Saúde no relatório final desta conferência, como uma das propostas relacionadas à inserção no trabalho.

Além da importância atribuída a III Conferência, vale destacar que em 2004 ocorreu o I Congresso Brasileiro dos Centros de Atenção Psicossocial, evento de expressão nacional, que reuniu mais de 2 mil participantes. Esse evento contou com a presença do Professor Paul Singer, que acabava de assumir o cargo de Secretário Nacional de Economia Solidária do Ministério do Trabalho e Emprego (SENAES/MTE). Durante a conferência o secretário falou sobre a economia solidária e mostrou-se interessado na parceria com a saúde mental.

Estabelecido o diálogo com a SENAES/MTE, ainda em 2004, ATSMAD/MS iniciou o mapeamento das iniciativas de inserção no trabalho desenvolvidas a partir da saúde mental, para realização da I Oficina de Experiências de Geração de Renda e Trabalho de Usuários de Serviços de Saúde Mental. Esse mapeamento deu origem ao Cadastro de Iniciativas de Inclusão Social pelo Trabalho (CIST) que, a partir de 2008, passou a ter seu formulário disponível na internet⁵⁶. O CIST abrange uma grande diversidade de iniciativas de inserção no trabalho, não se restringindo àquelas que estão articuladas à economia solidária ou ao cooperativismo. Na maior parte dos casos, as

⁵⁶ O formulário pode ser acessado pelo endereço eletrônico:
http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=865.

experiências estão ligadas aos serviços de saúde mental, configurando-se oficinas de produção, algumas de cunho terapêutico.

No ano seguinte, em 2005, a ATSMAD/MS e a SENAES/MTE oficializaram sua parceria através da publicação da portaria interministerial nº 353/2005. Esta portaria instituiu o Grupo de Trabalho Saúde Mental e Economia Solidária, com objetivo de estreitar os laços entre os dois campos através de ações do governo federal. Logo após a criação do GT foi publicada a portaria nº 1.169/2005, que destinava incentivo financeiro aos municípios que apoiassem iniciativas de inserção laboral dos usuários aos moldes da economia solidária.

Como um dos desdobramentos do GT foi realizada, em 2006, a Turma Nacional de Formação em Economia Solidária para Gestores Públicos da Saúde Mental que, num segundo momento, envolveu parceria com a Incubadora Tecnológica de Cooperativas Populares da UFRJ (ITCP/COPPE/UFRJ), para a constituição de uma Rede Nacional de Empreendimentos Solidários da Saúde Mental que, mais tarde, recebeu o nome de Rede Brasileira de Saúde Mental e Economia Solidária.

A partir de 2008, o Ministério da Saúde resolve lançar chamadas públicas para seleção de projetos de geração de renda, com objetivo de fortalecer e ampliar a Rede Brasileira de Saúde Mental e Economia Solidária, com recursos provenientes da portaria 1169/2005⁵⁷.

3.1.1 Oficina de Experiências de Geração de Renda e Trabalho de Usuários de Serviços de Saúde Mental

Conforme apresentado no primeiro capítulo, entre os anos de 2003 e 2006 foram abertas várias frentes de base intersetorial dentro da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (PNSMAD). Algumas surgiram por iniciativa da própria gestão da política, outras por demandas externas, de outras políticas, dirigidas à PNSMAD como, por exemplo: infância e adolescência, direitos humanos, cultura, gênero e raça, justiça, trabalho, entre outras.

⁵⁷ Portaria no anexo 3 da tese (p.182).

Em 2004, quando a ATDMAD resolve investir na questão da inserção laboral dos usuários, o tema trabalho, dentro do campo da saúde mental, girava em torno das chamadas oficinas terapêuticas e de algumas experiências de maior expressão, pontuais, articuladas ao cooperativismo popular ou à economia solidária. Os desafios de implementação da lei de cooperativas sociais permaneciam como justificativa para a fragilidade e precariedade dos projetos de geração de trabalho e renda nascidos nos Caps.

No início de 2004, a ATSMAD/MS e a SENAES/MTE se reuniram para discutir uma possível parceria entre saúde mental e economia solidária no âmbito do governo federal. Além do coordenador nacional de saúde mental, Pedro Gabriel Delgado, e de Paul Singer, secretário nacional de economia solidária, participaram deste encontro o então secretário executivo do Ministério da Saúde, Gastão Wagner, e o diretor do Departamento de Estudos e Divulgação da SENAES, Valmor Schiochet. Nesta ocasião o coordenador de saúde mental apresentou o cenário em que estava inserida a PNSMAD, contextualizou a reforma psiquiátrica no Brasil e apresentou uma proposta de parceria em que a economia solidária contribuiria com a organização dos grupos de geração de trabalho e renda da saúde mental.

Em julho do mesmo ano, a convite da ATSMAD/MS, Singer proferiu uma palestra no Congresso Brasileiro de Caps, onde apresentou a economia solidária uma proposta alternativa de desenvolvimento e inclusão social que agregaria excluídos das mais diversas origens e militâncias. Pouco após o congresso a ATSMAD/MS propôs à SENAES a realização de uma primeira oficina nacional sobre geração de trabalho e renda em saúde mental, articulando economia solidária à questão da inserção social dos usuários⁵⁸.

Para tornar possível a oficina nacional foi necessário realizar uma primeira busca de iniciativas geração de renda. Primeiro foram reunidas as experiências de maior expressão, já conhecidas e, em seguida, a ATSMAD/MS deu início a um levantamento nacional em cooperação com os gestores municipais e estaduais da política de saúde

⁵⁸ Fui contratada nessa época pela ATSMAD/MS para dar continuidade à parceria com a SENAES e para acompanhar o Programa De Volta pra Casa. Na mesma semana que iniciei meu trabalho fui inscrita no I Curso de Economia Solidária, Políticas Públicas e Desenvolvimento Solidário, oferecido pela SENAES, voltado para gestores do governo federal. O curso teve como objetivo sensibilizar e instrumentalizar gestores de diferentes setores do governo federal estimulando parcerias com a recém-inaugurada SENAES.

mental e os coordenadores de Caps. A Oficina Nacional⁵⁹ ocorreu dois meses depois do início do levantamento, nos dias 22 e 23 de novembro de 2004, reunindo representantes das 78 iniciativas mapeadas, com a participação de usuários, familiares, profissionais de saúde e gestores. Uma das iniciativas, a Trabalharte, enviou também como representante uma pessoa ligada à incubadora Intecoop de Juiz de Fora/MG. Também estiveram presentes representantes do Fórum Brasileiro de Economia Solidária (FBES), da SENAES e de empreendimentos da economia solidária.

O evento foi aberto por Pedro Gabriel Delgado e, na sequência, houve uma conferência de Paul Singer. Nenhum dos dois palestrantes falou sobre o tema da mesa, que seria a criação de um Fundo de Economia Solidária e Saúde Mental. Delgado lembrou que a parceria com a economia solidária no governo federal foi precedida por experiências reais de articulação local e que a Oficina tinha como finalidade servir como um espaço de trocas para a construção de políticas públicas a partir da vivência cotidiana daquelas experiências. Naquela ocasião, Delgado já afirmava a necessidade de investir na sustentabilidade das iniciativas de geração de renda da saúde mental (BRASIL/MS, 2005c:15).

A noção de sustentabilidade empregada por Delgado requer uma compreensão ampliada do termo, onde a viabilidade econômica dos grupos não é um fator determinante para, por exemplo, o investimento de uma política pública voltada para a inserção laboral dessas pessoas. Isto porque os grupos da saúde mental são, na maioria das vezes, frágeis e inconstantes devido à ausência de um suporte sistemático à inserção e permanência de pessoas com transtorno mental no trabalho.

O caso da saúde mental contribui para repensar o conceito de sustentabilidade dos grupos de geração de renda formados por segmentos da população em situação de

⁵⁹ A Comissão Organizadora da Oficina foi composta por Fábio Sanchez, na época chefe de gabinete da SENAES, e Valmor Schiochet, Diretor do Departamento de Estudos e Divulgação, ambos da SENAES. Da ATSMAD/MS participaram as assessoras técnicas Rita Martins, com apoio de Tânia Grigolo e Karime Fonseca. Também da saúde mental, compuseram a comissão, Teresa Monnerat, uma das fundadoras da Cooperativa da Praia Vermelha e, na época, ligada à Coordenação Municipal de Saúde Mental do Rio de Janeiro, e Fernanda Nicácio, uma das fundadoras da Cooperativa Mista Paratodos de Santos-SP, professora da USP e, na época, consultora da ATSMAD/MS.

desvantagem⁶⁰. Fatores como o tempo reservado ao tratamento, o gasto com medicação ou com uma possível internação, sem contar os fatores ligados à vida cotidiana dessa pessoa, podem sofrer variações significativas quando a pessoa está inserida em uma rede social de solidariedade, onde encontra suporte e apoio. Partindo desta perspectiva, os recursos investidos nesses projetos acabam sendo reconvertidos em projetos de vida. Em contrapartida, para os grupos, tornarem-se objeto de políticas públicas estabelece um processo de reconhecimento e atribuição de valor ao que antes era considerado ocupacional ou terapêutico. Essa concepção ampliada de sustentabilidade insere a questão do trabalho em outro lugar dentro do projeto terapêutico dos usuários dos serviços, deslocando-o de uma função terapêutica ou ocupacional, para uma proposta emancipatória.

Em sua palestra, Delgado não excluiu de seu discurso as dificuldades desses grupos em relação ao mercado capitalista. Relembrando Benedetto Saraceno, à época diretor de saúde mental da Organização Mundial de Saúde, o então coordenador da PNSMAD, coloca que, no caso de pessoas com transtorno mental e dependentes químicos, é preciso travar

[...] um diálogo permanente com o mercado real, construir com o mercado real alternativas reais e concretas de inclusão dessas pessoas, em vez de apenas nos colocarmos numa posição de aceitar que esse mercado real e essa sociedade concreta permaneçam em sua posição de exclusão do diferente, de exclusão do paciente mental ou do usuário de drogas. Caberia construir alternativas, de fato, de inclusão nesse cotidiano real que vivemos de um mundo capitalista, de um mundo onde a inclusão social não é a regra, onde a regra é a exclusão, fazendo isso de uma maneira programática, tenaz e permanente, com apoio do governo, das políticas públicas, mas políticas públicas permanentes (BRASIL/MS, 2005c:18).

Em resposta a reflexão de Delgado, Singer colocou que seria necessário repensar essa relação com o mercado, pois na prática há a inclusão, mas em lugares marginais e reservados aqueles considerados improdutivos, impondo a esses grupos um lugar que fica entre “a benemerência e o mercado propriamente dito” (op cit, 2005:21). Em sua palestra, que ocorreu logo em seguida a de Delgado, Singer propôs quebrar com as limitações

⁶⁰ A Lei de Cooperativas Sociais (9867/1999) considera pessoas em desvantagem: pessoas com transtorno mental, dependentes químicos, deficientes físicos, mentais e sensoriais, jovens em situação de vulnerabilidade, egressos de presídios.

impostas pelo mercado capitalista, e sugeriu a formação de cooperativas e associações de excluídos, referindo-se aos diferentes grupos beneficiados pela lei de cooperativas sociais brasileira. Isto, em sua visão, possibilitaria complementaridade entre as pessoas e contribuiria para ter um campo ampliado de mobilização e manifestação. O posicionamento de Singer de agregar diferentes segmentos sociais excluídos permanecerá ao longo da parceria com a saúde mental, defendendo, inclusive, a inserção dos catadores como público alvo das cooperativas sociais.

Fazendo referência à fala de Delgado, Singer colocou ainda que

seria uma violência partir da própria proposta alguma definição que, para isso, tem mercado, porque acaba sendo, muitas vezes, esse tipo de mercado que me deprime, porque a condição de insuficiência e de inferioridade passa a ser um apelo de venda (op cit, 2005:21).

O diálogo estabelecido por Singer com a fala de Delgado mostra o confronto entre concepções diferenciadas de como lidar com o mercado. Delgado opta pelo enfrentamento à exclusão, numa proposta de diálogo com o mercado. Singer rejeita esse diálogo propondo a criação de outra economia, baseada nas relações de solidariedade e, em alguns casos, até mesmo, em trocas não monetárias. Este seria um impasse que impossibilitaria a parceria entre saúde mental e economia solidária, já que toca em questões fundantes do campo da economia solidária. É interessante observar como um não dito preservou a integridade da parceria, mas deixou no ar pontos conflitantes entre os dois campos.

Esse primeiro encontro ilustra o início do processo de reconhecimento entre saúde mental e economia solidária e os agentes dos dois campos. A fala de abertura proferida por Delgado e a conferência de Singer oferecem exemplos desse processo se desencadeando. O debate aberto ao público seguiu a mesma linha, demonstrando equívocos conceituais e, ao mesmo tempo, curiosidade sobre o que o outro, no caso a economia solidária, poderia acrescentar aos debates sobre trabalho na saúde mental. O estranhamento foi mútuo. Esse primeiro debate ofereceu a oportunidade de primeiro contato com tema da economia solidária, onde Singer apresentou alguns conceitos (consumo consciente, solidariedade, cooperativa), debates políticos (discussão sobre o a lei geral de cooperativismo), agentes que atuam no campo (FBES). Além disso, deu ênfase à qualidade dos produtos e serviços

prestados, numa proposição contrária a proposta do consumo balizado pelo assistencialismo e pela caridade. A resposta trazida pelo secretário problematizou um ponto crucial na questão do trabalho dos usuários, que é uma suposta limitação ou incapacidade para produzir ou oferecer serviços desejáveis e de qualidade igual ou superior daqueles oferecidos pelo mercado.

A primeira mesa-redonda da Oficina, com o tema “Experiências de Geração de Renda e Trabalho em Saúde Mental e Agências de Apoio e Fomento”⁶¹, foi composta por experiências de geração de renda da saúde mental. Na época foram escolhidas aquelas de maior expressividade e tempo de funcionamento. Compuseram a mesa representantes da Cooperativa da Praia Vermelha (Rio de Janeiro-RJ), da Suricato (Belo Horizonte-MG), da Trabalharte (Juiz de Fora-MG), da GerAção-POA (Porto Alegre-RS), e do Núcleo de Oficinas do Serviço de Saúde Cândido Ferreira (Campinas-SP). Todas criadas durante a década de 1990, exceto o NUSAMT, de 2004, que foi convidado como experiência inovadora e regulamentada.

Das experiências que compuseram a mesa-redonda somente a Suricato e a GerAção-POA trabalhavam a partir da economia solidária, esta última com parcerias estabelecidas com atores deste campo (núcleo de economia solidária, lojas da economia solidária, fóruns metropolitano e de Porto Alegre de economia solidária). A Praia Vermelha e a Trabalharte tinham experiências com incubadoras de cooperativas populares, a experiência ligada ao Cândido Ferreira relatou utilizar alguns princípios cooperativistas, mas não apresentou nenhuma parceria ou articulação mais efetiva com a economia solidária ou com o cooperativismo popular. Foi citada apenas parceria pontual com o Sebrae (Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas) e diálogo esporádico com uma incubadora universitária. No caso do NUSAMT suas principais atividades na época eram a intermediação de mão de obra, através de balcões de emprego das agências

⁶¹ A mesa foi coordenada por Fábio Sanchez (SENAES), com a participação de Teresa Monnerat, psicóloga, à época assessora da Coordenação de Saúde Mental do Município do Rio de Janeiro, convidada por sua experiência junto à Cooperativa da Praia Vermelha; Rosemeire Aparecida da Silva, também psicóloga, gestora do colegiado que compunha a Coordenação de Saúde Mental de Belo Horizonte; convidada a contar a experiência da Suricato; Luciana Cristina de Alcântara, assistente social, representante do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, de Campinas-SP, onde coordenava uma oficina a agrícola; Carmen Vera Passos Ferreira, terapeuta ocupacional da Secretaria de Saúde de Porto Alegre, representante da GerAção-POA; e Silvia Maria de Oliveira Mendes, assistente social da Secretaria de Saúde de Juiz de fora, na época assessorava a Cooperativa Trabalharte. Por fim, Vera Passos, psicóloga, coordenadora do Núcleo de Saúde Mental e Trabalho (NUSAMT), órgão vinculado à Secretaria de Trabalho e Renda do município do Rio de Janeiro.

de trabalho e renda ligadas a Secretaria de Trabalho do município do Rio de Janeiro, e a busca ativa de oportunidades de trabalho ou capacitação profissional. No relato foi colocada a inserção de alguns usuários em cooperativas de limpeza e construção civil e naval, mas sem muitos detalhes.

Todos os grupos de geração de renda que compuseram a mesa nasceram dentro de serviços de saúde mental, e sobreviviam com apoio das gestões locais ou de parceiros mobilizados por profissionais da rede envolvidos com os projetos. As iniciativas relatadas tinham uma especificidade que contrasta, até mesmo, com o cenário atual dos grupos de geração de renda da saúde mental, o fato de haver profissionais da rede cedidos para atuação específica junto aos grupos. Talvez por isso essa questão não foi problematizada por nenhum dos representantes durante os relatos.

Todas as experiências que compuseram a mesa tinham como característica a intersetorialidade, com parceiros de diferentes entidades e saberes, o que confirmava a necessidade de uma política pública pautada em cooperação com outros setores. Como desafios os relatos trouxeram a necessidade em investir em qualificação para o trabalho, acompanhamento e assessoria técnica permanente aos grupos, acesso a financiamento e crédito, infraestrutura, formas de acesso ao mercado, melhoria e revisão do marco jurídico.

As experiências que compuseram esta primeira mesa da Oficina Nacional não podem ser compreendidas como amostra da realidade nacional daquele momento. Essas experiências são pontuais e permanecem exemplares no cenário nacional, apesar do surgimento de iniciativas inovadoras a partir de 2006. Enquanto para aquelas iniciativas o debate girava em torno do acesso à renda e direitos sociais, no cenário nacional o tema era a diferença entre oficina terapêutica e geração de renda. O descompasso entre a realidade das experiências que compuseram a mesa e o quadro mais amplo de iniciativas dessa natureza, em 2004, pode ser ilustrado pelas questões que surgiram durante o debate aberto ao público. Conforme mostra a lista de temas disposta a seguir:

- o lugar/papel do técnico (profissional de saúde mental) nesses grupos,
- um possível descompasso entre o que está sendo proposto para a inserção laboral de pessoas com transtorno mental e o que realmente eles podem enfrentar a partir de suas condições;

- a participação efetiva dos usuários nos projetos e a necessidade de apropriação da discussão sobre trabalho pelo movimento social e pelos usuários, numa crítica ao apoio permanente dos técnicos da saúde mental aos grupos;
- a importância do trabalho protegido;
- como dialogar os projetos de trabalho com a desconstrução dos manicômios, em especial com usuários em situação de grave comprometimento decorrente da institucionalização;
- problematização da definição de trabalho, qual trabalho se quer investir, qual posicionamento tomar frente ao trabalho dentro do sistema capitalista;
- qual o lugar do trabalho na vida dos usuários;
- o direito ao trabalho e geração de renda suplantando a questão clínica ou terapêutica.
- a possibilidade de ampliar o trabalho das oficinas terapêuticas dentro do Caps para cooperativas e associações;
- conceito de autonomia;
- a utilização da autonomia como atributo seletivo para participação nos projetos de trabalho e geração de renda, reverter autonomia de lugar de partida para lugar de chegada;
- autonomia e participação como processos que precisam ser exercitados por todas as pessoas, não só pelos usuários;
- porque a escolha pelo cooperativismo;
- possibilidade de articulação com grupos formados por deficientes, que já apresentavam conquistas relativas à inserção laboral, inclusive com cotas estabelecidas para este segmento específico;
- a possibilidade de criar um fórum de trocas de informações e debates de abrangência nacional; e
- formas de apoio e subsídios aos projetos.

A segunda mesa-redonda do evento, que teve como tema “Direito ao trabalho e produção de autonomia: Saúde Mental e Economia Solidária”⁶², foi aberta pela palestra de Fernanda Nicácio, intitulada “Reforma psiquiátrica, direito ao trabalho e emancipação”. Nicácio pontuou a singularidade do processo da reforma psiquiátrica brasileira de se pensar a construção da política pública de saúde mental a partir de experiências locais concretas

⁶² A mesa foi coordenada por Valmor Schiochet, diretor do Departamento de Estudos e Divulgação da SENAES, e contou com a presença de Fernanda Nicácio; Pedro Gabriel Delgado, Oscarina Camilo, representando o Fórum Brasileiro de Economia Solidária (FBES), e do próprio Valmor Schiochet.

(BRASIL/MS, 2005c:75). Apresentou o cenário em que surgiu a reforma psiquiátrica brasileira, a emergência do movimento de luta antimanicomial e, a partir da década de 1990, das primeiras experiências locais de geração de trabalho renda da saúde mental. As discussões sobre o projeto de lei da reforma psiquiátrica que perdurou por quase toda década de 90 e que, por isso, na visão da palestrante, acabou potencializando a mobilização de usuários e familiares, transcendendo o campo técnico (op cit, p.76).

Sobre a questão da autonomia, a palestrante contou da experiência vivida em Santos, quando se optou por romper com a visão de autonomia marcada pela autossuficiência, para aderir à ideia de habilidades como atributos individuais, partindo de um referencial de autonomia como relacional, como relacionada a redes múltiplas de pertencimento (BRASIL/MS, 2005c:78). Colocou como desafio a superação da lógica do trabalho protegido, definido por Nicácio como trabalho ligado à lógica do assistido.

A segunda palestra foi proferida por Oscarina Camilo e teve como tema “Uma outra economia acontece”. A representante indicada pelo Fórum de Brasileiro de Economia Solidária (FBES) é psicóloga associada à cooperativa Mútua-Ação. Oscarina Camilo apresentou o processo pelo qual vinha se estruturando o Fórum e a própria SENAES, a partir das primeiras mobilizações ocorridas durante o I Fórum Social Mundial. Lembrou a realização do I Encontro Nacional de Empreendimentos de Economia Solidária, ocorrido em São Paulo, em agosto de 2004, três meses antes da Oficina Nacional⁶³. O Programa Economia Solidária em Desenvolvimento, incluído no PPA 2004-2007 (Plano Pluri Anual do governo)⁶⁴, passou a ser viabilizado como política pública a partir daquele ano (BRASIL/MTE, 2012:15).

O terceiro palestrante dessa mesa foi Pedro Gabriel Delgado, sua fala teve como tema “Proposta de criação de uma Rede Nacional de Saúde Mental e Economia Solidária”. Delgado colocou que entre as reivindicações firmadas durante a III CNSM estava a

⁶³ Cabe lembrar que no momento da Oficina a SENAES tinha pouco mais de 1 ano de existência, ainda não havia sido instituído o Conselho Nacional de Economia Solidária (2006).

⁶⁴ O Plano Pluri Anual (PPA) “é um instrumento previsto no art. 165 da Constituição Federal destinado a organizar e viabilizar a ação pública, com vistas a cumprir os fundamentos e os objetivos da República. Por meio dele, é declarado o conjunto das políticas públicas do governo para um período de 4 anos e os caminhos trilhados para viabilizar as metas previstas. O PPA define as políticas públicas do Governo Federal para construir um Brasil melhor, com base nos compromissos firmados na eleição”. Disponível em: <http://www.planejamento.gov.br/includes/faq/faq.asp?sub=7>. Acesso em: 02.01.2014, as 10hrs:20min.

necessidade de articular a PNSMAD a outras políticas públicas do governo federal para apoio às experiências de geração de renda dos usuários da saúde mental. Outro ponto surgido na conferência e trazido por Delgado em sua palestra foi a proposta de trabalhar a partir de redes como, por exemplo, “redes de usuários, rede de associações de familiares, rede de associações de amigos da reforma, rede de associações de oficinas de produção de arte, etc.”, utilizar a ideia de rede como “dispositivo importante na consolidação do processo social da reforma” (BRASIL/MS, 2005c:82). Delgado propôs criar uma rede de saúde mental e economia solidária, reunindo experiências concretas de cooperativas, geração de renda, inclusão pelo trabalho. Redes heterogêneas, compostas por diferentes grupos de pessoas em situação de exclusão. Nas palavras de Delgado

entre economia solidária e reforma psiquiátrica existe uma vocação cooperativa inevitável. Cooperativa é uma palavra que circula entre nós. Há uma vocação dessa cooperação que devemos construir de uma forma cada vez mais consequente (op cit, p.84).

A segunda proposta apresentada por Delgado foi a criação de um fundo capaz de oferecer apoio regular às iniciativas de geração de renda de usuários da saúde mental. Colocou que antes disso seria necessário buscar linhas de financiamento por meio da cooperação entre os Ministérios da Saúde e do Trabalho e Emprego. Afirmou ainda a necessidade de investir e aperfeiçoar o mapeamento dessas iniciativas. Delgado finalizou sua fala dizendo que o processo de reforma psiquiátrica requer meios que superem ações convencionais de gestão do Estado, no âmbito do SUS, porque é “mais do que uma política de saúde, ela é uma política mais ampla, que se dá, de fato, no campo das transformações sociais” (BRASIL/MS, 2005c:88).

A quarta e última fala desta mesa-redonda foi proferida por Valmor Schiochet, e teve como tema “Políticas Públicas e Economia Solidária: possibilidades de interface com a Saúde Mental”. Schiochet contou que a economia solidária tem suas origens no movimento pela expansão da democracia e na luta pela cidadania. Afirmou ainda que a economia solidária é produto da crise sofrida pelo país durante a década de 1990, que gerou exclusão do trabalho e aumento do desemprego.

O palestrante colocou que a experiência de uma política pública de economia solidária até aquele momento era praticamente inexistente. Exceto por uma iniciativa pontual na França, que durou apenas 2 anos, durante o governo de Lionel Jospin, primeiro-ministro pelo Partido Socialista Francês, entre os anos de 1997 e 2002. No Brasil esse campo estaria num processo de experimentação, com iniciativas importantes nos governos do Rio Grande do Sul e de São Paulo. Segundo Schiochet, a SENAES teria como proposição não só uma política pública voltada aos empreendimentos da economia solidária, mas a construção de um projeto de desenvolvimento nacional baseado na autonomia e na autogestão dos trabalhadores (BRASIL/MS, 2005c:89). Naquele momento a SENAES mantinha também articulações com políticas do Ministério do Desenvolvimento Social, de Minas e Energia e do Meio Ambiente, que apresentavam ações de apoio à economia solidária.

Na perspectiva do palestrante, a economia solidária contribui com a organização econômica em bases democráticas, ela está em comunidades indígenas, em assentamentos da reforma agrária, na recuperação de empresas, por meio da autogestão dos trabalhadores, e na própria luta antimanicomial (op cit, 89-90). Isto atribui à economia solidária maior amplitude que um movimento específico ou uma proposta de governo.

Schiochet elencou algumas ações que vinham sendo desenvolvidas pela SENAES e que poderiam dialogar com a saúde mental. A primeira delas seria o processo de formação e incubagem dos grupos da saúde mental. Na ocasião apresentou o PRONINC (Programa Nacional de Apoio às Incubadoras de Cooperativas) como possibilidade de articulação entre as duas políticas, através da inclusão de grupos formados por usuários de saúde mental nos planos de trabalho das incubadoras beneficiadas pelo programa. Colocou ainda a possibilidade de se estudar formas de apoio a incubadoras ligadas às prefeituras municipais, em diálogo com os casos de Belo Horizonte e Porto Alegre, apresentados na primeira mesa-redonda do evento. Outro ponto de possível articulação seria no tema do marco jurídico, na necessidade de agregar forças para discussão e revisão da legislação sobre cooperativas no país.

O terceiro ponto posto pelo palestrante foi a questão dos recursos para apoio aos empreendimentos da saúde mental, já que, para Schiochet, a política de saúde não poderia sustentar a organização econômica desses grupos. Por fim, colocou a possibilidade de

investir em formação através do Plano Nacional de Qualificação que, apesar de não ser uma política da SENAES, pertence ao Ministério do Trabalho e Emprego e poderia ser acessada também pelos grupos da saúde mental.

Após as falas o debate foi aberto ao público, girando em torno dos seguintes temas:

1) possibilidade de parte do faturamento dos Caps ser direcionado aos grupos de geração de renda dos usuários dos serviços; 2) dúvidas sobre o conceito de trabalho protegido; 3) ampliar as rubricas da saúde para os grupos de geração de renda dos usuários; 4) impacto da inserção laboral na clínica; e 5) garantir que os recursos direcionados às oficinas não sejam investidos em outras áreas (BRASIL/MS, 2005c:93-96).

Sobre financiamento dos grupos com recursos da saúde direcionados aos Caps, Delgado responde colocando que seria necessário levar a proposta à Comissão Intergestora Tripartite⁶⁵, para que fosse discutida pelas três esferas de governo. Sobre este tema, afirmou que seria preciso buscar recursos também fora do campo da saúde. Nicácio acrescentou à discussão a proposta de bolsa trabalho que, na visão da palestrante, seria um recurso interessante no processo de inserção laboral. Além disso, a importância de se investir em formação, não só profissionalizante, mas também alfabetização e outras demandas que poderiam ser geradas a partir da inserção laboral.

Sobre o conceito de trabalho protegido, Delgado sugeriu analisá-lo com mais acuidade para que uma possibilidade não seja eliminada logo no início da construção de uma proposta de inserção laboral no campo da saúde mental. Colocou que a noção de trabalho protegido pode ser lida a partir de experiências que fazem suporte e apoio à inserção de pessoas com transtorno mental no trabalho, como, por exemplo, o caso do NUSAMT. Por outro lado, na visão de Delgado, a noção que deveria ser desconstruída é a de que o trabalho em si é terapêutico. Na visão do palestrante o processo de trabalho e o

⁶⁵ Comissão Intergestores Tripartites (CIT) é uma instância de articulação e pactuação da esfera federal que atua na direção nacional do SUS, integrada por gestores do SUS das três esferas de governo - União, estados, DF e municípios. Tem composição paritária formada por 15 membros, sendo cinco indicados pelo Ministério da Saúde (MS), cinco pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e cinco pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems). A representação de estados e municípios nessa Comissão é regional, sendo um representante para cada uma das cinco regiões no País. Nesse fórum as decisões são tomadas por consenso e não por votação. Disponível em: <http://www.renastonline.org/temas/comiss%C3%B5es-intergestores-bipartite-tripartite-cib-cit>. Acesso em: 02.01.2014, as 10hrs:26min.

que será feito com seu produto é que devem ser considerados como recursos importantes na inserção laboral (op cit, p.98). Oscarina Camilo trouxe a concepção de trabalho associado, como forma de organização do trabalho característica da economia solidária, que envolve processos participativos, gestão coletiva e tomadas de decisões a partir de consensos. Valmor Schiochet colocou que ao ouvir o termo trabalho protegido recordou-se que o capitalismo na verdade não é competitivo, ele é protegido por um arcabouço institucional que protege suas bases. Por isso, na visão de Schiochet, seria necessário criar formas de proteção dos trabalhadores, independente de suas condições (op cit, p.100). Schiochet finalizou sua intervenção com um dos princípios da economia solidária, a livre adesão. Para o palestrante, “essa ponte entre saúde mental e economia solidária pressupõe uma compreensão clara desse elemento da opção [...], seja por motivos terapêuticos, seja por motivos ideológicos” (op cit, p.100).

Ao final dos debates a plateia se dividiu em três grupos de trabalho, cada um contou com a participação de duas das experiências que compuseram a primeira mesa-redonda do evento. A coordenação dos grupos foi compartilhada por representantes da SENAES e pessoas indicadas pela ATSMAD/ MS. A partir dos relatos dos grupos foi possível reunir um conjunto de características compartilhadas pelas experiências de geração de renda representadas na Oficina e pelos municípios representados por alguns gestores locais.

A primeira característica é o fato de todas essas experiências terem surgido dentro de Caps ou outros serviços da rede de saúde mental. Este fato pode indicar amplitude do processo de reforma psiquiátrica, versatilidade dos serviços e integralidade da política pública; mas também dificuldade concreta de integração dos usuários na vida em comunidade e do uso do trabalho como ferramenta terapêutica ao invés de meio para emancipação e promoção de autonomia.

Outra característica que poderia ser extraída da análise deste material seria a potencialidade de mobilização social desses projetos na medida em que fazem interagir diferentes atores, tecendo uma rede de solidariedade e socialização no suporte à inserção laboral de pessoas com transtorno mental. Juntamente com as associações esses projetos poderiam se tornar espaços de fala dos usuários sobre suas experiências de trabalho, oferecendo apoio para que pudessem se mobilizar e auto-organizar no debate sobre essa temática e a defesa de seus direitos.

A informalidade e a precariedade de recursos investidos em sua estruturação, sustentabilidade e formação dos usuários e profissionais da saúde mental também foram colocadas como características dos projetos de geração de renda da saúde mental. Essas especificidades serão confirmadas mais tarde pelo mapeamento do Ministério da Saúde, que passou a ser, a partir de 2005, um cadastro nacional de iniciativas de inserção social pelo trabalho (CIST).

Ao final do relato dos grupos, Valmor Schiochet, que no momento coordenava a plenária, convidou as iniciativas de geração de renda da saúde mental a participarem do levantamento nacional dos empreendimentos econômicos solidários que a SENAES daria início no ano seguinte. Sugeriu ainda que essas experiências participassem dos fóruns estaduais de economia solidária e buscassem outros atores do campo da economia solidária como gestores públicos locais, prefeituras, as delegacias regionais do trabalho, rede de incubadoras tecnológicas, etc.

Delgado e Singer fizeram o encerramento da Oficina. Suas falas, reproduzidas na íntegra a seguir, pontuaram a importância de institucionalizar a parceria entre as duas áreas e a necessidade de criar espaços de trocas sistemáticas entre os dois campos, que pudessem propiciar conhecimento mútuo sobre suas especificidades.

Pedro Gabriel Delgado

O Professor Singer vai fazer o encerramento formal do nosso Fórum. Primeiro, queria reiterar o agradecimento pela presença de todas as senhoras e senhores, pelo esforço que sei que fizeram para estar aqui. Agradeço à equipe toda da Secretaria de Economia Solidária, sob a coordenação do Prof. Paul Singer. Quero dizer que, de fato, estamos abrindo um campo de trabalho que já vinha sendo construído, como ficou claro aqui, mas estamos abrindo agora um espaço no plano da política pública, como ação de governo, uma articulação que vai apoiar essas iniciativas que estão sendo desenvolvidas em todos os lugares.

Da minha parte, penso que essa é a reforma psiquiátrica no rumo certo, é a reforma psiquiátrica mostrando que é uma política complexa, necessariamente intersetorial, uma política de inclusão social, que deve ser criativa, de fato ousada e tem a obrigação de colocar no debate da saúde mental, no campo da saúde pública, novos conceitos, novos significados e novos valores. Isso já é um saldo positivo também dessa Oficina, e penso que construímos uma agenda de longo prazo que, na minha opinião, será muito produtiva, embora algumas coisas sejam de curto prazo.

Creio que começa aqui também, senão uma cooperativa, pois sei que a cooperativa não é exatamente a única solução, nem a melhor, mas um esforço cooperativo e conjunto de duas políticas públicas, que nasceram realmente de uma matriz comum e que têm muito o que trocar no sentido de construir uma sociedade melhor, onde todas as pessoas possam ter o direito a uma vida mais digna, mais justa, mais próxima dos ideais de felicidade.

Essa Oficina também estabelece com os senhores, da minha parte, um compromisso de que este tema seja, a partir de agora, um item da agenda do Ministério da Saúde, com o contato permanente e sob a coordenação compartilhada da Secretaria de Economia Solidária, e que possa ser uma agenda na qual se incorpore realmente o apoio financeiro, com inclusão no planejamento orçamentário do próximo ano, que seja alguma coisa substantiva e que possa fazer com que essas experiências se sustentem e se multipliquem.

A partir de agora, estamos nos articulando numa rede que deve se manter como uma rede aberta para outras experiências, mas que não perca esse liame e essa ligação que estabelecemos aqui. Na minha opinião, como primeira Oficina, cumpriu os seus objetivos, e espero que, com outros desdobramentos, possamos fazer com que essa ideia da associação entre saúde mental e economia solidária passe a ser uma ideia atraente para todas as pessoas que lidam nesse campo da saúde mental.

Especialmente, quero agradecer mais uma vez ao Professor Paul Singer, que tem apoiado, desde que assumiu essa Secretaria, essas ideias de juntar as duas políticas públicas no rumo da emancipação, da autonomia e da felicidade das pessoas. Obrigado a todos os senhores. Passo a palavra para o Paul Singer (BRASIL/MS, 2005c:109-110). [grifos da pesquisadora]

A fala final de Delgado pontua questões importantes, postas em destaque na transcrição acima. A primeira delas é de que a parceria com a economia solidária na esfera federal, enquanto política pública, foi precedida por experiências da sociedade civil e de gestões locais. Esta é uma característica da reforma psiquiátrica colocada também na palestra proferida por Nicácio, de uma política pública desenhada a partir da prática. Outra questão importante é o fato de emergir do campo da saúde mental uma visão diferenciada de cuidado em saúde, que demanda articulação com setores que extrapolam o que tradicionalmente se entende como saúde. Na visão do coordenador, as transformações impostas pela reforma psiquiátrica, no modelo antimanicomial, trazem a tona a necessidade de compreender saúde em sua integralidade, agregando educação, lazer, cultura, trabalho, entre outros saberes e políticas, compondo novas redes. Delgado estabeleceu o compromisso de inserir o tema do trabalho na agenda do Ministério da Saúde e no planejamento orçamentário da ATSMAD/MS, com apoio financeiro às iniciativas, voltado para sustentação e multiplicação dessas experiências de geração de renda em desenvolvimento.

Paul Singer

Vou começar pelas últimas palavras do Pedro. Sinto que há uma grande comunidade, eu diria, do ponto de partida humanista geral entre o que os senhores da saúde pública e nós estamos procurando fazer, mas precisamos explicitar isso melhor. Uma das coisas que eu queria propor seria organizarmos seminários pelo Brasil inteiro, em que os senhores nos ensinem a questão da saúde mental. Tenho certeza que, com o Franco Basaglia, a visão do que é saúde e doença mental deve ter mudado muito, mas nós não somos do campo. Assim como podemos contribuir passando aos senhores as ideias, a experiência histórica e os objetivos da economia solidária, os senhores têm igualmente importantes coisas a nos ensinar. Se nós não aprendermos, não vai haver uma verdadeira colaboração de igual para igual. Então, vamos trocar saberes. Penso que esse é um dos fundamentos.

Vou tocar em vários pontos que o Dr Pedro já tocou, apenas para deixar clara uma posição, que vamos depois negociar entre nós. Na minha opinião no que se refere a financiamento, temos que financiar duas coisas distintas. Uma é o trabalho de incubação. Não é possível dizer nesse momento que forma vai tomar, se vai ser um fundo, se vai ser alguma coisa diferente, mas esse é o nosso compromisso. Vamos arranjar esse dinheiro para que essas atividades que começamos hoje a colaborar ativamente possam prosseguir e se intensificar.

Uma segunda coisa que deve ser financiada são as próprias cooperativas ou associações. Isso não deve ser, a meu ver, a fundo perdido. Isso deve ser sob a forma de empréstimos, eventualmente com juros muito baixos, eventualmente no início sem juros, ou até com subsídios, e com prazos de carência generosos, mas eu entendo que deveria ser para devolver, e não dado. Do ponto de vista moral, do ponto de vista da dignidade das pessoas que estão começando a trabalhar e a se autossustentar, parece-me que isso é mais correto. Para isso, existe hoje, já em estado bem adiantado, um projeto de lei para um programa de microcrédito no nosso país. Está sendo adiado, mas deve acontecer no fim desse mês. O Presidente irá assinar. Dentro desse programa, haverá um programa de financiamento também de cooperativas. Posso estar enganado, mas me parece, nesse momento, que o programa geral de cooperativas deve incluir as nossas, essas que nós vamos formar. A meu ver, não há necessidade de criar uma linha específica. Se eu estiver enganado, crie-se a linha.

Uma das coisas que eu queria urgir é que os senhores formem, dentro dos prazos democráticos, para não atropelar ninguém, uma agência de fomento de economia solidária para egressos de manicômio, enfim, o nome que os senhores queiram chamar. Do contrário, não temos como financiar essa atividade. No momento, é tudo muito informal. Creio que os senhores todos pertencem a quadros de CAPS, ou algo assim, mas precisamos ter, como já tem a “ANTEAG”, a “UNISOL”, Caritas, e várias agências, ou uma ONG, o nome que os senhores queiram, que possa mandar um projeto, fazer um orçamento, receber o dinheiro e prestar contas. Esse parece um detalhe burocrático idiota, mas se não fizermos isso, ficamos nas boas intenções e não conseguimos realizar.

Um pouco mais adiante, talvez ainda seja cedo, valeria à pena criar também uma associação de cooperativas que incluam doentes mentais e outras pessoas com deficiência, eventualmente, pessoas que, por causa da idade, estão incluídas, jovens, velhos, enfim, isso poderia conformar uma associação de cooperativas, assim como usuários de drogas. Era basicamente isso que eu queria dizer aos senhores. O Pedro já agradeceu a todos, eu também agradeço a todos. Penso que demos um passo fundamental e não creio que vamos parar a partir daí. Não vai ser possível parar; então, vamos em frente (BRASIL/MS, 2005c:110-111). [grifos da pesquisadora]

A fala de Singer apresentou uma perspectiva mais propositiva e menos analítica. Singer esquematizou uma agenda de ações a ser realizada em conjunto com o Ministério da Saúde. Na visão do gestor, as incubadoras seriam grandes parceiras no processo de inserção laboral dos usuários, o que tem se confirmado com o passar dos anos.

Após o evento as relatoras dos grupos enviaram à ATSMAD/MS o consolidado de propostas apresentadas na plenária final da Oficina Nacional, que foi divulgado pela Área Técnica com uma síntese do evento e com deliberações feitas durante a Oficina por Delgado e Singer, a saber: 1) Criação e consolidação da Rede Nacional de Experiências de Geração de Renda e Trabalho em Saúde Mental; 2) Criação de um mecanismo de articulação entre a Coordenação Geral de Saúde Mental e a Secretaria Nacional de Economia Solidária e suas respectivas políticas; e 3) Criação e manutenção de incubadoras que apoiem, capacitem e fomentem iniciativas de Geração de Renda e Trabalho em Saúde Mental (BRASIL/MS, 2005c:5).

As propostas finais, consolidadas no relato divulgado pela ATSMAD/MS, foram reagrupadas aqui por eixos temáticos para uma melhor visualização do que foi produzido pelos participantes dos grupos. Os eixos temáticos definidos foram os seguintes: 1) atividades da rede de saúde mental ou dos Caps, 2) estratégias para promoção da intersetorialidade, 3) mapeamento, 4) formação e assessoria, 5) marco jurídico, e 6) financiamento. Vale ressaltar que os relatos dos três grupos manifestaram preocupação em garantir a participação dos usuários nos debates e discussões sobre a questão de sua inserção por meio do trabalho. A seguir as propostas agrupadas por eixos temáticos:

1) ESTRATÉGIAS PARA PROMOÇÃO DA INTERSETORIALIDADE

- Realizar fóruns regionais/nacional integrando habitação, educação, trabalho/ecosol, legislativo, etc;
- Criar um Grupo de Trabalho Nacional sobre Economia Solidária e Saúde Mental;
- Promover oficinas regionais envolvendo as redes locais de saúde mental e as DRT's⁶⁶;
- Promover encontros e eventos nacionais para socialização das experiências;
- Firmar acordos interinstitucionais para fomento a projetos e criação de cooperativas sociais;
- Promover parcerias com universidades e instituições privadas;
- Apoiar os usuários como multiplicadores em cooperativismo em outros grupos;
- Elaborar coletânea com os projetos de geração de renda da saúde mental;

⁶⁶ Delegacias Regionais do Trabalho. Atualmente denominadas Superintendências Regionais do Trabalho – SRTs, são órgãos que representam o Ministério do Trabalho e Emprego a nível local.

- Promover a inclusão de usuários da saúde mental em projetos da Economia Solidária;
- Criar campanha para divulgação dos projetos de geração de renda da saúde mental.

2) ATIVIDADES DA REDE DE SAÚDE MENTAL OU DO CAPS

- Promover reflexões sobre trabalho nos CAPS, integrando o tema aos projetos terapêuticos;
- Buscar espaços externos aos CAPS para as atividades de geração de renda;
- Inserir o tema trabalho e renda em diferentes eventos relativos à saúde mental.

3) MAPEAMENTO

- Mapear as experiências de geração de renda com usuários em saúde mental em todo o país.

4) FORMAÇÃO E ASSESSORIA TÉCNICA

- Oferecer formação política aos profissionais da saúde mental e aos usuários;
- Promover formação em cooperativismo;
- Fomentar parcerias intersetoriais para capacitação e para assessoria técnica;
- Buscar parcerias com incubadoras de cooperativas, universidades e instituições privadas.

5) MARCO JURÍDICO

- Discutir e avaliar a legislação atual sobre cooperativismo;
- Buscar espaço no FBES para discussão sobre o marco jurídico das cooperativas sociais;
- Criar um grupo de discussão sobre marco jurídico do cooperativismo social

6) FINANCIAMENTO

- Buscar outras fontes de financiamento pra além da saúde como, por exemplo, o FAT⁶⁷;
- Estabelecer recursos financeiros provenientes da saúde para os projetos de geração de renda;
- Articular estratégias de renda mínima aos usuários (bolsa trabalho ou outra modalidade);
- Criar fundos públicos para assessoria, capacitação, divulgação e criação de cooperativas.

A opção pela economia solidária, na época, ainda era muito incipiente e pouco conhecida pelo campo da saúde mental. A aposta pela economia solidária feita pela

⁶⁷ Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) “é um fundo contábil-financeiro destinado ao custeio do programa do seguro-desemprego, do abono salarial e ao financiamento de programas de desenvolvimento econômico”. O FAT é gerido pelo Ministério do Trabalho e Emprego. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2012/03/fundo-de-amparo-ao-trabalhador-fat>. Acesso em: 02.01.2014, as 11hrs:02min.

ATSMAD/MS foi baseada em experiências locais muito pontuais, respaldada por um fórum de pouca expressividade numérica, mas com atores sociais importantes e estratégicos do ponto de vista político. Havia representantes de ambos os ramos do Movimento Antimanicomial; pessoas com potencial de multiplicação da proposta; houve representatividade nacional, mesmo daqueles estados em que não foram mapeadas iniciativas em andamento. Todos reunidos para o debate de um tema unânime, agregador e de baixíssimo impacto conflitivo na arena demarcada pelo movimento social e nas esferas políticas e institucionais dos governos federal e locais. Além disso, outro fator que contribuiu para o sucesso do evento e para a futura parceria foi a resposta rápida dada pela ATSMAD/MS e pela SENAES/MTE às resoluções aprovadas pela plenária deste encontro inaugural. A primeira ação da ATSMAD/MS pós-evento foi a criação de um grupo de discussão formado pelos participantes e aberto a interessados no debate do tema da inserção laboral, que durou até meados de 2007.

Em dezembro de 2004, poucos dias depois da Oficina, representantes dos dois ministérios se reuniram para discutir como implementar as propostas definidas durante o evento. Dessa reunião sai o primeiro esboço da portaria interministerial nº 353/2005, que institui o Grupo de Trabalho Saúde Mental e Economia Solidária, com objetivo de “articular ações entre as políticas de Saúde Mental e Economia Solidária” (BRASIL/MS, 2005c:6). No dia 07 de março de 2005 é publicada a portaria interministerial, assinada pelos Ministros da Saúde, à época Humberto Costa (PT/PE), e do Trabalho e Emprego, à época Ricardo Berzoini (PT/SP). Três meses depois é publicada a portaria 1.169/2005, do Ministério da Saúde, que repassava recursos financeiros aos municípios que apoiassem iniciativas de geração de trabalho e renda da saúde mental, aos moldes da economia solidária.

3.1.2 Grupo de Trabalho Saúde Mental e Economia Solidária

As experiências locais impulsionaram as ações conjuntas entre as duas políticas públicas, a Oficina Nacional trouxe a oportunidade de uma consulta pública sobre o tema da inserção laboral e o GT institucionalizou a proposta de articulação entre saúde mental e economia solidária na esfera federal.

A portaria nº 353, de 08 de março de 2005, que instituiu o Grupo de Trabalho Saúde Mental e Economia Solidária, estabeleceu que o grupo deveria ser composto por representantes (1 titular e 1 suplente) do Ministério da Saúde; do Ministério do Trabalho e Emprego; do Colegiado Nacional de Coordenadores de Saúde Mental; da Rede de Gestores de Políticas Públicas de Fomento à Economia Solidária; do Fórum Brasileiro de Economia Solidária; da Rede de Experiências de Geração de Renda e Trabalho em Saúde Mental; e dos Usuários de Saúde Mental inseridos em Experiências de Geração de Renda e Trabalho vinculados a Serviços de Saúde Mental. A ATSMAD/MS ficou responsável por encaminhar as escolhas dos representantes do Ministério da Saúde, do Colegiado Nacional de Coordenadores de Saúde Mental; da Rede de Experiências de Geração de Renda e Trabalho em Saúde Mental; e dos Usuários de Saúde Mental inseridos em Experiências de Geração de Renda e Trabalho vinculados a Serviços de Saúde Mental. As demais representações ficaram a cargo da SENAES.

Pedro Gabriel Delgado, coordenador da ATSMAD/MS, ficou como titular do GT, e Rita Martins, assessora técnica da ATSMAD/MS, ficou como suplente, ambos como representantes do Ministério da Saúde. O Colegiado Nacional de Coordenadores de Saúde Mental indicou Sandra Lúcia Vitorino, à época coordenadora de Saúde mental de Londrina-SC, e Décio Castro Alves, à época coordenador de saúde mental de Santo André-SP. Os representantes da *Rede de Experiências de Geração de Renda e Trabalho em Saúde Mental* e dos *Usuários de Saúde Mental inseridos em Experiências de Geração de Renda e Trabalho vinculados a Serviços de Saúde Mental* foram eleitos através do grupo de discussão via internet criado a partir da Oficina Nacional. Segundo relatório final do GT, foi recomendado que as discussões feitas pelo grupo eletrônico fossem impressas e dispostas em murais nos Caps e outros serviços da rede de saúde mental para que possibilitasse acesso ao debate e uma maior participação (BRASIL/MS, 2006b).

Como não havia uma Rede de Experiências consolidada, os participantes do grupo de discussão deliberaram que as representações deveriam ser escolhidas entre as experiências de geração de trabalho e renda existentes, a partir dos seguintes critérios⁶⁸:

⁶⁸ O documento trazia ainda que “No caso de regiões com número considerável de iniciativas de Geração de Renda e Trabalho em Saúde Mental, fica aberta a possibilidade de indicar um (1) representante para o conjunto das experiências. Este processo de escolha fica sob responsabilidade e gerência local, cabendo

1. Esteja articulada à Política de Saúde Mental e ao conjunto dos Serviços de uma Rede Substitutiva;
2. Esteja articulada às políticas e instituições de Assessoria e fomento à Economia Solidária;
3. Participe de ações com outros órgãos governamentais e/ou organizações da sociedade civil;
4. Atue no âmbito da intersectorialidade;
5. Seja um Empreendimento de Gestão Participativa (ATSMAD/SAS/MS, 24.04.2005).

O Grupo eletrônico de discussão teve 7 dias (25/04/05 a 02/05/05) para encaminhar seus candidatos que, segundo as regras estabelecidas pelo próprio grupo, deveriam preencher pelo menos três dos critérios elencados acima. O resultado final da eleição foi divulgado no dia 06 de maio de 2005, sendo Teresa Monnerat, representante da Cooperativa da Praia Vermelha, do Rio de Janeiro-RJ, como titular; e Luciana Alcântara, representante da Oficina Agrícola do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, de Campinas-SP, como suplente.

No caso da representação dos usuários ficou decidido que uma vaga seria reservada a uma pessoa com transtorno mental e outra para um dependente químico. O processo de escolha do representante que ocuparia a vaga para usuário com transtorno mental seguiu a mesma dinâmica para eleição dos representantes das experiências. Candidataram-se à vaga cinco usuários, através de cartas enviadas ao grupo de discussão com defesa das candidaturas. Os candidatos deveriam estar ligados a uma experiência que seguisse os critérios apresentados anteriormente nesta mesma seção. Foi eleito Jorge Pacheco, representante da GerAção-POA, de Porto Alegre-RS. Por consenso do grupo, ficou estabelecido que os cinco usuários candidatos comporiam um coletivo para apoio ao candidato eleito. Além disso, o grupo eletrônico optou por destinar a vaga reservada a um representante dos usuários dos serviços de álcool e outras drogas a uma pessoa ligada a ABORDA, associação de redutores de danos. Raquel da Silva Barros, presidente da ONG Lua Nova, foi indicada pela associação para representar os dependentes químicos.

apenas informar a escolha ao Grupo Eletrônico de Discussão para que a eleição do representante nacional transcorra. Fica estabelecido que as representações (1 titular e 1 suplente) não poderão ser da mesma região, para que diferentes regiões do país participem do Grupo de Trabalho” (BRASIL/MS, 24.04.2005).

Foram convidados ainda pelo Ministério da Saúde, Fernanda Nicácio, à época consultora da ATSMAD/MS, e os consultores jurídicos: Alex Zitei (Santo André-SP), Geraldo Amarante da Costa (Campinas-SP) e Eduardo Harder (Curitiba-PR)⁶⁹.

A SENAES indicou como seus representantes Sônia Hecket, à época chefe de gabinete da secretaria, e Valmor Schiochet, diretor do Departamento de Estudos e Divulgação. Em consulta às entidades e associações da economia solidária, a SENAES indicou ao Ministério da Saúde, como representante titular do Fórum Brasileiro de Economia Solidária (FBES), Oscarina Camilo e, como suplente, Silvia Mendes. Ambas estiveram presentes na Oficina Nacional. Da Rede de Gestores Públicos da Economia Solidária foram indicados Maria Lucia da Silva, gestora de Belo Horizonte-MG, e Noé Humberto Cazetta, gestor de Santo André-SP.

As atribuições do GT dialogavam com as propostas consolidadas durante a Oficina Nacional, com destaque para os temas: financiamento, mapeamento, formação e marco jurídico, dispostos a seguir:

I – Propor e estabelecer mecanismos de articulação entre as ações das políticas de saúde mental e economia solidária;

II – Elaborar e propor agenda de atividades de parceria entre as duas políticas;

III – Realizar mapeamento das experiências de geração de renda e trabalho, cooperativas, bolsa-trabalho e inclusão social pelo trabalho, realizadas no âmbito do processo da Reforma Psiquiátrica;

IV – Propor mecanismos de apoio financeiro para as experiências de geração de renda e trabalho em saúde mental;

V – Propor atividades de formação, capacitação e produção de conhecimento na interface saúde mental e economia solidária, bem como do marco jurídico adequado;

VI – Estabelecer condições para a criação de uma Rede Brasileira de Saúde Mental e Economia Solidária; e

⁶⁹ Alex Zitei, indicado pelo representante do Colegiado de Gestores da Saúde Mental no GT por suas contribuições junto ao Núcleo de Projetos Especiais de Santo André-SP; Geraldo Amarante, indicado pela representante das experiências de geração de renda da saúde mental no GT por suas contribuições junto às experiências de Campinas-SP; e Eduardo Harder, indicado pelo Núcleo de Direito Cooperativo da Universidade Federal do Paraná, a pedido da SENAES/MTE.

VII – Propor mecanismos de parceria interinstitucional, no âmbito nacional e internacional (PT nº353/2005). [grifos da pesquisadora]

A instalação do GT interministerial aconteceu no dia 16 de junho de 2005 e contou com a participação do secretário especial de direitos humanos, à época Mário Mamede; e do secretário nacional de economia solidária, Paul Singer. Além dos secretários compuseram a mesa de instalação do GT a diretora do departamento de ações programáticas e estratégicas do Ministério da Saúde, Tereza Campos; o representante dos usuários de saúde mental inseridos em experiências de geração de trabalho e renda vinculados a serviços de saúde mental, Jorge Pacheco; a representante da Rede de Experiências de Geração de Renda e Trabalho em Saúde Mental, Teresa Monnerat; e a representante do Fórum Brasileiro de Economia Solidária, Oscarina Camillo.

A solenidade teve ainda a presença de representantes do CONASEMS (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde), do MDS (Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome), da Ong Inverso, das Áreas Técnicas do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas do Ministério da Saúde, da Secretaria Nacional de Economia Solidária, e do Fórum Brasileiro de Economia Solidária.

Neste mesmo evento foi lançada a publicação do Ministério da Saúde “Saúde Mental e Economia Solidária: Inclusão Social pelo Trabalho”⁷⁰, com a transcrição integral dos debates ocorridos durante a Oficina de Experiências de Geração de Trabalho e Renda de Usuários de Serviços de Saúde Mental. Após a cerimônia, o GT realizou sua primeira reunião, tendo como base as propostas consolidadas durante a Oficina.

Além dessa primeira reunião o GT realizou mais dois encontros em 2005, um em junho e outro em agosto. A reunião de agosto contou com a presença de consultores jurídicos para discutir especificamente a legislação referente à saúde mental e trabalho. A quarta e última reunião foi realizada em fevereiro de 2006, quando foi feita a avaliação e conclusão dos trabalhos do grupo.

Os trabalhos do GT foram organizados a partir de quatro eixos, para cada um deles foram definidas ações, propostas e atividades a serem desenvolvidas a partir do que foi

⁷⁰ A publicação pode ser acessada pelo endereço eletrônico: www.saude.gov.br/saudemental

consolidado durante a Oficina de Experiências. Os 4 eixos de trabalho do GT foram: 1) Mapeamento, Articulação, Divulgação, Redes de Comercialização e Produção; 2) Formação, Capacitação, Assessoria e Incubagem; 3) Financiamento; e 4) Legislação. A seguir o quadro com os eixos, sub-eixos e propostas a serem implementadas:

Quadro 4. Plano de trabalho interministerial para inserção laboral de pessoas com transtornos mentais e/ou transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas

Eixo 1: Mapeamento, Articulação, Divulgação, Redes de Comercialização e Produção	
Sub-eixo	Propostas
1- Mapeamento	Formar um banco de dados incluindo empreendimentos da Saúde Mental e Redes de Produção e Comercialização
	Formar um banco de dados com as Entidades de Assessoria e Fomento à Economia Solidária.
	Estimular a participação dos empreendimentos solidários em saúde mental a participar do mapeamento, já em andamento, realizado pela SENAES, que pode ser acessado na página: www.sies.mte.gov.br .
	Desencadear discussões, através da Internet, junto aos trabalhadores, usuários e familiares, para a caracterização das Iniciativas de Geração de Renda e Trabalho no campo da Saúde Mental.
2- Divulgação e Articulação	Informar sobre o GT aos gestores, trabalhadores, usuários e familiares de Saúde Mental e também aos gestores e trabalhadores da Economia Solidária.
	Incluir experiências da Saúde Mental na Campanha Nacional de Economia Solidária, através de ação política junto ao FBES para garantir a participação de pelo menos uma experiência desta área entre as selecionadas.
	Promover articulação entre o GT e os coordenadores estaduais e municipais de Saúde Mental e gestores de Economia Solidária.
	Estimular a aproximação das iniciativas de geração de renda e trabalho em Saúde Mental dos Fóruns de Economia Solidária.
	Incentivar a formação de uma Rede de Iniciativas de Geração de Renda e Trabalho em Saúde Mental.

	Retomar a proposta do “Coletivo de Usuários” para a representação dos usuários junto ao GT.
3- Redes de Comercialização e Produção	Incentivar a participação de iniciativas de Geração de Renda e Trabalho em Saúde Mental em redes de Economia Solidária, promovendo o fortalecimento e promoção do desenvolvimento local/territorial.
	Criar um espaço na Internet para a comercialização, divulgação e exposição dos produtos e serviços dos empreendimentos.
	Incentivar a organização de feiras para a exposição e comercialização de produtos solidários em saúde mental, bem como a participação de empreendimentos da saúde mental em feiras solidárias.
Eixo 2: Formação, Capacitação, Assessoria e Incubagem	
Sub-eixo	Propostas
1- Formação e Capacitação em Economia Solidária	Promover uma Oficina Nacional para a Formação de Multiplicadores de Economia Solidária visando à sistematização de tecnologia apropriada para a população de Saúde Mental. Formato: 30/40 pessoas, duração: 1 semana, público: gestores ou indicados
	Estimular a promoção de atividades em nível local para a formação de técnicos, usuários e familiares em Economia Solidária, utilizando os informativos do GT e do FBES.
	Promover a articulação entre o GT Formação do FBES, a SENAES e a Coordenação de Saúde Mental para a elaboração de um projeto de formação em Economia Solidária para o conjunto de iniciativas de geração de renda e trabalho em saúde mental, através do PNQ (Plano Nacional de Qualificação).
	Criar material instrutivo básico sobre Economia Solidária para ser enviado à rede de saúde mental e às coordenações municipais e estaduais de Saúde Mental.
	Estimular os serviços de saúde mental a promover qualificação técnica dos empreendedores objetivando a melhoria da qualidade dos produtos através de parcerias com as entidades de apoio e fomento e da elaboração de projetos a serem orientados pelo PNQ (Plano Nacional de Qualificação – vide Termo de Referência em Economia Solidária, disponível na página do Ministério do Trabalho e Emprego www.mte.gov.br).

2- Incubagem	Criar uma metodologia de incubagem e acompanhamento de empreendimentos solidários em Saúde Mental, a partir das experiências acumuladas neste campo, levando em consideração a singularidade do percurso de cada uma das experiências.
	Estimular as Incubadoras Tecnológicas de Cooperativas Populares e as Entidades de Assessoria e Fomento nas ações elencadas anteriormente, bem como sensibilizá-las a investir em empreendimentos solidários em saúde mental.
Eixo 3: Financiamento	
Propostas	
Criar e um banco de informação intersetorial contendo listagem de entidades de financiamento e contatos e seus respectivos modelos de projetos de captação de recursos.	
Elaborar proposta de um Colegiado Intersetorial de Saúde Mental e Trabalho. O Colegiado deverá subsidiar ações na área de geração de renda e trabalho e fomentar discussões e fóruns em sua comunidade, visando sempre a inclusão social dos usuários pelo trabalho.	
Criar Incentivo financeiro	
Eixo 4: Legislação	
Propostas	
Estimular a redução dos casos de interdição.	
Viabilizar parecer jurídico e os encaminhamentos necessários sobre o disposto nos artigos 42 a 47 da Lei 8.213/1991 que prevê a possibilidade de manutenção de benefício de aposentadoria por invalidez, por um período de 2 anos ⁷¹ nos casos de recuperação parcial para o trabalho do aposentado.	
Elaborar proposta para a criação de projeto de lei para a viabilização jurídica e econômica de cooperativas sociais com base nos princípios do Projeto de Lei que originou a Lei nº 9.867/1999, do deputado Paulo Delgado, e nas necessidades identificadas pelas experiências em curso.	

Fonte: BRASIL/MS, 2006b:7.

Durante o período de trabalho do GT, como reflexo das mobilizações da ATSMAD/MS sobre o tema trabalho, a ITCP/COPPE/UFRJ apresentou ao Ministério da Saúde uma solicitação de recursos para apoio à construção de uma “rede das iniciativas de geração de trabalho e renda e para capacitação destas experiências na cidade do Rio de Janeiro” (BRASIL/MS, 2006b:1). O convênio foi celebrado e o recurso repassado, esta experiência permitiu outras parcerias entre o Ministério da Saúde e a ITCP/UFRJ, conforme será apresentado mais adiante. Nesse período também alguns representantes do GT participaram de eventos locais para falar sobre a articulação entre saúde mental e

⁷¹ Durante estes dois anos o benefício é reduzido a cada seis meses, voltando a ser integral no caso do aposentado não conseguir a reinserção no trabalho.

economia solidária. Membros do próprio GT trouxeram os primeiros relatos sobre investimento de recursos financeiros do Ministério da Saúde em grupos de geração de renda em seus municípios.

Durante seus trabalhos o GT travou discussões importantes sobre os marcos conceitual e jurídico relativos ao tema trabalho no campo da saúde mental. Sobre o marco conceitual, ao invés de se debruçar sobre a diferença entre o que é geração de renda e o que é oficina terapêutica, o GT optou por concentrar seus esforços na reflexão do tema *trabalho e geração de renda*. A partir deste exercício, os membros do GT elaboraram uma definição do que seriam as oficinas de geração de renda e trabalho. Sobre o marco jurídico, a lei de cooperativas sociais predominou, resultando do grupo propostas de alteração da lei.

O GT definiu como “iniciativa de geração de trabalho e renda solidários” (BRASIL/MS, 2006b:13), as experiências que

- Possibilitem o processo de emancipação das pessoas com transtornos mentais;
- Favoreçam a participação de pessoas da comunidade;
- Incentivem a autogestão e a participação democrática;
- Permitam a inclusão em redes de comercialização, rede de oportunidades, fóruns de economia solidária;
- Busquem o aprimoramento das habilidades profissionais e das técnicas de gestão, produção e/ou comercialização;
- Busquem o desenvolvimento local;
- Busquem parcerias, tanto de apoio técnico e tecnológico, como de participação na vida social e comunitária;
- Operem com a perspectiva da intersetorialidade, articulando a participação de outras entidades/instituições, tais como: Incubadoras Universitárias, associações comunitárias e de usuários, ONGs, entre outras;
- Atuem como multiplicadores locais das proposições de inserção social pelo trabalho; e
- Fortalecer a contratualidade social das pessoas com transtornos mentais, promovendo sua efetiva participação na vida social (BRASIL/MS, 2006b:13). [grifos da pesquisadora]

Os termos grifados na definição indicada pelo GT de Saúde Mental e Economia Solidária acrescentam novos conceitos e práticas à noção de geração de renda e trabalho na saúde mental, debate apresentado no capítulo anterior. A denominação utilizada “iniciativas de geração de trabalho e renda solidários” acena para uma perspectiva diferenciada, afirmando articulação à economia solidária. Enquanto a Oficina Nacional

trouxe uma série de dúvidas e questões relativas ao que seria geração de renda ou proposta terapêutica, a partir de uma concepção binária, o GT buscou caracterizar o que é uma experiência de geração de renda, desatrelando esta definição da discussão sobre uma possível finalidade terapêutica (BRASIL/MS, 2005c:1). Este posicionamento tende a redirecionar o debate, na medida em que acrescenta novos referenciais para a compreensão do que seria uma iniciativa de geração de renda. Termos como emancipação, contratualidade social, participação democrática, participação na vida social e comunitária, concentram na figura do usuário o objetivo central da iniciativa, num lugar diferenciado, estimulando sua participação dentro e fora do grupo de geração de renda.

O uso do termo contratualidade, discutido no capítulo anterior, retoma a noção de autonomia agregada à construção de redes e relações entre os indivíduos, acentuando a função de inserção social dos grupos de geração de renda formados com apoio dos serviços de saúde mental. Isto apareceu inclusive no estímulo à participação de pessoas da comunidade junto aos grupos, e no incentivo ao desenvolvimento local, que não existe sem o diálogo e envolvimento com pessoas e entidades que compõem esta comunidade.

A proposta de integração a partir de outros parâmetros, delineados pela economia solidária, também trouxe novos elementos ao debate do trabalho dos usuários da saúde mental. Exemplo disso é a recomendação do GT de incentivar a autogestão dos grupos. O princípio da autogestão é um dos mais importantes da economia solidária e tem como fundamento a participação coletiva e democrática dos associados nas decisões do grupo e a responsabilidade compartilhada por todos na tomada dessas decisões. Esse princípio propõe o exercício de estabelecer relações horizontais entre os participantes do grupo, numa reversão da relação de subordinação estabelecida pelo binômio patrão/empregado, que pode emergir, no campo da saúde, dentro dos grupos de geração de renda e, também, na relação entre profissionais de saúde e usuários dos serviços.

Outro ponto trazido pelo GT foi a questão da intersetorialidade, que se manifestaria através da articulação com parceiros de outros setores e saberes para aprimoramento das habilidades profissionais dos usuários e assessoria técnica aos grupos na gestão, produção e comercialização dos produtos/serviços. Apesar de não citar diretamente o papel dos técnicos/profissionais de saúde inseridos nesses grupos, o GT direcionou as recomendações às iniciativas e às redes de saúde mental, o que compreenderia também os

profissionais que atuam junto a essas redes. Nesta linha, o GT recomendou que as “iniciativas de geração de trabalho e renda” sejam compreendidas como parte integrante dos processos de reabilitação psicossocial e reinserção social dos usuários de serviços de saúde mental. Entre suas recomendações estão também:

- Considerar que a inserção no trabalho das pessoas com transtornos mentais e/ou com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, compreendida como exercício de direitos, constitui uma das estratégias fundamentais nos projetos e processos de produção de autonomia e de fortalecimento da contratualidade na perspectiva de inclusão social;
- Buscar o desenvolvimento de empreendimentos econômicos solidários e inclusivos que promovam espaços reais de trabalho que propiciem processos de trabalho e formas de gestão que impliquem: o trabalho cooperado; a participação democrática e autogestão; o fortalecimento do coletivo; a ênfase na qualidade das relações, dos processos e dos produtos; a validação dos saberes e dos recursos dos participantes e dos contextos locais; a inserção no mercado; possibilidades de ganho econômico real para os participantes;
- Participar de forma efetiva do movimento da economia solidária, buscando a qualificação dos empreendimentos;
- Promover a articulação com as iniciativas e as políticas públicas de desenvolvimento local e de trabalho, renda e desenvolvimento, e a inserção no território e na cidade; e
- Apoiar a criação e/ou fortalecimento da organização de usuários em formas associativas (BRASIL/MS, 2006b: 14). [grifos da pesquisadora]

Nas recomendações o GT reafirmou a proposta de trazer a discussão sobre o trabalho dos usuários para a esfera dos direitos de cidadania e para o campo da economia solidária. Outra questão colocada pelo GT nas recomendações foi a utilização do termo “empreendimentos econômicos solidários e inclusivos”, que mais tarde será definido como cooperativa social. O uso dessa denominação atribui às iniciativas de geração de trabalho e renda da saúde mental o status de empreendimento e as estimula a sair da condição de provisoriedade, gerando renda efetiva e trabalho real para os usuários. Por fim, o GT recomendou às iniciativas a criação e o fortalecimento de organizações dos próprios usuários. Naquele momento ainda não estava nítido o forte potencial de mobilização política e social desses empreendimentos.

Aos gestores estaduais e municipais tanto da saúde mental quanto da economia solidária, o GT recomendou a criação de *Comissões Intersetoriais* nos municípios ou que reunissem grupos de municípios, compostas por representantes das Secretarias de Saúde e

de Trabalho e Emprego. As Comissões deveriam contar com a participação paritária de gestores, profissionais de saúde/técnicos, organizações de usuários, experiências de geração de trabalho e renda, universidades, incubadoras, organizações não governamentais e representantes dos movimentos sociais de luta antimanicomial e de economia solidária.

As Comissões Intersetoriais teriam como objetivos: 1) fomentar e apoiar iniciativas de geração de trabalho e renda da saúde mental buscando parcerias para a criação de empreendimentos econômicos solidários com a inserção de usuários da saúde mental, garantindo recursos humanos e financeiros; 2) criar e manter atualizado banco de dados com experiências de geração de trabalho e renda da saúde mental; 3) divulgar as experiências; 4) promover espaços de formação profissional e em economia solidária; 5) participar dos fóruns de economia solidária; 6) incentivar a incubagem de novos empreendimentos, 7) promover debates públicos sobre a questão da inserção no trabalho de pessoas em desvantagem, em especial usuários da saúde mental (BRASIL/MS, 2006b:14-16).

Ao Ministério do Trabalho e Emprego o GT recomendou identificar dentro do Sistema de Informações da Economia Solidária (SIES) os “empreendimentos econômicos solidários da saúde mental”, aqui mais um termo utilizado para fazer referência às iniciativas de geração de trabalho e renda da saúde mental. O GT recomendou ainda incentivar as incubadoras a apoiarem esses empreendimentos através de recursos do PRONINC (Programa Nacional de Incubadoras de Cooperativas) e incluir o Ministério da Saúde no comitê gestor do programa.

Ao Ministério da Saúde o GT recomendou a manutenção do CIST, cadastro criado a partir do mapeamento iniciado logo após a Oficina de Experiências, com atualização dos dados e modernização do cadastro para acesso livre às informações. Outra recomendação colocou a importância de sensibilizar os gestores para a questão da geração de trabalho e renda, através do Colegiado Nacional de Coordenadores de Saúde Mental. Sobre o PRONINC, o GT recomendou que o Ministério da Saúde disponibilizasse recursos para apoio às incubadoras que investissem em iniciativas da saúde mental. O GT propôs ainda que o MS buscasse parcerias nacionais e internacionais com entidades de pesquisa para que desenvolvessem estudos e acompanhamento do desenvolvimento das iniciativas de geração de renda da saúde mental. Além disso, recomendou que o ministério criasse

formas institucionais para manutenção do “programa de geração de renda e trabalho”⁷², com recursos humanos, financeiros e ampla divulgação. Por fim, recomendou que o Ministério da Saúde ampliasse o número de municípios beneficiados pela portaria 1169/2005, e que mantivesse essa estratégia de repasse de recursos às iniciativas (BRASIL/MS, 2006b:16-17).

Aos dois ministérios, saúde e trabalho e emprego, recomendou que lançassem campanha nacional para divulgação do “Programa Saúde Mental e Economia Solidária”⁷³, integrando também o Programa De Volta pra Casa. Recomendou ainda que o GT se tornasse uma comissão permanente de acompanhamento ao Programa Saúde Mental e Economia Solidária. Além disso, recomendou que os ministérios apoiassem encontros regionais para formação em saúde mental e economia solidária e articulassem ações junto ao Programa Nacional de Qualificação do Ministério do Trabalho e Emprego para inclusão de usuários de saúde mental em cursos promovidos pelo Programa. Recomendou que realizassem concurso para escolha de uma marca ou selo para identificar “empreendimentos econômicos e solidários com a inclusão de pessoas com transtornos mentais e/ou com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas”⁷⁴. No que diz respeito a financiamento, o GT recomendou aos ministérios que investissem em cursos de formação em economia solidária e qualificação profissional, intercâmbio entre experiências, incubagem de “empreendimentos econômicos solidários e inclusivos com a participação de pessoas com transtornos mentais e/ou com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas” e qualificação de experiências em processo de incubação.

Durante os trabalhos do GT, o grupo elencou pontos importantes que deveriam ser incorporados ao projeto original da lei 9.867/1999, que dispõe sobre as cooperativas sociais, e recomendou que os ministérios da saúde e do trabalho e emprego apresentassem um substitutivo à lei. Dentre as recomendações, o GT colocou que as cooperativas sociais precisam ter composição mista (usuários e não usuários), a lei publicada permite apenas a participação de não usuários como voluntários; a criação de incentivos fiscais especiais,

⁷² Termo utilizado no documento para se referir as ações de incentivo e apoio às iniciativas de geração de renda da saúde mental (BRASIL, 2006:16).

⁷³ Outro termo utilizado no documento para se referir as ações de incentivo e apoio às iniciativas de geração de renda da saúde mental (BRASIL, 2006:17).

⁷⁴ Termo também utilizado para definir as iniciativas de geração de renda e trabalho da saúde mental (BRASIL, 2006:17).

como incentivo e forma de diferenciação das demais formas cooperativas; priorização ou dispensa de processos licitatórios para aquisição dos produtos e serviços oferecidos pelas cooperativas sociais ao poder público; criação de bolsa-trabalho para os sócios por 12 meses; e inclusão de uma política de incentivo ao comércio justo e consumo ético.

O relatório final do grupo trouxe ainda duas cartas, a primeira direcionada ao Colegiado Nacional de Coordenadores de Saúde Mental, assinada pelos representantes desse colegiado junto ao GT; e a segunda destinada aos usuários de saúde mental, assinada pelo representante dos usuários no GT. Ambas as cartas convocavam gestores e usuários a aderirem à política que começava a se desenhar e a mobilizarem suas bases na capilarização dessa nova política.

Os trabalhos do Grupo Interministerial Saúde Mental e Economia Solidária foram finalizados oficialmente em cerimônia realizada no dia 28 de março de 2006, nove meses após sua instalação (junho/2005). A cerimônia ocorreu antes da abertura da I Turma Nacional de Formação em Economia Solidária para gestores da saúde mental, iniciativa idealizada pelo GT com objetivo de incentivar articulações entre saúde mental e economia solidária através da formação de multiplicadores locais. Essa estratégia serviu de eixo para os desdobramentos do trabalho do GT e para a própria construção da política em parceria com a economia solidária.

A cerimônia de entrega do relatório final contou com a participação do secretário nacional de economia solidária, Paul Singer; do secretário de direitos humanos da Presidência da República, Mário Mamede; e do secretário nacional de assistência social do Ministério do Desenvolvimento Social, Osvaldo Russo. Além dos secretários a mesa diretora da cerimônia foi composta por Pedro Gabriel Delgado, coordenador da ATSMAD/SAS/MS, e por Jorge Pacheco, representante dos usuários no GT Saúde Mental e Economia Solidária. Na plateia gestores da política de saúde mental de todas as regiões brasileiras⁷⁵, representantes de algumas iniciativas de geração de renda, usuários e membros do GT.

⁷⁵ Representações municipais (por região) e estaduais. **Região Norte:** Rio Branco-AC; Porto Velho-RO; **Região Nordeste:** Teresina-PI, Aracaju-SE, Campina Grande-PB, Boqueirão-PB, Camaragibe-PB, Natal-RN, Fortaleza-CE, Maceió-AL, Feira de Santana-BA, Salvador-BA, Belém-PA; **Região Centro-Oeste:** Brasília-DF, Goiânia-GO, Palmas-TO, Campo Grande-MS, Cuiabá-MT; **Região Sudeste:** Rio de Janeiro-RJ, Nova Iguaçu-RJ, Niterói-RJ, Belo Horizonte-MG, Betim-MG, Uerlândia-MG, Araçuaí-MG, São Paulo-SP,

A cerimônia foi aberta pelo vídeo economia solidária e saúde mental⁷⁶, produzido pela SENAES, como parte da Campanha Nacional de Divulgação e Mobilização Social - *Economia solidária – Outra economia acontece*. O vídeo mostra depoimentos de integrantes da cooperativa da Praia Vermelha, do Rio de Janeiro-RJ, e da GerAção-POA, de Porto Alegre-RS.

Em seguida ao vídeo o então coordenador da ATSMAD/MS, Pedro Gabriel Delgado, definiu o encerramento dos trabalhos do GT como

um momento importante porque ele representa mais do que o fim da primeira parte da construção de uma política nacional de inclusão social pelo trabalho para as pessoas com sofrimento psíquico ou que tenham problemas/transtornos pelo uso de substâncias psicoativas, mais do que o fim de uma primeira etapa bem sucedida ela representa o início de uma nova etapa de consolidação (BRASIL/MS, 2006b:4). [grifos da pesquisadora]

Delgado denominou o conjunto de ações desenhado pelo GT e inaugurado pela parceria com a SENAES como “política nacional de inclusão social pelo trabalho para as pessoas com sofrimento psíquico ou que tenham problemas/transtornos pelo uso de substâncias psicoativas”. O gestor da política nacional utilizou o termo “política nacional”, que confere peso e valor às ações que serão desenhadas a partir do encerramento dessa primeira etapa de construção com a SENAES.

A fala de Delgado anunciou muito mais que uma nova etapa rumo à consolidação da política de inserção laboral, afirmou opção política pela economia solidária. O posicionamento do gestor, porta-voz da PNSMAD/MS, definiu o apoio do governo federal a experiências específicas, que atendessem aos critérios eleitos pelo poder público para repasse de recursos e apoio institucional. Passados quase 10 anos, esse posicionamento permanece, mesmo com a nova equipe gestora da PNSMAD, produzindo reflexos sobre os debates acerca de um marco conceitual relacionado ao tema da inserção social pelo

Casa Branca-SP, Diadema-SP, Osasco-SP, Santo Andre-Sp, Sorocaba-SP, Guarulhos-SP, São Jose do Rio Preto-SP, Vitória-ES; **Região Sul:** Florianópolis-SC, Jinville-SC, Porto Alegre-RS, Pelotas-RS, Curitiba-PR, Londrina-PR. **Estados:** Pernambuco, Acre e Pará.

⁷⁶ O vídeo está disponível na página eletrônica do FBES, acesso direto pelo link: http://www.fbes.org.br/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=338&Itemid=216

trabalho no campo da saúde mental. A partir da opção feita neste primeiro evento a PNSMAD tem induzido que os arranjos coletivos, aos moldes da economia solidária, seriam mais apropriados à inserção laboral dos usuários de serviços de saúde mental. Com pouco ou nenhum apoio a outras formas de trabalho, como a inserção no mercado formal e o trabalho autônomo e individual.

Da série de recomendações feitas pelo GT ao governo federal, Delgado destacou três recomendações: 1) a revisão do marco legal, 2) a criação de comissões intersetoriais, e 3) a realização da Turma Nacional. A primeira delas, sobre marco jurídico, é uma reivindicação insistente da sociedade civil, defendida como principal desafio para os grupos, muitas vezes justificativa atribuída à fragilidade dessas iniciativas. As comissões intersetoriais, pontuadas pelo gestor possivelmente pela necessidade de incorporar a política às esferas municipais e estaduais e, por fim, a Turma Nacional, como veículo que coloca em prática essa proposta de capilarização das ações dispostas pela política. A estratégia definida pelo gestor definiu para consolidação dessa política seria o investimento em amparo legal aos grupos e multiplicação da proposta de articulação entre saúde mental e economia solidária nas esferas locais, a fim de dar amplitude nacional à questão da inserção laboral.

Notas sobre a Portaria nº 1.169/2005⁷⁷

Com a publicação da portaria nº 1.169, de 7 de julho de 2005, o Ministério da Saúde passou a destinar recursos financeiros às iniciativas de geração de trabalho e renda da saúde mental por meio de repasses aos fundos municipais de saúde. Por isso, as solicitações de recursos deveriam ser pactuadas com os gestores locais antes de serem enviadas ao Ministério da Saúde. Esta resolução buscava evitar que os recursos fossem investidos em outros setores da saúde e permitia a implicação do gestor nas ações relativas à inserção laboral dos usuários da rede de saúde mental.

A portaria 1.169/2005 determinava que para receber o recurso o município deveria ter rede de atenção em saúde mental (Caps, residências terapêuticas, ambulatórios e outros

⁷⁷ Portaria no anexo 3 da tese (p.182).

serviços), estar habilitado no Programa De Volta para Casa (PVC), e estar inscrito no Cadastro de Iniciativas de Inclusão Social pelo Trabalho (CIST).

Foram priorizados pela portaria os municípios que apresentassem um número elevado de leitos de longa permanência em hospital psiquiátrico e articulações necessárias para a desinstitucionalização das pessoas, tais como residências terapêuticas e habilitação no PVC). Esta condicionalidade mostra que o gestor já considerava aqui a questão do trabalho como parte do processo de desinstitucionalização das pessoas que passaram por longos anos de internação. Além desses critérios, seriam prioritários os municípios que apresentassem articulações concretas com a economia solidária.

Ao enviar a solicitação do recurso, o gestor, em acordo com as iniciativas e projetos locais, deveria enviar um plano de aplicação do recurso e indicar em quais iniciativas seria investido o recurso financeiro. Neste primeiro momento a portaria estabelecia que o valor a ser repassado tivesse como referência o número de usuários de serviços da saúde mental em “projetos de inclusão social pelo trabalho” (cf. art5º da portaria). A saber: I) R\$ 5.000,00 (10 a 50 usuários); II) R\$ 10.000,00 (51 a 150 usuários); e III) R\$ 15.000,00 (mais de 150 usuários).

Esta portaria tem um significado que precisa ser pontuado, ela direcionava recursos do Fundo Nacional de Saúde para investimento em iniciativas de inserção no trabalho, o que demonstra uma concepção ampliada de saúde como campo e saúde mental como uma das dimensões deste campo. A compreensão de que trabalho faz parte do processo de reabilitação psicossocial dos usuários dos serviços de saúde mental será decisiva mais adiante quando, em 2011, é lançado pelo Ministério da Saúde o decreto 7.508/2011, que reorganiza a gestão do SUS a partir de regionais de saúde. Com essa mudança o componente reabilitação psicossocial da rede de saúde mental (PT 3.088/2011), será definido pelas “iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais” (cf. art nº 12 da PT 3.088/2011). Essa questão será retomada no próximo capítulo.

3.1.3 Turma Nacional de Formação em Economia Solidária e seus desdobramentos

A Turma Nacional de Formação em Economia Solidária ocorreu entre os dias 28 e 31 de março de 2006 e contou com a participação de 40 representantes de gestões municipais e estaduais. A Turma Nacional teve como público gestores que atendessem aos seguintes critérios estabelecidos pelo GT Saúde mental e Economia Solidária: 1) ter iniciativas de geração de trabalho e renda cadastradas junto ao CIST, 2) ter feito solicitação do incentivo da portaria 1169/2005, 3) apoiar e articular estratégias de inclusão social por meio da economia solidária, e 4) possuir capacidade técnica de multiplicação. Além disso, a organização da Turma levou em consideração a abrangência nacional do grupo.

A Turma Nacional foi coordenada pela ATSMAD/MS e pela SENAES/MTE, com apoio e participação dos membros do GT. Segundo documento do Ministério da Saúde, a Turma Nacional teve como objetivo geral “Capacitar gestores da saúde mental a fomentar, incrementar e apoiar iniciativas de inclusão social pelo trabalho, norteadas pela Economia Solidária, criando assim multiplicadores locais” (BRASIL/MS, 2006b:1). E como objetivos específicos: 1) Elaborar o Plano de Ação Local para Inclusão Social pelo Trabalho Solidário em Saúde Mental; 2) Criar multiplicadores locais de Saúde Mental e Economia Solidária; e 3) Possibilitar a criação de uma Rede Nacional de Saúde Mental e Economia Solidária (op cit).

A programação da Turma Nacional foi organizada em 8 painéis temáticos, cada um com um facilitador. O primeiro painel teve como tema *A economia Solidária no Brasil: a realidade recente e seus desafios* e como facilitador Valmor Schiochet (SENAES/MTE). Em seu painel, Schiochet fez uma contextualização histórica do surgimento da economia solidária durante a década de 1990. Segundo o palestrante, nos anos 1980 as lutas giravam em torno do tema da cidadania e dos direitos sociais, já na década de 1990, a economia solidária surge como reação de trabalhadores rurais e urbanos à crise do desemprego e à exclusão social e econômica. Discutiu também o papel dos movimentos sociais neste processo.

O segundo painel, com o tema *Economia Solidária: Trajetórias e Conceitos*, foi ministrado por Maurício Sarda de Faria (à época consultor da SENAES/MTE). Sarda

apresentou conceitos como modo de produção capitalista, capital, capitalismo, cooperativismo até chegar à economia solidária e a autogestão, através de elementos históricos e exemplos concretos nacionais e internacionais. Os participantes colocaram questões sobre as noções de autogestão, participação coletiva, economia solidária como proposta substitutiva ao capitalismo e cooperativa.

O terceiro painel, intitulado *Experiências de Empreendimentos Econômicos Solidários*, foi coordenado por Oscarina Camillo (FBES/GT Saúde Mental e Economia Solidária) e teve a participação Rosemeire Aparecida da Silva, representando a Suricato de Belo Horizonte-MG, Carmen Vera Passos Ferreira e Jorge Pacheco, da GerAção-POA, de Porto Alegre, e Teresa Monnerat, do Rio de Janeiro-RJ. Cada um dos painelistas apresentou um panorama geral da trajetória da experiência a que estava vinculado, trazendo aos participantes do evento informações sobre o percurso histórico da iniciativa, sua composição, o que produzia ou que serviço prestava, como comercializava, se já tinha passado por processos formativos, de assessoria/incubagem, informações sobre financiamento, divulgação, parcerias, formalização e articulação com a economia solidária.

O quarto painel, com o tema *Reforma Psiquiátrica e Inclusão pelo Trabalho*, teve como facilitador Pedro Gabriel Delgado (ATSMAD/MS), que apresentou um panorama da reforma, com dados da PNSMAD/MS.

O quinto painel teve como facilitadores Valmor Schiochet (SENAES/MTE) e Eduardo Harder (UFPR), com o tema *Economia Solidária - Desafios para construção de políticas públicas e aspectos jurídicos*. Schiochet fez uma discussão sobre políticas públicas de economia solidária, no contexto das políticas de enfrentamento ao desemprego. Harder introduziu o debate sobre marco jurídico do cooperativismo e problematizou diferentes formas jurídicas de organização, na perspectiva de oferecer aos gestores um conjunto de possibilidades que pudesse ser aplicado às especificidades de cada experiência local.

O sexto painel, intitulado *Saúde Mental e Economia Solidária. A construção de uma articulação para construção de uma política pública nacional*, foi proferido por Fernanda Nicácio (USP). Este painel teve como objetivo principal apresentar e debater os

resultados do GT e colocar proposições para a articulação entre saúde mental e economia solidária nos estados e municípios.

No sétimo painel, que teve como tema *Saúde Mental. Trabalho e Renda e Economia Solidária. A construção de um plano de ação local*, Gonçalo Guimarães (ITCP/COPPE/UFRJ) propôs à Turma uma metodologia para criação de planos locais de inclusão social pelo trabalho. E no oitavo e último painel, Rita Martins (ATSMAD/MS) apresentou a proposta de trabalho final dos participantes e o processo de acompanhamento local feito a partir de uma equipe de tutores, composta por membros do GT.

Ao final os participantes se organizaram em cinco grupos, cada um com seu respectivo tutor. A equipe de tutores foi composta por Fernanda Nicácio (professora da USP e, na época, consultora do Ministério da Saúde), Silvia Mendes e Oscarina Camillo (Representantes do Fórum Brasileiro de Economia Solidária no GT Interministerial), Teresa Monnerat e Luciana Alcântara (Representantes das Experiências de Geração de Trabalho e Renda da Saúde Mental) e Rita Martins (na época, assessora técnica da ATSMAD/MS), membros do GT Saúde Mental e Economia Solidária. A partir dos grupos foram definidos pontos importantes para a elaboração dos “Planos de Ação Municipais para Articulação entre Saúde Mental e Economia Solidária”. Foram delineados pelos participantes princípios que norteariam os planos, meios de implementação dos planos e objetivos a serem alcançados. A saber (BRASIL/MS, 2006b):

Princípios:

- Contribuir para as relações sociais
- Inserção pelo trabalho, como direito
- Inclusão pelo direito de trabalho / articular em rede
- Ampliar e divulgar a cultura de economia solidária
- Estimular a autonomia
- Inserir na comunidade e proporcionar autossustentação
- Aumentar o número de usuários cidadãos
- Inserir usuários no processo econômico
- Garantir a igualdade de participação
- Formas democráticas de autogestão

Meios:

- Construção de rede intersetorial
- Estabelecer parcerias com ITCP's
- Identificar recursos na comunidade

- Criar novos caminhos para inclusão dos usuários
- Instrumentalizar gestores e técnicos para desenvolver geração de renda
- Viabilizar participação no fórum economia solidária
- Construir redes de oficinas para economia solidária
- Instituir fórum economia solidária nos municípios
- Articular políticas de geração de renda na saúde mental em conjunto com a economia solidária
- Formar associações / cooperativas
- Criar núcleos de oficinas de trabalho
- Ampliar faturamento (sus) para a oficina.

Objetivos:

- Garantir políticas de inclusão social
- Criar, ampliar e fortalecer as oportunidades de geração de renda
- Ampliar número de participantes

Conforme apresentado, os planos deveriam priorizar a articulação entre diferentes atores locais para capilarização da parceria entre saúde mental e economia solidária na esfera das políticas públicas municipais e/ou estaduais. As ações delineadas pelos planos corresponderiam a um conjunto de metas a ser alcançado pelos gestores em parceria com os serviços, os usuários e demais parceiros da rede. A partir desta perspectiva, a ATSMAD/MS incentivaria a incorporação do tema da inserção social como pauta e diretriz da política de saúde mental.

No total, a equipe de tutores acompanhou 42 municípios, num processo que teve duração de 10 meses. Entre as atividades desenvolvidas nesse período estão: 1) Mapeamento e cadastramento das iniciativas de geração de trabalho e renda dos usuários de serviços de saúde mental; 2) Pesquisa junto aos usuários sobre suas habilidades e experiências no mundo do trabalho; 3) Mapeamento dos possíveis parceiros locais; 4) Mapeamento dos parceiros locais; 5) Criação de um grupo de discussão sobre o tema inclusão social pelo trabalho (internet e encontros periódicos); 6) Distribuir a carta aos usuários e a carta aos gestores; 7) Iniciar discussões com outros setores para a formação da comissão intersetorial para o trabalho inclusivo e solidário; 8) Relatório de descrição do contexto local; e 9) Plano de ação local de inclusão social pelo trabalho.

O acompanhamento foi feito por via eletrônica e por telefone. Como os gestores apresentaram dificuldades em elaborar a descrição do contexto local e o próprio plano, os

tutores construíram instrumentos para apoio. O primeiro foi um roteiro para elaboração de um relatório sobre o contexto local. O segundo foi um passo a passo para elaboração do plano de ação local. O instrumento para elaboração do relatório sobre o contexto local solicitava as seguintes informações sobre o município: 1) composição da rede de saúde mental, 2) mapeamento das experiências, 3) mobilização local sobre o tema da inserção laboral, 4) composição da rede de economia solidária, 5) formações e capacitações para o trabalho já realizadas, 6) processos de incubagem dos grupos já realizados ou em andamento, 7) financiamento, e 8) legislação local relacionada ao tema. O instrumento para elaboração do plano de ação foi construído a partir dos eixos temáticos reunidos durante a Turma Nacional, além desses eixos o documento trazia informações para articulação com a economia solidária e informações sobre como formar uma comissão intersetorial local.

Ao final de três meses os gestores deveriam enviar os planos por ofício, com assinatura do gestor local (secretário de saúde/prefeito), induzindo compromisso da gestão com a implementação dos planos. O trabalho da equipe tutorial terminou em março de 2006, mas a maior parte dos municípios que havia finalizado o plano ainda não tinha enviado o documento oficialmente ao Ministério da Saúde. Os municípios de Belém-PA, Salvador-BA, Guarulhos-SP, Osasco-SP desistiram do processo.

Em junho de 2006, o GT se reuniu para discutir sobre a continuidade de seus trabalhos. Segundo relato dessa reunião (BRASIL/MS, 2006b), a proposta era de que o grupo permanecesse como consultivo e vinculado institucionalmente ao Colegiado de Coordenadores da Saúde e ao Conselho Nacional de Economia Solidária. O grupo permaneceu até meados de 2007, quando encerrou seus trabalhos.

Ainda em 2006, o Ministério da Saúde celebrou com a Fundação Coppetec um convênio para realização da segunda etapa da Turma Nacional que seria a implementação dos planos. A pedido do Ministério da Saúde, a Incubadora Tecnológica de Cooperativas Populares, através da Coppetec, apresentou um projeto para construção de uma “Rede Nacional de Empreendimentos Solidários da Saúde Mental”. A partir desse convênio foram realizados encontros presenciais que envolveram 32 municípios⁷⁸, cada encontro

⁷⁸ **Região Sudeste:** Niterói-RJ, Nova Iguaçu-RJ, Belo Horizonte-MG, Araçuaí-MG, Betim-MG, Campinas-SP, Santo André-SP, Diadema-SP, Casa Branca-SP, Sorocaba-SP, Vitória-ES; **Região Nordeste:** Feira de

teve duração de três dias. Os cursos deram ênfase ao cooperativismo popular, coerente com a perspectiva declaradamente crítica da ITCP/COPPE/UFRJ em relação à economia solidária. Desconhecendo os embates próprios ao campo da economia solidária, a ATSMAD/MS referenciou sua opção pela incubadora da UFRJ na experiência desta entidade junto a projetos da saúde mental na cidade do Rio de Janeiro e a um convênio com o Ministério da Saúde executado pela incubadora para formação de uma rede similar no estado do Rio de Janeiro.

O convênio foi firmado em 2007 e o ciclo de cursos aconteceu entre os anos de 2008 e 2009. Os encontros reuniram usuários, seus familiares e profissionais de saúde daqueles municípios que participaram da Turma Nacional e do processo tutorial. Além dos cursos a ITCP/COPPE/UFRJ criou uma página eletrônica para troca de informações entre os municípios participantes do Tutorial e também para divulgação de eventos e de material bibliográfico para debates⁷⁹.

A partir de 2008, a ATSMAD/MS resolveu que os recursos da portaria 1.169/2005 seriam direcionados a chamadas de seleção, determinando nichos específicos, valores e número de projetos a serem selecionados. Essa estratégia surgiu para incentivar determinadas regiões do país que ainda não tinham acessado recursos para apoio aos grupos de geração de renda e para reanimar o tema junto às redes de saúde mental. Se por um lado as chamadas direcionavam recursos para regiões pouco contempladas, por outro abriu oportunidade para que as que já haviam sido contempladas com os recursos voltassem a recebê-los.

Quadro 5. Chamadas com recursos da Portaria GM 1169/2005.

Ano	Chamada pública	Edital	Resultados
2008	Chamada de Seleção de projetos de geração de renda das regiões norte, nordeste e centro-oeste	100 projetos: 60 projetos com 10 a 50 usuários (R\$ 5.000,00); 30 projetos com 51 a 150 usuários (R\$ 10.000,00); e 10 projetos com mais de 150 usuários (R\$ 15.000,00)	115 projetos concorreram 41 projetos selecionados (13 UFs) Valor total: R\$ 275.000,00

Santana-BA, Aracaju-SE, Maceió-AL, Camaragibe-PE, Recife-PE, Campina Grande-PB, Boqueirão-PB, Fortaleza-CE, Teresina-PI, União-PI; **Região Sul:** Porto Alegre-RS, Pelotas-RS, Florianópolis-SC, Joinville-SC, Londrina-PR; **Região Centro-Oeste:** Distrito Federal, Goiânia-GO. Fonte: ITCP/COPPE/UFRJ, 2008.

⁷⁹ www.cooperativaspopulares.ufrj.br/saudemental

2009	I Chamada de Seleção de Projetos de Arte, Cultura e Renda	60 projetos: 30 projetos com 10 a 50 usuários (R\$ 5.000,00); 20 projetos com 51 a 150 usuários (R\$ 10.000,00); e 10 projetos com mais de 150 usuários (R\$ 15.000,00)	560 projetos concorreram 126 projetos selecionados (24 UFs) Valor total: R\$ 835.000,00
2010	II Chamada de Seleção de Projetos de Arte, Cultura e Renda na Rede de Saúde Mental: Expansão e Consolidação da Rede Brasileira de Saúde Mental e Economia Solidária	150 projetos: 100 projetos com 10 a 50 usuários (R\$ 5.000,00); 40 projetos com 51 a 150 usuários (R\$ 10.000,00); 10 projetos com mais de 150 usuários (R\$ 15.000,00)	300 projetos concorreram 120 desclassificados 193 projetos selecionados (145 UFs) Valor total: R\$ 1.510.000,00

Fonte: elaborado pela pesquisadora a partir de informações do Ministério da Saúde.

O texto das chamadas reafirmava a parceria da ATSMAD/MS com a SENAES/MTE, atribuindo a esta ação ao “Programa Saúde Mental e Economia Solidária: inclusão social pelo trabalho, de responsabilidade dos Ministérios da Saúde/SAS e do Trabalho e Emprego/SENAES, definido pela Portaria Interministerial nº 353, de 7 de março de 2005” (BRASIL/MS, 2010:4). E que, por isso, “os projetos devem estar em consonância com a Política Nacional Saúde Mental e Economia Solidária: Inclusão Social pelo Trabalho” (op cit). Como inovação, as chamadas estabeleceram como um dos critérios para recebimento dos recursos, que os projetos precisariam estar articulados a incubadoras universitárias.

Quadro 6. Série Histórica. Incentivo financeiro repassado pelo Ministério da Saúde para investimento em iniciativas de inclusão social pelo trabalho de 2005 a 2010. Recursos provenientes da Portaria nº1169/2005.

Ano de repasse	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Nº de iniciativas beneficiadas	6	19	6	41	148	193
Nº de municípios contemplados	6	19	6	41	123	156
Valor total dos repasses	70.000,00	190.000,00	65.000,00	275.000,00	980.000,00	1.510.000,00

Fonte: MS/SAS/ATSMAD, 2010.

Em setembro de 2011 a ITCP/UFRJ iniciou uma nova etapa da parceria com a ATSMAD/MS. Foram oferecidos cursos com duração de três meses, em plataforma virtual, com turmas nas áreas de alimento, vestuário, artesanato e atividades culturais. Os cursos tiveram etapas presenciais, com um encontro de três dias no Rio de Janeiro, nas alocações da incubadora, e quatro encontros regionais, culminando com um encontro nacional realizado em dezembro do mesmo ano, concomitante ao *II Encontro Nacional de Experiências de Geração de Trabalho e Renda da Saúde Mental: Rumo ao Cooperativismo Social*, e á quinta edição do Caia Nesta Loucura.

A Turma Nacional desencadeou um importante processo de amplitude nacional que teve seu auge no II Encontro Nacional de Experiências. Os debates desse encontro foram subsidiados pelos cursos, mas também pelos resultados da Conferência Temática de Cooperativismo Social ocorrida em 2010, como prévia às Conferências Nacionais de Economia Solidária e de Saúde Mental, ocorridas nesse mesmo ano. O II Encontro Nacional foi fruto de uma grande mobilização, com um público que vinha refletindo sobre o tema da inserção laboral, instrumentalizado pelos cursos ministrados pela ITCP/UFRJ, que contaram com participação da SENAES, e pelas resoluções das conferências. Tanto a Conferência Temática quanto o II Encontro Nacional deram centralidade ao tema do cooperativismo social, acenando uma nova etapa no processo de discussão sobre inserção laboral, como também da política de saúde mental articulada à economia solidária.

3.2 Saúde mental e trabalho nas agendas do Ministério do Trabalho e Emprego e da Presidência da República

A articulação entre saúde mental e economia solidária inaugurou um campo comum, de afetação mútua, que acabou mobilizando ações dirigidas pelo Ministério do Trabalho e Emprego, através da SENAES, e pela Presidência da República, a partir do Programa Brasil Próximo. Esse processo, inaugurado pela Oficina de Experiências, fortalecido pelo GT Saúde Mental e Economia Solidária e posto em prática pela Turma Nacional, permitiu que a SENAES incorporasse a sua agenda uma série de propostas e reivindicações voltadas à inserção laboral dos usuários de saúde mental. A aproximação da ATSMAD ao Programa Brasil Próximo foi resultado desse processo, quando a SENAES, ciente da importância da experiência italiana no contexto da reforma psiquiátrica brasileira,

convidou a saúde mental do Ministério da Saúde para participar das primeiras reuniões do acordo de cooperação entre Brasil e regiões italianas.

O fato das reivindicações do campo da saúde mental passarem a ser incorporados às agendas de outras políticas do governo federal configura-se uma dos resultados da parceria iniciada em 2004, com a Oficina Nacional, com a SENAES, mas também afirma a intersetorialidade que o campo impõe na abordagem a essas reivindicações.

3.2.1 SENAES/MTE

Conforme apresentado no início deste capítulo, em 2004, a SENAES e a ATSMAD/MS tornaram seu diálogo institucional, com a realização da Oficina Nacional de Geração de Trabalho e Renda de Usuários de Serviços de Saúde Mental. O Grupo de Trabalho Saúde Mental e Economia Solidária serviu de espaço de trocas entre os dois campos, onde conceitos, formas de organização, concepções políticas, entre outros elementos, foram compartilhados e discutidos. O discurso da saúde mental foi incorporado pelos representantes da SENAES, que passaram, inclusive, a colocar a questão como pauta em entrevistas, reportagens, etc⁸⁰. Em contrapartida, termos como incubação e rede tornaram-se comuns à PNSMAD e ao campo da saúde mental de forma ampliada. Esse processo de troca e construção conjunta permitiu que o público da saúde mental fosse incorporado a ações da SENAES, ao conjunto de resoluções de suas duas conferências, tornando-se, mais tarde, pauta política da própria secretaria no que diz respeito ao marco jurídico do cooperativismo social⁸¹.

⁸⁰ Entrevista concedida pelo secretário nacional de economia solidária, prof. Paul Singer, à Folha de São Paulo, em matéria intitulada *Mais por menos*, publicada no dia 22.02.2005.

⁸¹ Vide publicação: KRUPPA, S. M. P.; GONÇALVES, A. F.; MACDONALD, J. B. (et alli). *Regime Jurídico das Cooperativas Populares e Empreendimentos em Economia Solidária*. Série Pensando o Direito, vol. 46. Brasília: Ministério da Justiça, 2012.

I Conferência Nacional de Economia Solidária - I CONAES

A I CONAES, ocorrida entre os dias 26 e 29 de junho de 2006, teve como tema *Economia Solidária como estratégia e política de desenvolvimento*. Na mesa de abertura do evento, que contou com a participação do então presidente Lula, Paul Singer afirmou a saúde mental como parte integrante da economia solidária. Nas palavras de Singer:

A Economia Solidária, hoje, está na vanguarda da luta contra exclusão social, Eu digo isso com muito orgulho! [...] Estamos, hoje, presentes no grande movimento antimanicomial em que egressos de manicômios se transformam em cooperantes. Há mais de 230 associações de cooperativas de produção e muitas outras centenas vão surgir, proximamente. (BRASIL/MTE, 2006:24). [grifos da pesquisadora]

No período em que a I CONAES foi realizada, o GT Saúde Mental e Economia Solidária já havia entregado seu relatório final e o processo tutorial, desencadeado pela Turma Nacional, estava em andamento. Oscarina Camillo e Silvia Mendes, representantes do FBES no GT Saúde Mental e Economia Solidária, participaram da I CONAES como delegadas e fizeram um relato sobre o evento, que foi divulgado no grupo de discussão moderado pela ATSMAD/MS. Segundo o relato, a I CONAES contou com a participação de profissionais e usuários da saúde mental de diferentes regiões do país, na condição de delegados, demonstrando mobilizações locais de parceria com a economia solidária.

O relato das integrantes do GT afirmou ainda que houve a participação de representantes da saúde mental na etapa preparatória da I CONAES, como nos casos das conferências estaduais ocorridas em Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Mato Grosso, Goiás, Amazonas, Pernambuco, Piauí e Bahia. Além dos representantes da saúde mental, Oscarina Camillo e Silvia Mendes registraram a participação de alguns militantes da economia solidária articulados à saúde mental, que já naquela época apoiavam a organização dos grupos de geração de renda. Esse conjunto de pessoas contribuiu com as discussões nos grupos de trabalho, incluindo os debates em

torno do acesso ao trabalho por usuários de serviços de saúde mental nas resoluções da conferência⁸².

O eixo temático I do documento final da conferência, que tratou dos *fundamentos da Economia Solidária e seu papel para a construção de um desenvolvimento sustentável, democrático e socialmente justo*, afirma, em sua resolução número 6, as cooperativas sociais e a saúde mental como manifestações da Economia Solidária. A resolução 13, do mesmo eixo, pontua que a economia solidária tem como um de seus valores e princípios “a luta pela inclusão social das pessoas com deficiência, idosas, portadoras de HIV, egressas do sistema prisional, com transtornos mentais” (BRASIL/MTE, 2006:60).

O eixo temático II, que se propunha a fazer *o balanço do acúmulo da Economia Solidária e das políticas públicas implementadas*, apresenta, em sua resolução 35, a articulação da política de economia solidária com a política de saúde mental (op cit, p.64).

O terceiro e último eixo temático, sobre *prioridades e estratégias de atuação para as políticas e programas de Economia Solidária e mecanismos de participação e controle social*, também apresentou resoluções com a inclusão de recomendações relacionadas diretamente ao campo da saúde mental. A resolução 53 trouxe como um dos objetivos de uma Política Pública de Economia Solidária “contribuir para a inclusão social e a participação das pessoas com deficiências, transtorno mental, dependência química, egressas do sistema prisional” (op cit, p.67). Chamou atenção o fato de a saúde mental vir junto a outros segmentos do cooperativismo social em algumas das resoluções da I CONAES, já que naquele momento a parceria com a SENAES e os debates em torno do cooperativismo social estavam restritos ao segmento específico dos usuários da saúde mental. Neste mesmo eixo, a seção relativa ao tema do *marco jurídico* apresentou duas resoluções que abordavam questões concernentes à saúde mental. A resolução 64, que trouxe o seguinte texto:

Propomos uma legislação específica e/ou a regulamentação da Lei de Cooperativas Sociais que dará oportunidade às pessoas com deficiência, com transtornos mentais, adolescentes e jovens, pessoas da terceira idade, presos e egressos do sistema prisional e psiquiátrico, dependentes químicos de se organizarem solidariamente (op cit, p.69).

⁸² Participei da I CONAES na condição de convidada, como representante do Ministério da Saúde.

E a resolução 66, que pontua a questão dos benefícios sociais. Seu texto afirma a necessidade de “revisão da legislação que impede aos beneficiários do BPC (benefício de prestação continuada) a participação em cooperativas” (op cit, p. 69). Ambas as resoluções permanecem como pauta de reivindicação da sociedade civil e como pauta das discussões no âmbito do poder público.

SIES, Campanha Nacional e PRONINC

A partir do GT Saúde Mental e Economia Solidária, além de apoiar e acompanhar as ações do Ministério da Saúde sobre inserção laboral, a SENAES passou a incorporar às suas próprias ações os usuários da saúde mental como público alvo de sua política. Exemplos disso podem ser encontrados junto ao Sistema de Informação da Economia Solidária (SIES), a Campanha Nacional de divulgação da Economia Solidária e ao Programa Nacional de Apoio a Incubadoras de Cooperativas Populares (PRONINC).

Como proposta do GT, ainda em 2006, a SENAES inclui as iniciativas mapeadas pela ATSMAD/MS no cadastro de empreendimentos econômicos solidários do SIES. O SIES teve seu primeiro compilado de informações sobre a economia solidária consolidado em 2005, resultando na publicação do Atlas da Economia Solidária no Brasil. O levantamento seguiu até 2007, quando foi lançado um Atlas atualizado. Além de dados quantitativos, o sistema reuniu informações qualitativas coletadas diretamente com os empreendimentos através de visita de pesquisadores, inclusive os grupos da saúde mental vinculados aos caps.

Do SIES 2005-2007, que compreendia um universo de 21.850 EES, foram triados⁷⁵ EES que tinham como associados usuários de serviços da rede pública de saúde mental (MARTINS, 2009:123). Em 2009 a SENAES retomou a coleta de informações do SIES. Essa nova etapa, conhecida como SIES 2012, contou com instrumentos reformulados⁸³, que incluíram pontos específicos sobre o tema das cooperativas sociais.

Outra ação da SENAES que incorporou o tema da saúde mental à sua agenda foi a Campanha Nacional de divulgação da Economia Solidária “Outra Economia Acontece”,

⁸³ O instrumento atualizado e outras informações sobre o SIES estão disponíveis no sítio eletrônico do Ministério do Trabalho e Emprego (www.mte.gov.br).

lançada em 2006. A Campanha é composta por materiais de vídeo, áudio e gráfico. O material de vídeo reúne 14 pequenos programas temáticos e dois filmes mais conceituais para serem utilizados em momentos de formação. Um dos filmes temáticos é dedicado a empreendimentos formados por pessoas com transtorno mental e pessoas com deficiência. O filme conta com depoimentos de usuários e profissionais de saúde que trabalhavam na GerAção-POA, de Porto Alegre-RS, e na Cooperativa da Praia Vermelha, do Rio de Janeiro-RJ⁸⁴.

A Campanha não teve espaço na mídia privada, ficou restrita a canais públicos de televisão, a rádios comunitárias e a iniciativas de exibições públicas promovidas pela sociedade civil. Na época do lançamento o material impresso da campanha foi distribuído aos Caps e às coordenações municipais e estaduais de saúde mental.

A terceira ação, iniciada em 2005, mas consolidada em 2006, foi a incorporação do Ministério da Saúde ao Comitê Gestor do PRONINC. O programa oferece apoio às incubadoras que prestam assessoria técnica a cooperativas populares através de editais e chamadas públicas lançadas com recursos dos órgãos que compõem seu comitê gestor. O Ministério da Saúde é representado junto ao comitê por membros da equipe da ATSMAD, o que contribuiu para a inclusão da saúde mental como um dos segmentos prioritários do programa, que contempla também outros grupos citados na lei 9867/1999, que institui as cooperativas sociais. A institucionalização do PRONINC é relativamente recente, com sua incorporação ao PPA 2008-2011 e a publicação do decreto nº 7.357, de novembro de 2010, que institui o programa. O Ministério da Saúde é uma das entidades que assina esse decreto.

PlanSeQ Ecosol 2008 e Formação de Gestores Públicos Federais

Em 2008, a saúde mental foi convidada pela SENAES a participar do processo de concertação do Plano Setorial de Qualificação Social e Profissional em Economia Solidária – PlanSeQ Ecosol 2008, que reuniu diferentes setores do campo da economia solidária para investir em qualificação de trabalhadores de EES organizados em redes e cadeias ou com a perspectiva de organização em rede. O PlanSeQ Ecosol 2008 é uma das modalidades do Programa Nacional de Qualificação, fruto de uma parceria da SENAES com a Secretaria

⁸⁴O filmete pode ser acessado pelo sítio eletrônico do Ministério do Trabalho e Emprego (www.mte.gov.br) ou pelo portal do Fórum Brasileiro de Economia Solidária (www.fbes.gov.br).

de Políticas Públicas para Emprego – SPPE/MTE. O PlanSenQ Ecosol priorizou os segmentos da Pesca Artesanal, Agricultura (agricultura familiar, fruticultura, apicultura, fitoterápicos), Artesanato e Confecções (têxtil), assumindo como eixo transversal à prática do Comércio Justo e Solidário. As redes aprovadas⁸⁵ pela Comissão de Concertação do Planseq Ecosol 2008 foram incentivadas a oferecer vagas em seus cursos de formação para usuários da rede pública de saúde mental e outros segmentos do cooperativismo social. O Ministério da Saúde ficou responsável pela mobilização dos usuários para aproximação das redes nas localidades onde seriam oferecidos os cursos de qualificação.

A SENAES incorporou o tema do cooperativismo social aos processos formativos desenvolvidos pela secretaria junto a gestores públicos e superintendentes regionais do trabalho, o que tem sensibilizado diferentes órgãos federais a uma maior articulação de suas políticas em torno da inserção laboral de pessoas em situação de desvantagem.

3.2.2 Programa Brasil Próximo/Presidência da República⁸⁶

O Programa Brasil Próximo é um Acordo de Cooperação feito entre o Brasil e cinco regiões italianas, com o objetivo de apoiar e desenvolver ações em diferentes partes do Brasil, a partir de quatro frentes: desenvolvimento local, economia da cultura, políticas sociais e cooperativismo. O eixo cooperativismo é composto por diferentes grupos de trabalho interministeriais, com a participação de algumas entidades da sociedade civil, para discussão e elaboração de planos de ação para os distintos ramos do cooperativismo.

O tema da saúde mental e das cooperativas sociais tornou-se pauta do Programa em 2005. A SENAES compunha o grupo de ministérios e entidades da sociedade civil que participavam do acordo discutindo o tema do cooperativismo e do comércio justo. Nessa época o GT Saúde Mental e Economia Solidária estava reunido e selava a parceria da SENAES com a ATSMAD/MS. Cientes do interesse e da relação estreita da saúde mental com o tema das cooperativas sociais e com a experiência italiana nessa área, a SENAES

⁸⁵ Participaram do PlanSeQ Ecosol 2008 a Rede de Economia Solidária em Minas Gerais, Rede CONCRAB de Assentamentos, Rede Abelha, União de Cooperativas de Agricultura Familiar e Economia Solidária, Rede Fruticultura – Sabor Natural do Sertão, Rede Coesperança, Rede Arte Sudeste, Rede Solidária da Pesca, Rede de Comércio Justo e Solidário. Foram qualificados 5.765 trabalhadores/as de EES e educadores/as (MTE/SENAES, 2010:142). O relatório final da entidade responsável pelo acompanhamento e sistematização das informações sobre o convênio não oferece dados específicos sobre os trabalhadores que são usuários da rede de saúde mental.

⁸⁶ Para mais informações acessar: www.brasilproximo.com

convidou a ATSMAD/MS a participar das reuniões do acordo e propor a inserção do tema na agenda da cooperação.

Devido às experiências significativas desenvolvidas na Itália no campo do Cooperativismo Social, à similaridade entre as legislações dos dois países e o interesse crescente pelo tema no Brasil, foi formado um grupo de trabalho específico sobre Cooperativismo Social no âmbito do Acordo de Cooperação, coordenado pela ATSMAD/MS em parceria com a SENAES e a coordenação do programa. Além da saúde mental e da economia solidária, o grupo reuniu representantes dos Ministérios da Fazenda, do Desenvolvimento Agrário, Justiça, Direitos Humanos e, da sociedade civil, a UNISOL Brasil. Ao longo dessa parceria a saúde mental e a economia solidária sustentaram o tema dentro do acordo, com contribuições pontuais e inconstantes dos outros setores.

Em junho de 2006 foi realizado o primeiro seminário do Acordo sobre cooperativismo, precedido por uma cerimônia que oficializou a cooperação entre os governos brasileiro e de cinco regiões da Itália⁸⁷. O seminário teve como objetivo conhecer os modelos, a legislação e a forma de organização dos sistemas cooperativos brasileiros e italianos, bem como discutir e apresentar propostas de cooperação entre os dois países neste campo específico (BRASIL/PR, 2006:1).

O debate específico sobre cooperativismo social foi realizado na mesa *cooperativismo, desenvolvimento e inclusão*, que reuniu o então deputado Paulo Delgado, autor da lei 9867/1999, que instituiu as cooperativas sociais no Brasil; Pedro Gabriel Delgado, coordenador da ATSMAD/MS, e Teresa Monnerat, uma das fundadoras da Cooperativa Social da Praia Vermelha, do Rio de Janeiro – RJ. Compuseram a mesa dois palestrantes italianos Simone Mattioli, representante da Liga de Cooperativas Italianas – *Legacoop* e Roberto Cavallini, representante de uma cooperativa de consumo. A mesa foi coordenada por Alexandre Navarro Garcia, à época secretário de ciência e tecnologia para inclusão social do Ministério de Ciência e Tecnologia. Os brasileiros apresentaram o cenário nacional, os entraves da lei brasileira, o diálogo com a experiência italiana da

⁸⁷ O encontro foi realizado pela Presidência da República do Brasil em conjunto com as regiões italianas e em parceria com os Ministérios do Planejamento, da Fazenda, do Desenvolvimento Agrário, da Agricultura, do Trabalho e Emprego, da Ciência e Tecnologia, da Indústria e Comércio, da Saúde, do Desenvolvimento Social, das Relações Exteriores, da Caixa Econômica Federal, do Banco do Brasil, com a Organização das Cooperativas do Brasil, com a CONCRAB, com a UNICAFES, com a UNISOL e com a Universidade Federal do Paraná.

província de Trieste, e os italianos apresentaram as tipologias das cooperativas sociais na Itália e a função social dessas cooperativas.

Após as mesas os participantes do seminário se organizaram em grupos de trabalho temáticos para trocas de experiências e informações sobre o cooperativismo social no Brasil e na Itália. Os principais pontos debatidos pelo grupo sobre inclusão social foram: 1) as diferenças operacionais das cooperativas de tipo A e de tipo B definidas pela legislação italiana; 2) financiamento das cooperativas e a responsabilidade do Estado nesse processo; 3) a questão da incapacidade para o trabalho atrelada à saúde mental amparada pelo código civil brasileiro e a ausência de um marco jurídico específico para os grupos formados pelos usuários de saúde mental nos serviços, 4) necessidade de apoio do Estado desde a formação até a sustentabilidade dos grupos e a possibilidade de criar um consórcio de cooperativas sociais para facilitar a comercialização dos produtos; 5) a questão da tributação e isenção de impostos a cooperativas sociais, a existência de organizações que representam as cooperativas sociais na Itália como, por exemplo, a Legacoop Sociale; e 6) o número mínimo para formação de uma cooperativa que na Itália é de 3 pessoas e, no Brasil, de 20 pessoas (HARDER & SILVA, 2006).

Após esse evento, as reuniões da comissão de cooperativismo social foram retomadas em abril de 2007, com a participação do Ministério do Desenvolvimento Social, Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e Emprego, Presidência da República e Unisol Brasil. Nesta ocasião a Unisol⁸⁸ apresentou a proposta de realizar um seminário em parceria com a Legacoop. Representantes da Presidência da República e da SENAES ofereceram apoio ao evento. O seminário *Economia Solidária e cooperativas sociais: inclusão, ressocialização e trabalho digno*, ocorreu em julho de 2007, na cidade de Santo André-SP, e reuniu iniciativas de diferentes partes dos países com o objetivo de debater o tema do Cooperativismo Social a luz de experiências italianas.

O evento teve peso político no campo da economia solidária, com a participação de políticos ligados ao Partido dos Trabalhadores, base política da Unisol BRASIL. A partir deste evento, a Unisol passou a investir de forma mais sistemática no ramo do cooperativismo social, arregimentando pessoas ligadas ao partido para defesa de suas

⁸⁸ A Unisol era representada no Acordo de Cooperação com a Itália por Nilson Tadashi, que mais tarde assume a gestão da política de economia solidária no município de São Bernardo do Campo-SP, apoiando iniciativas da saúde mental.

pautas políticas a partir desta nova agenda, conquistando espaços, inclusive, dentro do campo da saúde mental. Além de Luis Dulce, então ministro chefe da Secretaria-Geral da Presidência da República; e Luiz Marinho, então Ministro da Previdência Social; o evento contou com as presenças de Paulo Vannuchi, à época Secretário Especial de Direitos Humanos; Paul Singer, Secretário Nacional de Economia Solidária, e Pedro Gabriel Delgado, então coordenador da ATSMAD/MS, todos ligados ao Partido dos Trabalhadores. O evento teve pouca repercussão no campo da saúde mental.

Como marco conceitual para definir cooperativa social, a Unisol utilizou como referência o modelo e a legislação italianos, “empreendimentos que têm como objetivo principal a melhoria da vida das pessoas em dificuldades permanentes ou temporárias” (UNISOL BRASIL, 2007a:3). E acrescentou que:

As cooperativas sociais devem suprir as necessidades temporárias ou permanentes de: 1) Pessoas carentes; 2) Jovens; 3) Idosos; 4) Pessoas excluídas socialmente, entre as quais: usuários de drogas; com dificuldades psicológicas; pessoas com dificuldades de (re)inserção social (ex-detentos); portadores de necessidades especiais (op cit).

O conceito de cooperativa social proposto pela Unisol agregou ao público alvo definido pela lei brasileira o segmento “pessoas carentes”, interpretado aqui como pessoas em situação de pobreza. A Unisol vem defendendo desde este encontro a inclusão de catadores de materiais recicláveis como segmento do cooperativismo social, o que vem gerado protestos de alguns setores da saúde mental.

Entre os objetivos das cooperativas sociais, a Unisol elencou neste evento: perseguir bens gerais para a comunidade, por meio da promoção humana e da integração social dos cidadãos; gerenciar serviços sociais, de saúde e educacionais; atuar em diferentes atividades - entre as quais: agricultura, industrial, comercial ou serviços – gerando trabalho como meio de inclusão e ressocialização das pessoas em desvantagens temporárias ou permanentes; garantir os direitos de todo ser humano, a começar pela qualidade do cuidado pelo estado; e responder às necessidades sociais, complementarmente à atuação do estado, de maneira qualificada por meio de profissionais capacitados para tanto (op cit).

O seminário trouxe contribuições importantes aos debates sobre o marco jurídico do cooperativismo social. O documento final do evento, elaborado pelo assessor jurídico da Unisol, Marcelo Mauad, recomendou a elaboração de um novo projeto de lei e enumerou uma série de pontos que precisariam ser revistos ou incluídos em uma nova lei (UNISOL BRASIL, 2007b). As contribuições da Unisol foram incorporadas ao documento base da Conferência Temática de Cooperativismo Social, realizada em 2010, com objetivo de subsidiar as resoluções deste encontro⁸⁹.

No ano seguinte, em setembro de 2008, conforme agenda do acordo de cooperação, foi realizada uma oficina preparatória para a missão brasileira à Itália. A oficina contou com representantes do governo e da sociedade civil organizada e teve como resultado a elaboração de um conjunto de recomendações e questões para a delegação brasileira, que serviram como guia para a missão à Itália. As questões abordavam temas desde a relação do Estado com as cooperativas sociais (ações de apoio, fomento, marco jurídico, políticas públicas, avaliação e monitoramento); passando por questões relativas à gestão das cooperativas sociais (relação com o mercado, sustentabilidade, aspectos tributários e trabalhistas, apoio técnico, remuneração dos sócios, etc.); até informações sobre o perfil do quadro de associados (benefícios sociais, grupos mistos, questões específicas sobre pessoas em restrição de liberdade, etc.).

A missão ocorreu entre os dias 27 outubro e 1 novembro de 2008, visando reunir informações que subsidiassem as ações do governo brasileiro no campo do cooperativismo social, a partir do contato com diferentes formas de atuação do cooperativismo social italiano. A delegação brasileira contou com a participação de representantes da Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República - SEDH/PR, da Secretaria Nacional de Economia Solidária do Ministério do Trabalho e Emprego, do Ministério da Justiça – MJ, do Ministério da Fazenda – MF, do Ministério da Saúde – MS e da Presidência da República - PR. Representando a sociedade civil organizada, compuseram a delegação membros do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, da Associação dos Amigos da Colônia Juliano Moreira, da UNISOL/BRASIL e da Universidade de Brasília – UnB. A Secretaria-Geral e a Chefia de Gabinete da Presidência

⁸⁹ Para uma discussão aprofundada sobre o marco jurídico do cooperativismo social brasileiro e italiano ver MARTINS, 2009.

da República coordenaram a missão⁹⁰. Apesar da ATSMAD/MS estar à frente do processo de mobilização dos debates acerca do tema do cooperativismo social, junto ao Acordo, desde 2005, o Ministério da Saúde não autorizou a participação de membros da assessoria técnica da área, justificando que nenhum deles era servidor público federal, a decisão final foi a indicação de um representante do departamento a que a área estava vinculada.

A missão compreendeu visitas a experiências de cooperativismo social nas províncias italianas de Pesaro, Bologna e Trieste. Além de reuniões com agentes governamentais e entidades da sociedade da civil atuantes neste campo. Como resultado foi delineado um conjunto de propostas a serem desenvolvidas em parceria com as regiões italianas por meio do acordo de cooperação. Segundo relatório final da delegação brasileira, as propostas foram as seguintes: 1) realização de oficina para socialização das informações coletadas durante a missão, bem como para discussão de uma proposta de cooperativismo social conforme as especificidades da realidade brasileira; 2) constituição de um Grupo de Trabalho Interministerial com o objetivo de propor ações para o desenvolvimento e apoio às cooperativas sociais; 3) elaboração de proposta de reformulação do marco jurídico sobre cooperativas sociais; 4) desenvolvimento e apoio na elaboração de material técnico e de divulgação sobre o cooperativismo social; 5) realização de ações de capacitação e formação no tema cooperativismo social; 6) fomento de intercâmbios entre brasileiros e italianos para troca de experiências no campo do cooperativismo social; 7) apoio na formação de brasileiros em cursos oferecidos por instituições italianas no campo do cooperativismo social (BRASIL/PR, 2009:22).

A série de propostas elencada acima permaneceu sem resposta efetiva até meados de 2010, quando, a partir das reuniões da comissão de cooperativismo social, foi criada a proposta de um programa interministerial para apoio ao cooperativismo social - PRONACOOP SOCIAL.

⁹⁰ A saber: Representantes do Governo Federal: Erasto Fortes Mendonça (Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República - SEDH/PR), Fabio Bechara Sanchez (Secretaria Nacional de Economia Solidária do Ministério do Trabalho e Emprego - MTE), Fernanda do Vale Caribé Schukkel (Ministério da Justiça - MJ), Gilson Bittencourt (Ministério da Fazenda - MF), Isabela Seixas (Presidência da República - PR), Lécio Costa (PR), Lena Peres (Ministério da Saúde - MS), Maria Cristina Sampaio Lopes (PR). Representantes da Sociedade Civil: Fernando Braga Viggiano (Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária - CNPCP), Iracema Polidoro (Associação dos Amigos da Colônia Juliano Moreira), Nilson Tadashi Oda (UNISOL/BRASIL) e Rita de Cássia Andrade Martins (Universidade de Brasília - UnB).

O intercâmbio com a Itália promovido pelo acordo de cooperação permitiu fortalecer a parceria entre saúde mental e economia solidária, na medida em que atores da economia solidária tiveram contato com a realidade das cooperativas sociais italianas. A visita às experiências italianas deu vida e concretude aos relatos da saúde mental que pareciam tão distante da realidade nacional.

3.3 Reconhecimento como forma de enfrentamento a injustiças sociais

Este primeiro momento do percurso de construção da Política de Saúde Mental e Economia Solidária, inaugurado com a publicação da lei de cooperativas sociais, em 1999, e reinaugurado com a Oficina Nacional, em 2004, define-se como um período de concertação. Este foi um momento de reconhecimento mútuo, quando emergiram acordos e regras de convivência que permitiram a interseção entre os dois campos, constituindo-se, aos poucos, um campo intermediário. A Oficina Nacional, o GT Saúde Mental e Economia Solidária e a Turma Nacional são exemplos disso, na medida em que serviram à tecitura desse campo intermediário oferecendo condições de intercâmbio entre agentes dos dois campos, representantes do poder público e da sociedade civil. Nesse primeiro momento foi tecido também o caráter dessa Política, que tem se revelado uma política de forte apelo identitário, uma política de reconhecimento. Conforme apresentado no primeiro capítulo da tese, o movimento de reforma psiquiátrica brasileiro tem conferido ao longo de sua militância um forte sentido de reparação e garantia de direitos no enfrentamento às injustiças sofridas por pessoas com transtorno mental em diferentes dimensões de suas vidas. Este posicionamento se reflete tanto na pauta do movimento social quanto nos programas e ações da PNSMAD/MS. As ações resultantes da parceria com a economia solidária seguiram essa mesma linha, sendo transmitida as suas ações a tarefa de responder à injustiça social ligada ao cerceamento do direito ao trabalho das pessoas com transtorno mental. O reconhecimento dessa injustiça tornou-se uma primeira resposta a situação. Em decorrência disso, a Oficina de Experiências e os desdobramentos desse encontro foram ações do poder público de investimento no reconhecimento como estratégia, o que conferiu concretude às experiências em desenvolvimento, com seus impasses e conquistas, afirmando, assim, a reivindicação dos usuários por trabalho.

A questão do reconhecimento não é uma particularidade do tema *trabalho* dentro da PNSMAD/MS, é uma questão que está estreitamente ligada a um projeto maior, à reforma psiquiátrica. Cabe lembrar que a questão do reconhecimento, do direito a diferença, é resultante da reformulação do Estado brasileiro a partir da constituição de 1988, auge do processo de redemocratização do país, período que serviu de palco para a emergência de diferentes movimentos sociais, inclusive da Luta Antimanicomial. Outro componente importante foi a criação do SUS, que tem como um de seus princípios a equidade, que afirma a garantia do acesso igualitário à saúde em acordo com as especificidades de cada grupo.

O fato da PNSMAD/MS ter construído suas ações tendo o reconhecimento como forma de enfrentar injustiças históricas infringidas às pessoas com transtorno mental acabou ativando nos parceiros da economia solidária esse mesmo olhar para a questão do trabalho. Assim, a expectativa de que o componente econômico das ações resultantes da articulação entre saúde mental e economia solidária viesse como contrapartida da economia solidária ou do cooperativismo popular não teve retorno imediato.

O investimento em respostas a essas duas frentes, reconhecimento e redistribuição, permitiu que a política pública de economia solidária incorporasse a saúde mental a sua agenda⁹¹. Isto porque a economia solidária reúne em sua plataforma política reivindicações de diferentes movimentos sociais, mesclando pautas de cunho identitário e cultural e reivindicações de caráter econômico e distributivo (CARNEIRO, 2011). No caso da saúde mental, a economia solidária estabeleceu um elo a partir do reconhecimento.

Em entrevista para esta tese, Valmor Schiochet, gestor da SENAES que tem acompanhado a parceria com a ATSMAD/MS desde 2004, afirmou que o elemento que aproximaria saúde mental e economia solidária é a busca por uma autonomia organizativa. A questão econômica é coadjuvante para o gestor da economia solidária ao analisar as aproximações entre os dois campos. Nas palavras do gestor da SENAES:

Eu sustento a ideia de que esses coletivos não precisam, numa perspectiva de emancipação, se autossustentar economicamente. [...] Se nós queremos tratar isso na perspectiva da economia, de autonomia, de manutenção, de sustentação coletiva e familiar, nós não

⁹¹ Sobre os conceitos de reconhecimento e redistribuição ver, respectivamente, HONNETH (2003) e FRASER (2001, 2007, 2012).

falaremos de cooperativismo social. Não teria sentido falar em cooperativismo social. Pra mim o cooperativismo social não está associado simplesmente à condição daqueles segmentos de pessoas. O cooperativismo social tem um sentido histórico. As pessoas têm direito de viver bem sem ter de, necessariamente, ser responsável pela produção da materialidade daquilo que produz e se viver bem dessas pessoas, que é a ideia de que precisa ser autônomo, autossuficiente. Se você está partindo do pressuposto da autonomia, da autossuficiência, então não tem sentido falar em cooperativa social (SCHIOCHET, 2013).

Schiochet argumenta durante a entrevista que as relações de trabalho que envolvem pessoas com transtorno mental não foram pensadas pela sociedade e, por isso, não foram reguladas. A questão da renda relativa a este segmento específico ficou restrita à lógica da proteção social. Ao criar uma política de geração de renda voltada para pessoas com transtorno mental que são beneficiárias da previdência ou da assistência social acaba revelando contradições na medida em que essas pessoas devem escolher entre o recurso financeiro concedido como benefício social e o trabalho. Desta maneira, o direito à proteção social e a conquista do direito ao trabalho acabam tornam-se excludentes. Por isso, Schiochet coloca que a questão da autossuficiência econômica não é o que define uma cooperativa social, mas sim a autonomia como processo emancipatório das pessoas que participam desse coletivo. Na visão de Schiochet, essa contradição não deveria ser eliminada pela política, mas sim incorporada à política visando “favorecer a inserção das pessoas na dinâmica do trabalho autônomo e emancipado”.

O argumento desenvolvido pelo gestor da SENAES ressalta a importância do reconhecimento das especificidades desses segmentos na base da política para que ela se torne realmente inclusiva. Numa perspectiva anti-utilitarista, essa proposta afirma as diferenças, sustenta as contradições impostas por essas diferenças, criando ações que respondam a essas contradições, garantindo os direitos dessas pessoas, sem exigir delas que se enquadrem em normas universalistas.

Para Pedro Gabriel Delgado, gestor da ATSMAD/MS entre 2003-2011, o que tem sustentado esses grupos de geração de renda da saúde mental não é a questão da renda. Para Delgado, essas experiências se sustentam num marco ético e histórico que sobrevive até mesmo à ausência de um marco jurídico efetivo para o cooperativismo social no Brasil

(DELGADO, 2013). A Reforma Psiquiátrica Antimanicomial é quem sustenta esse marco ético e histórico que oferece referência e pilares às experiências. Devido a essa particularidade do campo da saúde mental, a questão do reconhecimento acabou se sobrepondo ao fator econômico no desenho das ações públicas do governo federal para apoio aos grupos de geração de trabalho e renda. A compreensão acerca dessa problemática irá influenciar de forma significativa os desdobramentos da Política de Saúde Mental e Economia Solidária, conforme será apresentado no próximo capítulo.

Não é exclusividade do movimento Antimanicomial brasileiro pautar suas lutas a partir de reivindicações com base em identidade. Nas últimas décadas houve um crescimento significativo da pauta identitária em detrimento à centralidade conferida ao conceito de classe nas lutas sociais (FRASER, 2001). Para o sociólogo alemão Axel Honneth o reconhecimento é um processo que está diretamente ligado à intersubjetividade e à construção identitária dos indivíduos. Para o autor este processo é regido por três domínios integradores, que ele denomina: 1) relações de amor, 2) relações de direito e 3) relações de solidariedade (HONNETH, 2009:125).

As relações de amor seriam marcadas pelas primeiras interações afetivas dos indivíduos, fundamentais para o desenvolvimento de processos subjetivos e para construção identitária. As relações de direito estariam ligadas aos princípios morais e universalistas e, por fim, as relações de solidariedade que dizem respeito à estima social. A cada um desses domínios Honneth associa uma forma de injustiça social. No domínio das relações de amor, o autor identifica as ações de desrespeito que podem afetar a integridade dos corpos, o que abalaria a autoconfiança dos indivíduos. No domínio das relações de direito estariam todas as injustiças ligadas à negação de direitos, o que atingiria o autorrespeito dos indivíduos, já que destitui do sujeito seu status de igualdade. No terceiro e último domínio, das relações de solidariedade, estão as injustiças ligadas a desvalorização, o que afetaria a autoestima dos indivíduos (op cit. 2009:211). No caso da saúde mental esses três domínios estariam afetados por injustiças sociais, lembrando que pessoas com transtorno mental têm sofrido violências de todas as ordens ao longo da história mundial, conforme os relatos apresentados no primeiro capítulo sobre o manicômio da cidade mineira de Barbacena.

Na perspectiva de Honneth, o sentimento de injustiça desencadearia o processo de luta por reconhecimento, que conquistaria efeitos políticos quando o indivíduo que sofre se articula a algum movimento social no enfrentamento desta injustiça (op cit 2009:224). Honneth parte de uma relação dialética entre indivíduo e sociedade, o que oferece subsídios para a compreensão dessa interação no surgimento de movimentos sociais, na construção de suas agendas e em suas relações estabelecidas com o Estado na elaboração de políticas públicas. No caso da saúde mental, a luta política do movimento social foi ativada pela necessidade de um conjunto de atores sociais em busca de reconhecimento das injustiças e de como revertê-las em ações concretas de reparação e construção de novos paradigmas sobre a loucura. Entre esses novos paradigmas estaria a garantia do direito ao trabalho de pessoas com transtorno mental.

Cabe lembrar que a proposta de uma política voltada à inserção laboral de usuários de serviços de saúde mental está localizada no domínio das relações de direito, representado neste debate específico pela lei de cooperativas sociais brasileira, publicada antes mesmo da lei de reforma psiquiátrica. A lei 9867/1999 é marco fundante da política de inserção laboral que articula saúde mental à economia solidária, tanto do ponto de vista jurídico quanto simbólico. Seu primeiro artigo traz o seguinte texto:

As Cooperativas Sociais, constituídas com a finalidade de inserir as pessoas em desvantagens no mercado econômico, por meio do trabalho, fundamentam-se no interesse geral da comunidade em promover a pessoa humana e a integração social dos cidadãos. [grifos da pesquisadora]

A questão da desvantagem posta pela lei está referenciada nas condições de transtorno mental e dependência química, a expressão da desvantagem está na pessoa, desconsiderando que é na relação com a sociedade mais ampla que se estabelece um quadro que condiciona a desvantagem. O que a lei propõe é a criação de um empreendimento que viabilize a inserção dessas pessoas no mercado econômico, reunindo elementos identitários e socioeconômicos. Desta forma, a atuação da cooperativa social não estaria restrita ao acesso à renda, o que poderia ser feito por bolsas ou outros benefícios sociais, mas também a afirmação das diferenças como estratégia de

enfrentamento às injustiças históricas enraizadas em crenças e preconceitos em torno da loucura.

Desde a Oficina Nacional, em 2004, o ponto cego do desenho da política é o elemento econômico, que ficou a revelar tanto da saúde mental quanto da economia solidária. Este cenário que tende à afirmação do reconhecimento em detrimento ao acesso à renda vem sofrendo alteração gradual a partir de experiências locais e, no âmbito do governo federal, com o recém-criado Programa Nacional de Apoio ao Cooperativismo Social, que será apresentado de forma detalhada no próximo capítulo. Este Programa afirma a diferença com a perspectiva de permitir acessibilidade, na medida em que destaca apoio a segmentos populacionais em situações extremas de exclusão, com a proposta de garantir o acesso desses grupos ao trabalho por meio da economia solidária. À primeira vista esta proposta parece contraditória, lutar por igualdade de direitos e acesso à renda e, ao mesmo tempo, investir na diferença para acessar essa igualdade.

Nancy Fraser, em seu texto *Da redistribuição ao reconhecimento? Dilemas da Justiça na Era Pós-Socialista*, defende que não há como separar reconhecimento e redistribuição. Segundo a autora, injustiças identitárias e/ou culturais e desigualdades econômicas caminham de mãos dadas e, por isso, devem ser enfrentadas por meio de estratégias que envolvem tanto reconhecimento quanto redistribuição, sem que uma estratégia se sobreponha a outra (FRASER, 2001:246).

Fraser compreende injustiça socioeconômica como aquela “enraizada na estrutura político-econômica da sociedade” (op cit. p.249). A autora cita três exemplos dessa injustiça: 1) a exploração - quando o fruto do trabalho de um indivíduo ou grupo social é apropriado para benefício de outros; 2) marginalização econômica - quando um indivíduo ou grupo social é limitado a um trabalho indesejável e/ou mal remunerado, ou quando é negado acesso ao trabalho assalariado; e 3) privação - quando é negado um padrão adequado de vida. Em síntese, a compreensão de Fraser sobre injustiça socioeconômica está relacionada diretamente à ideia de igualdade de acesso.

Para Fraser as injustiças culturais ou simbólicas estão ligadas a “padrões sociais de representação, interpretação e comunicação” (p.249-250). Como exemplos: 1) a dominação cultural - quando indivíduos ou grupos sociais estão sujeitos a padrões de interpretação e comunicação associados à outra cultura considerada estranha e/ou hostil; 2) não-

reconhecimento - quando um indivíduo ou grupo social é considerado invisível pelas práticas representacionais, comunicativas e interpretativas de uma cultura; e 3) desrespeito - quando indivíduos ou grupos sociais são representados de forma estereotipada no imaginário social e no cotidiano. Fraser considera que a divisão entre injustiças socioeconômicas e injustiças culturais e simbólicas é meramente analítica já que, na visão da autora, ambas estão intrinsecamente interligadas na prática.

Fraser identifica duas formas específicas de enfrentar cada uma dessas injustiças. À injustiça econômica a autora atribui como estratégia de enfrentamento a reestruturação político-econômica, que poderia envolver “redistribuição de renda, reorganização da divisão do trabalho, sujeitar investimentos à tomada de decisão democrática ou transformar outras estruturas econômicas básicas” (op cit, p.252). Fraser denomina esse conjunto de formas de enfrentamento às injustiças socioeconômicas de *redistribuição*. Em contrapartida, às injustiças culturais a autora atribui formas de enfrentamento que abrangem mudanças culturais ou simbólicas, que promoveriam uma

reavaliação positiva de identidades desrespeitadas e dos produtos culturais de grupos marginalizados, reconhecimento e valorização positiva da diversidade cultural, transformação geral dos padrões sociais de representação, interpretação e comunicação (op cit, p.252).

A autora chama esse conjunto de estratégias de enfrentamento às injustiças culturais e/ou simbólicas de *reconhecimento*. Essa divisão permanece sendo de cunho analítico.

O caso da saúde mental ilustra bem como reconhecimento e redistribuição estão imbricados, quando explicita que injustiças de caráter simbólico e cultural interferem de maneira significativa no acesso aos direitos sociais e à renda, algumas, até mesmo, incorporadas e institucionalizadas pela própria máquina pública. Exemplos disso são: o instrumento de tutela/curatela, utilizado para cercear os direitos civis de uma pessoa julgada incapaz de gerir seus próprios atos; a internação compulsória, e a incapacidade atribuída pelo código civil brasileiro às pessoas com transtorno mental e aos dependentes químicos.

Conforme apresentado nesse capítulo, a Política de Saúde Mental e Economia Solidária investiu em ações que promovem reconhecimento na expectativa de que uma possível mobilidade econômica dos usuários possa vir como consequência e não como

finalidade das ações desencadeadas por essa política pública. Na reflexão sobre essa questão é preciso levar em conta todo o sofrimento e instabilidade emocional gerados pela vivência da loucura, condição que acaba tornando mais difícil a possibilidade de inserção real e concreta dos usuários no mundo do trabalho. A opção pela economia solidária pareceu à PNSMAD/MS uma possibilidade factível de inserção desses usuários através de uma proposta política afeita à questão da diferença e da solidariedade.

Investir somente em ações redistributivas seria desconsiderar que as relações de trabalho no caso da saúde mental não são construídas nos mesmos termos que no caso de um trabalhador considerado normal. O “real” que é exigido numa relação de trabalho não será o mesmo exigido no caso de um trabalhador com transtorno mental ou dependência química. A realidade socialmente construída muitas vezes não é a mesma vivida cotidianamente por pessoas com transtorno mental. Desta forma, eleger a redistribuição como estratégia de enfrentamento de injustiças sociais sofridas por esse segmento da população possivelmente não afetaria essas pessoas como afetaria a população considerada normal. Além disso, seria ignorar questões relativas aos estigmas associados ao sofrimento mental e, até mesmo, as diferenças atribuídas ao valor do trabalho realizado por pessoas com transtorno mental em relação aquele realizado por pessoas consideradas normais. Neste contexto, as ações públicas visariam contemplar esse trabalhador, garantir seu acesso, considerando suas singularidades.

Mas como agregar à política pública ações de reconhecimento e redistribuição sem que haja sobreposição ou anulação de uma das duas formas de enfrentamento? Fraser apresenta como estratégias a *afirmação* e a *transformação* que poderiam ser aplicadas tanto ao reconhecimento quanto à redistribuição. Para a autora as formas de enfrentamento às injustiças baseadas em estratégias *afirmativas* têm como foco os resultados dessas injustiças e suas consequências, já as *transformativas* agiriam nas raízes dessas injustiças. Fraser defende as ações *transformativas*, justificando que as *afirmativas* acabariam, no processo de sua aplicação a médio ou a longo prazo, reforçando ou, até mesmo, estimulando injustiças de cunhos simbólico-cultural e socioeconômico (FRASER, 2001:276).

Ao optar por ações transformativas em detrimento às afirmativas, Fraser defende que a solução das injustiças está justamente numa transformação estrutural que desestabilizaria as identidades promovendo alterações nas percepções e avaliações

culturais sobre indivíduos ou grupos identitários. Em outras palavras, o fim das diferenças promoveria ausência de conflitos e, conseqüentemente, das injustiças.

Mas como dialogar a proposta de Fraser com o objeto de pesquisa desta tese? Como promover reconhecimento e redistribuição para um segmento social que simboliza o limite entre a razão e a desrazão? Será possível eliminar essa diferença? Há um compromisso em desconstruir o binômio razão e loucura? Questões como estas demandam respostas que a teoria proposta por Fraser parece não explicitar. A loucura não está no fenótipo, ela se manifesta independente de raça, gênero ou opção sexual, ainda que seja tratada de modo diverso em diferentes culturas.

Além do sofrimento imposto pela doença mental, ao longo da história, preconceitos raciais, de gênero, opção sexual e posicionamento político/partidário foram encobertos pela loucura. Exemplo concreto disso são os presos políticos que foram encarcerados em manicômios durante a ditadura militar. Na intenção de silenciá-los, muitos acabaram enlouquecidos. A marca da loucura foi atribuída ao longo de séculos aqueles que confrontavam o *status quo* e/ou desviavam do que seria considerado padrão de normalidade.

De acordo com o percurso apresentado no primeiro capítulo, a loucura em si não está em processo de desconstrução, o que tem ocorrido são mudanças nas concepções acerca da loucura e sobre as formas de lidar com ela. Conforme apresentado por Fraser (2001), políticas de reconhecimento não geram necessariamente redistribuição, nem mesmo o contrário. Porém, o caso específico que vem sendo analisado nesta tese, de uma política voltada para a inserção laboral de pessoas com transtorno mental, aponta para a importância de possibilitar espaços concretos e experiências reais que confrontem concepções equivocadas sobre a vivência da loucura. Nesta perspectiva, a forma de enfrentamento às injustiças defendida por Fraser como a mais bem sucedida, a transformação, que prevê uma sociedade sem dualidades, conflitos e diferenças, não comporta a loucura, o sofrimento que ela causa, nem mesmo as contradições que ela evidencia.

Analisando a questão do reconhecimento a partir da noção de valor social, o sociólogo Alain Caillé (2008:66) defende que reconhecer um indivíduo ou um grupo específico é admitir seu valor social e, conseqüentemente, investi-lo de poder para que se autovalorize. Na perspectiva de Caillé, a justiça social não estaria no reconhecimento

propriamente dito, mas na capacidade dos indivíduos de compartilharem entre si seus potenciais de valorização social. A concepção de Caillé induz a pensar uma leitura diferenciada da política estudada nesta tese, que seria compreendê-la como uma estratégia de valorização e empoderamento que permitiria que os grupos beneficiários dessa política pudessem, com o subsídio dessa política, aumentar ou recuperar seu potencial de estabelecer trocas ou, na concepção Maussiana, doações.

A possibilidade de participar de trocas sociais no ambiente da cooperativa serviria de porto seguro para que esses indivíduos pudessem estabelecer relações fora desse espaço de forma protegida. A cooperativa poderia atuar como agenciadora e ao mesmo tempo oferecer seu poder de contratualidade aos cooperados. Tudo isso permeado pelos fatores identitários envolvidos nesse processo. Circular pela comunidade afirmando-se cooperado ou pertencente a uma cooperativa confere a esse indivíduo a possibilidade de vivenciar outras formas identitárias e, a partir daí, exercer outros papéis e ocupar outros lugares sociais. Estar amparado por um coletivo, por uma rede de apoio e solidariedade, por um lado favorece a valorização e o reconhecimento de si e dos demais componentes do grupo e, por outro, oferece suporte para sua integração social em outros termos. Em seus estudos sobre o setor informal de trabalho Girard observou que quando os trabalhadores se organizam em cooperativas verifica-se que

uma identidade social diferente se desenha. Uma maneira de agir socialmente se manifesta e um engajamento social se afirma. Surge aí a construção de um “Nós” que permite um esforço em direção à integração social, mesmo quando a sobrevivência econômica é precária (2001:138).

Para a socióloga, as cooperativas são espaços de socialização secundária, mas que privilegiam formas de socialização primária, marcadas por relações que tendem a reestabelecer vínculos sociais que foram rompidos (op cit, p.155). No caso da saúde mental e dos demais segmentos do cooperativismo social, a organização cooperativista permitiria reestabelecer os vínculos rompidos por experiências de estigmatização e exclusão. Cabe lembrar aqui que parte significativa desses segmentos passou por processos de institucionalização que deixaram marcas profundas na identidade social e subjetiva desses indivíduos.

A proposta de investir numa política pública que estabelece o trabalho associado como identidade coletiva, que se assenta sob o marco ético antimanicomial e sob o marco político-ideológico da economia solidária, tende a dialogar mais com a questão da valoração social proposta por Caillé, do que com uma estratégia pautada na eliminação da contradição e das diferenças.

O segundo momento do processo de construção da Política de Saúde Mental e Economia Solidária tem como marco a Conferência Temática de Cooperativismo Social. Este segundo momento, que será apresentado no próximo capítulo, aproxima-se da proposta de Caillé, emergindo sob a chancela do cooperativismo social, como estratégia que agregaria reconhecimento e redistribuição.

CAPÍTULO IV

4. COOPERATIVISMO SOCIAL E POLÍTICAS PÚBLICAS

Este capítulo apresenta e analisa as principais ações para inserção laboral de usuários de saúde mental, no âmbito do governo federal, a partir da I Conferência Temática de Cooperativismo Social, ocorrida em 2010. Este segundo momento do percurso de construção de políticas de inserção laboral no campo da saúde mental é marcado pelo investimento no tema do cooperativismo social, a partir de uma perspectiva intersetorial, tem como marco a I Conferência Temática de Cooperativismo Social. O foco passa a ser a sustentabilidade dos grupos, para que venham a se tornar empreendimentos de fato e possam conquistar autonomia econômica e, principalmente, de gestão.

Este capítulo é aberto com a I Conferência Temática de Cooperativismo Social, partindo da compreensão de que este evento inaugura essa nova etapa do processo de construção da Política de Saúde Mental e Economia Solidária. Em seguida são apresentados o II Encontro Nacional de Experiências de Geração de Trabalho e Renda da Saúde Mental e o PRONACOOP SOCIAL. Como pano de fundo, o capítulo traz elementos que contextualizam o momento político vivido pela PNSMAD/MS, com as ações direcionadas ao enfrentamento do crack e as mudanças na gestão da ATSMAD/MS.

Por fim, o capítulo analisa a Política e seus desdobramentos, a partir de três elementos: a constituição de referenciais conceituais, a instituição de referenciais jurídicos e o processo de construção da política pública em si.

4.1 I Conferência Temática de Cooperativismo Social

A I Conferência Temática de Cooperativismo Social foi convocada pela SENAES como parte da etapa preparatória da II Conferência Nacional de Economia Solidária (II CONAES). As conferências temáticas tiveram como objetivo “sensibilização, mobilização, articulação e promoção do debate em seus temas específicos, no processo de construção da Conferência Nacional” (BRASIL/MTE, 2010b:6). Além da Conferência Temática de Cooperativismo Social, foram realizadas conferências com os temas: formação e assessoramento técnico, finanças solidárias, 3) etnodesenvolvimento, comercialização justa e solidária, e cooperativismo solidário.

Todas as conferências temáticas foram organizadas por recomendação do Conselho Nacional de Economia Solidária, exceto a Conferência Temática de Cooperativismo Social, que foi proposta pela SENAES⁹². A ideia de promover uma conferência temática sobre cooperativismo social contou com apoio da ATSMAD/MS, que estava também envolvida com a organização de sua IV Conferência Nacional. A Secretaria-Geral da Presidência da República, por meio do Programa Brasil Próximo, e o Ministério da Justiça também apoiaram a Conferência Temática.

Com objetivo de aproximar a Conferência Temática de Cooperativismo Social dos debates das demais conferências temáticas, articulada à SENAES, a ATSMAD/MS indicou Teresa Monnerat, como representante do Ministério da Saúde, para participar da Conferência Temática de Cooperativismo Solidário. A participação de Monnerat nesta conferência possibilitou que o tema do cooperativismo social fosse integrado às discussões do cooperativismo solidário, inclusive com recomendação específica no caderno temático desta conferência:

garantir às **cooperativas sociais** o acesso ao mercado com isenção e/ou redução de impostos assegurando vantagens nas licitações garantir que os benefícios de seguridade e proteção social dos integrantes das cooperativas sociais sejam preservados pelo menos até que os ganhos do trabalho cooperativo sejam suficientes em valor e regularidade para permitir sua dispensa (BRASIL/MTE, 2010b:56).

Este foi um grande diferencial do evento, pois desde a Oficina Nacional, em 2004, a economia solidária era quem fazia a incursão no campo da saúde mental. A partir da Conferência Temática de Cooperativismo Social a saúde mental teve que se inserir, desde as etapas locais e as conferências temáticas, até a II Conaes, no campo da economia solidária, expondo e defendendo sua pauta.

Apesar do apoio da ATSMAD/MS, do Brasil Próximo e do MJ, este evento foi o primeiro da série de encontros sobre inserção laboral e saúde mental convocado e organizado pela SENAES. Além disso, foi o primeiro evento organizado pelo governo federal que teve como foco o cooperativismo social como estratégia agregadora dos

⁹² Por isso as resoluções da Conferência Temática de Cooperativismo Social foram publicadas em caderno separado das demais Conferências Temáticas.

debates e das ações que vinham sendo delineadas desde 2004, e atribuindo amplitude ao tema com a inserção de outros segmentos do cooperativismo social⁹³.

Em 2010, a SENAES/MTE e a ATSMAD/MS estavam envolvidas com as discussões em torno da criação de um programa de apoio ao cooperativismo social. Esta proposta surgiu no âmbito do Acordo de Cooperação entre o governo brasileiro e algumas regiões da Itália, que deu origem ao Brasil Próximo. O Programa Nacional de Apoio ao Cooperativismo Social - PRONACOOP SOCIAL - seria um mecanismo institucional de apoio às iniciativas de geração de renda da saúde mental, que resguardaria o significado simbólico da lei 9867/1999 para o campo da saúde mental e driblaria os impasses referentes ao marco jurídico sobre o tema. Conforme apresentado no capítulo anterior, a SENAES e a ATSMAD/MS compunham este acordo desde 2005, ambas como referência para o tema do cooperativismo social.

O primeiro rascunho do PRONACOOP SOCIAL foi elaborado por Pedro Gabriel Delgado⁹⁴, sua primeira versão contou com contribuições de Fábio Sanchez, secretário adjunto da SENAES/MTE. A minuta do decreto que instituiria o programa foi compartilhada com os demais participantes do grupo que se reunia para discussão do tema a convite da secretaria executiva do Programa Brasil Próximo. Além da ATSMAD/MS e da SENAES, a minuta teve contribuições de representantes do Ministério da Fazenda, do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, do Ministério da Previdência Social, da Secretaria-Geral da Presidência da República e do Gabinete do Presidente da República. A partir da mobilização em torno do PRONACOOP SOCIAL, a Conferência Temática de Cooperativismo Social acabou ganhando vulto intersetorial, o que se refletiu, inclusive, na composição do público reunido durante o evento.

Em seu arranjo final, a Conferência Temática foi convocada oficialmente pelo Ministério do Trabalho e Emprego (devido à II CONAES), pelo Ministério da Saúde (devido à IV CNSM- Intersetorial), pelo Ministério da Justiça (devido às discussões sobre inserção laboral dentro do sistema prisional), pela Presidência da República (devido ao

⁹³ Vale lembrar que, em 2009, a Escola de Enfermagem da USP realizou um seminário internacional sobre cooperativismo social, que contou com apoio de várias entidades do estado de São Paulo e, a nível federal, do Ministério da Saúde.

⁹⁴ Durante reunião com Teresa Monnerat e Rita Martins, o rascunho feito por Delgado encontra-se arquivado pela pesquisadora.

Programa Brasil Próximo) e pela Secretaria Especial de Direitos Humanos (em virtude da parceria com a ATSMAD/MS). Por isso, a comissão organizadora⁹⁵ da Conferência Temática foi composta por representantes de cada uma dessas entidades e de seus respectivos indicados da sociedade civil. A convite da ATSMAD/MS compôs a comissão organizadora do evento representantes da ITCP/COPPE/UFRJ, do MNLA, da RENILA e da Escola de Enfermagem da USP, esta última pela mobilização em torno do tema do cooperativismo social no estado de São Paulo. A SENAES convidou a Unisol BRASIL e aceitou a participação de um pesquisador que solicitou à secretaria acompanhar o processo da conferência.

A Conferência Temática de Cooperativismo Social teve como lema *Trabalho e direitos: cooperativismo social como compromisso social, ético e político*. Seguindo essa perspectiva, a comissão organizadora da conferência atribuiu três objetivos principais ao evento:

- Subsidiar a elaboração de políticas públicas intersetoriais de apoio e fomento aos empreendimentos que se organizem nos moldes cooperativistas, formais ou informais, que tenham como objetivo principal a inserção social e econômica de pessoas em situação de desvantagem, por meio do trabalho;
- Promover a intersectorialidade nos debates acerca do cooperativismo social para uma maior integração entre os diferentes segmentos sociais incluídos na Lei 9867/1999, com a finalidade de criar um projeto comum, permitindo o desenvolvimento de uma rede de apoio mútuo entre os diversos grupos envolvidos;
- Subsidiar as Conferências Nacionais de Economia Solidária e de Saúde Mental para contribuir com a formulação e a consolidação de políticas intersetoriais de apoio ao cooperativismo social (BRASIL/MTE, 2010b:7). [grifos da pesquisadora]

⁹⁵ **Governo Federal:** Fábio Sanchez (SENAES/MTE), Pedro Gabriel Delgado (ATSMAD/MS), Milena Leal Pacheco (ATSMAD/MS), Teresa Monnerat (ATSMAD/MS), Maria Cristina Sampaio Lopes (Secretaria-Geral da Presidência da República), Lécio Lima Costa – Presidência da República/Gabinete do Presidente), Wandir Anastácio Júnior (MJ). **Sociedade civil:** Gonçalo Guimarães – ITCP/COPPE/UFRJ, Iracema Polidoro (MNLA), Rosemeire Silva (RENILA), Jorge Broide (pesquisador/UNIBAN), Leonardo Campos (INTEGRA/UNISOLBRASIL), Ana Luiza Aranha (Escola de Enfermagem/USP), Fernanda Nicácio (Colaboradora ATSMAD/MS), Rita Martins (Colaboradora SENAES/MTE).

Em 2010 fui contratada pelo Ministério do Trabalho e Emprego para prestar consultoria à SENAES na área do cooperativismo social, o que envolveu apoio à Conferência Temática e elaboração de pesquisas e material didático.

O segundo objetivo deixa clara a proposta do evento de afirmar o caráter intersetorial do cooperativismo social e a necessidade de mobilizar e articular segmentos sociais em situação de desvantagem numa perspectiva comum. Outro foco do evento foi a questão das políticas públicas, objeto tanto do primeiro quanto do terceiro objetivo da conferência. Durante o encontro os debates foram estruturados a partir de três eixos: marco conceitual do cooperativismo social, marco jurídico e políticas públicas intersetoriais para o cooperativismo social.

O evento reuniu 140 participantes, delegados e convidados, representantes dos seguintes segmentos: I) Representantes do Poder Público (federal, estadual e municipal); II) Organizações da sociedade civil: entidades de fomento e apoio aos segmentos que compõem o cooperativismo social, entre elas ONG's, universidades, entidades de pesquisa e movimentos sociais e populares; e III) representantes de iniciativas de cooperativismo social (formais ou informais) (BRASIL/MTE, 2010b:8)⁹⁶.

A mesa de abertura do evento foi composta por Pedro Gabriel Delgado (ATSMAD/MS), Paul Singer (SENAES/MTE) e Cristina Sampaio (Programa Brasil Próximo). A mesa foi coordenada por Ivair dos Santos, representante da Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República.

Paul Singer abriu a mesa pontuando a importância do cooperativismo social como oportunidade digna de acesso a direitos e como estratégia de enfrentamento à exclusão e as suas sequelas, num esforço de oferecer igualdade de condições aos excluídos. Singer afirmou também que a parceria com a saúde mental e o cooperativismo social seriam as mais recentes expressões de vanguarda da economia solidária.

Em sua palestra, Pedro Gabriel Delgado enfatizou o componente do cooperativismo social que afirma a capacidade produtiva dos associados, como instrumento de combate ao estigma. Delgado surpreendeu ao abordar o tema dos efeitos terapêuticos do trabalho, deslocando a questão da atividade laboral para a noção de terapêutico.

Viver é terapêutico. Tem uma frase dos italianos, dessa tradição do Basaglia, que até é nome de um livro famoso que chama "A liberdade é terapêutica". Ficar feliz por estar fazendo coisas que são produtivas

⁹⁶ A lista de participantes está no anexo do caderno temático da conferência que pode ser acessado nos sítios eletrônicos do Ministério da Saúde (www.saude.gov.br) e Ministério do Trabalho e Emprego (www.mte.gov.br).

e que melhoram a sua vida é terapêutico. Então nós estamos progressivamente, eu to falando nós da área psi, progressivamente superando algumas ideias muito ingênuas, do ponto de vista teórico, que existiam anteriormente que separavam o componente terapêutico daquilo que era o componente da produção de vida, da produção de sociabilidade, de significação. A produção de significação, de sentido, é terapêutica.

Delgado sublinhou ainda três desafios que precisariam ser enfrentados e que deveriam ser objeto dos debates da Conferência Temática. O primeiro seria a questão da sustentabilidade dos empreendimentos, que requer financiamento e normatização que visassem à autonomia financeira dos grupos. O segundo desafio seria tornar os empreendimentos mistos, garantindo o protagonismo e a autonomia das pessoas em desvantagem do grupo. O terceiro desafio seria assegurar por meio de um marco legal o segundo desafio. Isto porque a lei de cooperativas sociais vigente determina que pessoas que não são consideradas em desvantagem somente podem participar do empreendimento como voluntárias.

Cristina Sampaio apresentou o contexto do Programa Brasil Próximo e o debate do cooperativismo social dentro do acordo com as regiões italianas, cenário apresentado no capítulo anterior.

A conferência temática contou também com mais duas mesas, a primeira sobre os Marcos Conceitual e Jurídico do Cooperativismo Social. E a segunda, sobre Políticas Públicas Intersetoriais para o Cooperativismo Social.

A primeira mesa foi coordenada por Lécio Costa, representante do gabinete do Presidente da República, e contou com a participação de Fernanda Nicácio, que abordou a questão do Marco Conceitual; e Fábio Sanchez que apresentou a discussão sobre o Marco Jurídico.

Nicácio falou sobre a experiência de cooperativismo social em Trieste, pontuando a importância de pensar a relação entre fracos e fortes, através de políticas públicas fortes, que promovam a inserção daqueles considerados frágeis, em desvantagem, garantindo oportunidade de acesso a todos. Defendeu a proposta de lugares reais de trabalho, em contrapartida a ideia de trabalho protegido, que acabaria reproduzindo e afirmando estigma de incapacidade e invalidação. Trouxe também a questão da remuneração dos usuários, que

deveria ser ponto de partida e não ponto de chegada nos empreendimentos. Para Nicácio, o trabalho não deveria ser compreendido como prêmio, mas sim como exercício de direito e cidadania. Pontuou também a proposta de experiências mistas, com pessoas de diferentes grupos populacionais.

Sanchez colocou a importância de assegurar os direitos dos trabalhadores que estão organizados de forma coletiva e em cooperação. Lembrou que atualmente somente o trabalho subordinado tem reconhecimento institucionalizado e que, por isso, seria necessário garantir que outras formas de trabalho também tenham seus direitos reconhecidos plenamente. Pontuou que o direito não cria realidades, apenas regula o que já existe, como foi no caso da lei 9867/1999, que institui as cooperativas sociais. Apesar da lei, o cooperativismo social sofre muitas dificuldades, algumas compartilhadas com outros empreendimentos econômicos solidários, outras específicas às pessoas em situação de desvantagem. Entre as similaridades, os empreendimentos do cooperativismo social estão em sua maioria absoluta na informalidade. Mesmo aqueles organizados em associações são informais do ponto de vista econômico, já que este tipo de forma jurídica não tem finalidade econômica.

Como entraves da lei de cooperativas sociais, Sanchez pontuou os vetos sofridos pela lei, que não determina a quantidade de pessoas em desvantagem que uma cooperativa social deve ter. Pontuou ainda a questão dos direitos civis das pessoas com transtorno mental, que impede que pessoas com transtorno mental tenham direito de votar e de serem votadas. Lembrou ainda entraves em relação à previdência social e ao acesso a benefícios sociais, que são direitos conquistados e que, ao se associar a uma cooperativa, o beneficiário precisa abdicar. Colocou desafios específicos a diferentes segmentos sociais do cooperativismo social. Por fim, afirmou a importância de que a mudança da lei venha acompanhada de políticas públicas de crédito, de formação, de acesso ao mercado, de apoio e fomento de forma geral.

Durante o debate aberto à plenária, o assessor jurídico da Unisol BRASIL, Marcelo Mauad, propôs oferecer aos grupos outras opções de organização além da cooperativista, devido às dificuldades burocráticas para constituição formal deste tipo de empreendimento. Como proposta, Mauad sugeriu incluir associativismo e sociedade simples como meios de formalização dos empreendimentos. Pontuou a importância do incentivo e apoio estatal a

estes empreendimentos, e propôs tratamento diferenciado a associações formadas por pessoas em desvantagem.

A segunda mesa teve como tema *Políticas Públicas Intersetoriais para o Cooperativismo Social* e foi composta por Teresa Monnerat, representante do Ministério da Saúde; Jorge Pacheco, usuário trabalhador da GerAção-POA; Ana Cristina Oliveira, do Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN/MJ); José Oumiro, associado da COOPERESO, Cooperativa de Egressos do Sistema Penitenciário de Santa Rosa-RS; e Josenir de Oliveira, psicóloga do Hospital Universitário de Brasília. Petrônio Barros, da Intecoop-UFJF, coordenou a mesa.

Teresa Monnerat fez uma retomada do processo de articulação entre saúde mental e economia solidária no âmbito das políticas públicas do governo federal, desde a Oficina Nacional, passando pelo GT e a Turma Nacional, até parceria com a ITCP/COPPE/UFRJ para consolidação de uma Rede Nacional de Empreendimentos Solidários da Saúde Mental. Lembrou do Acordo com a Itália, pontuando que a complexidade do tema exigiu o envolvimento de outros setores do governo federal. Falou brevemente do PRONACOOP SOCIAL. Pontuou a importância do incentivo financeiro para reconhecimento dos gestores locais da questão da inserção laboral. Falou ainda sobre o PRONINC e a parceria com as incubadoras universitárias. A importância das organizações civis na construção da política. Colocou que cada vez mais a saúde mental está inscrita na economia solidária e que poderia estar mais atenta à rede de gestores públicos de economia solidária. Pontuou ainda a importância de registrar as experiências e o papel das universidades neste processo. Finalizou sua fala com duas perguntas à plenária, ambas retiradas do texto base da II Conaes:

Como o Estado e a sociedade podem reconhecer as formas associativas econômicas solidárias e os direitos sociais dos cidadãos e cidadãs que optam pelo trabalho associado em cooperação? E que políticas públicas são necessárias para avançar neste reconhecimento e dar conta das necessidades e demandas da economia solidária?

Jorge Pacheco falou sobre sua experiência como usuário da rede de saúde mental de Porto Alegre e como associado da GerAção-POA. Contou sobre sua participação no GT Saúde Mental e Economia Solidária. Pontua que a oficina de geração de renda ajudou na

sua inserção social e em sua aproximação da economia solidária, onde participava da rede, e das lojas e feiras e demais atividades da economia solidária. Para Pacheco a economia solidária auxiliou em seu processo de socialização, pois possibilitou trocas e relações de solidariedade. Colocou a necessidade de investir em parcerias intersetoriais, com universidades, ONGs, para fortalecimento dos grupos de geração de renda. Finalizou afirmando a importância de conhecer as necessidades dos usuários, o que pensam e quais suas habilidades, ressaltando o protagonismo dos usuários e de seus familiares.

José Oumiro contou que a cooperativa de egressos que foi formada em 2009, iniciou com cinco egressos que trabalhavam na construção civil como pedreiros e ajudantes de pedreiros. A ideia surgiu pela dificuldade de conseguir emprego devido ao preconceito. A cooperativa reunia na época de 25 a 30 egressos mais alguns profissionais que auxiliam na formação dos associados. A cooperativa oferece trabalho e profissionaliza o egresso e tem por objetivo maior enfrentar a situação de exclusão e discriminação desses egressos. Tiveram apoio da igreja local, e de uma empresa privada que vinha sofrendo problemas com o Ministério Público do Trabalho que considerou a contratação da cooperativa como terceirização. Defendeu que a cooperativa social tem por objetivo maior a comunidade, o auxílio às pessoas em situação de desvantagem. Desta forma, a cooperativa social não seria somente espaço de trabalho, mas também de formação.

Josenir de Oliveira falou sobre a importância de fortalecer as ações de inserção laboral voltadas ao público usuário de drogas. Oliveira trabalhava com redutores de danos, usuários ou ex-usuários de drogas, que auxiliavam no processo de reabilitação de dependentes químicos. Colocou o trabalho como fator de proteção já que, em sua experiência, verificou que os usuários que tinham trabalho estavam melhor localizados, mais bem inseridos. Sugeriu que os redutores de danos poderiam ser incluídos como segmento do cooperativismo social⁹⁷.

Ana Cristina Oliveira afirmou que havia pouco investimento do governo federal nos egressos, que o estigma de ex-presidiário ainda é forte e dificulta a inserção no mercado de trabalho. Contou que o DEPEN havia celebrado convênio com entidades do

⁹⁷ Cabe lembrar que, em 2010, os ataques à PNSMAD, direcionados à condução do tema crack, álcool e outras drogas, tonavam-se cada vez mais intensos⁹⁷. Por isso, uma das falas da conferência temática foi reservada ao tema redução de danos, numa proposta de articulação com a economia solidária.

Sistema S (SESI, SEBRAE, SENAI, etc.), para integração de mulheres egressas do sistema prisional no mercado de trabalho, através de formação profissional dentro de presídios. O outro projeto apresentado por Oliveira era voltado a pessoas internas em manicômios judiciários, pessoas que carregam o duplo estigma da loucura e do crime. Finalizou colocando que a questão do protagonismo e da autonomia dentro do sistema prisional é contraditória, é um desafio que precisa ser superado, e que deveria ser discutido durante a conferência temática.

As discussões das mesas desse evento enfatizaram aspectos ligados à construção de políticas públicas, diferente da Oficina Nacional que teve como objetivos principais levantar o cenário e debater as experiências para subsidiar ações do poder público. Os debates dos grupos também seguiram a mesma tendência, com adensamento das discussões em torno dos conceitos, mas com resoluções mais propositivas tanto no marco jurídico quanto nas políticas públicas. O acúmulo de discussões, reflexões e experiências no campo da saúde mental sobre o tema da inserção laboral permitiu agregar diferentes segmentos, em diálogo com a economia solidária, sob chancela do cooperativismo social.

Após cada uma das mesas, a plenária se dividiu em grupos e discutiu os temas propostos por cada um dos eixos de discussão da Conferência (marco conceitual, marco jurídico e políticas públicas). O conjunto de propostas delineado pelos grupos foi apresentado e suas resoluções aprovadas pela plenária.

A plenária final foi coordenada por Pedro Gabriel Delgado e Milena Pacheco, com apoio de Iracema Polidoro, representando os movimentos sociais; Fernando Figueiredo, da Cooperativa Sonho de Liberdade, formada por egressos do sistema prisional, e relatoria de Rita Martins.

Delgado finalizou a plenária afirmando que a Conferência Temática foi um evento histórico, pois trouxe o tema da inclusão social pelo trabalho sob a chancela do cooperativismo social. Colocou que o cooperativismo social é um símbolo poderoso que reúne esforços de inclusão da Reforma Psiquiátrica, mas também de outros movimentos sociais que lutam pelos direitos de pessoas egressas de instituições totais. Acrescentou ainda que a Conferência Temática serviu de marco para decisão coletiva de tomar o

cooperativismo social como rumo. Na visão de Delgado, a partir daquele momento seria possível falar em nome de um movimento de cooperativismo social.

4.1.1 As resoluções da Conferência Temática de Cooperativismo Social⁹⁸

A plenária da Conferência Temática aprovou um total de 45 resoluções, distribuídas de acordo com os eixos marco conceitual, marco jurídico e políticas públicas. A minuta que daria origem ao decreto que instituiria o PRONACOOOP SOCIAL foi aprovada pela plenária e aparece no documento final da conferência como uma de suas resoluções⁹⁹. Além das resoluções, foram aprovadas duas moções, a primeira direcionada à Comissão Organizadora da II CONAES, solicitando a participação de 15 representantes da Conferência Temática de Cooperativismo Social, com objetivo de “contribuir e promover debates quanto às propostas apresentadas” (BRASIL/MTE, 2010b:13); e a segunda solicitando espaço dentro da IV CNSM-Intersetorial para realizar uma feira de cooperativismo social e economia solidária.

O texto na íntegra de cada uma das resoluções está no anexo da tese, a seguir serão pontuadas algumas das resoluções com objetivo de oferecer ao leitor um panorama geral do que foi aprovado pela conferência.

Eixo I – Marco Conceitual do Cooperativismo Social

Neste eixo foram aprovadas 6 resoluções. A primeira delas definiu o que são “iniciativas de cooperativismo social”, tomando como base a lei 9867/1999. O termo “iniciativas”, utilizado pela Conferência, deu amplitude ao conjunto de experiências consideradas manifestações do cooperativismo social, incluindo aquelas que não estão circunscritas à noção de cooperativa social. Essa opção tende a transpor fragilidades da lei, redirecionando o foco da ideia de cooperativa social para a noção de cooperativismo social, que remeteria à prática em desenvolvimento em detrimento à imobilidade imposta por uma forma jurídica. Nesta perspectiva seriam incluídas experiências coletivas, em

⁹⁸ As resoluções na íntegra estão no anexo 4 (p.285).

⁹⁹ O texto da minuta está no anexo 6 (p.294).

desenvolvimento nos Caps ou fora deles, que não se configurariam, necessariamente, cooperativas sociais, mas que teriam o esforço cotidiano de trabalhar no sentido da inclusão social e econômica de pessoas em situação de desvantagem. Comporia este universo as oficinas de produção, os grupos de geração de renda, os empreendimentos solidários da saúde mental e de outros segmentos da lei 9867/1999, entre outras formas de organização para geração de trabalho e renda. Além disso, cooperativismo social englobaria diferentes agentes que atuam neste campo, desde entidades de assessoria, empreendimentos e pessoas que militam em prol desta proposta, o que induziria, até mesmo, a proposição de um movimento social.

Outro ponto que precisa ser sublinhado na definição da Conferência Temática é o fato de, como no caso da lei 9.867/1999, atrelar a definição de desvantagem à peculiaridade individual ou de um determinado segmento da população, desconsiderando em seu texto a responsabilidade da sociedade civil e do poder público por esta desvantagem. A importância conferida às condições física, mental ou situação social específica de determinados grupos são características de uma sociedade desigual, que não está preparada para lidar com as diferenças. A vida cotidiana desses grupos é cheia de interditos e restrições sociais impostas, por exemplo, pela inacessibilidade de alguns ambientes, por noções questionáveis de inteligência, capacidade e competência social, pela própria inabilidade da população em geral de não utilizar a linguagem de sinais, pela falta de material publicado em braile, pela violência enfrentada cotidianamente através de atitudes públicas hostis, opressivas e segregadoras (DINIZ, 2007:21). As resoluções cinco e seis do mesmo eixo I dialogam com esta questão, a primeira afirma a necessidade de que a sociedade reconheça e se sensibilize ao tema da inserção laboral e a segunda convoca o poder público a comprometer-se com esse processo.

Outro elemento importante posto pela definição aprovada pela Conferência Temática foi a utilização do termo empreendimento, que trouxe a discussão para o plano da economia, agregando um sentido diferenciado ao trabalho desenvolvido por essas iniciativas. A noção de empreendimento remete à ideia de investimento, de dedicação, diferente da noção de oficina, onde se espera encontrar alguém que vai conduzir o processo de trabalho, que vai ensinar algo que não se sabe. Inclusive, uma das resoluções do marco

conceitual é de que as iniciativas de cooperativismo social estejam fora dos espaços de tratamento.

A resolução três trouxe os conceitos de redes e cadeias, comuns ao campo da economia solidária, que conferem um caráter coletivo que vai além da organização interna do empreendimento, referindo-se as relações entre empreendimentos através de arranjos coletivos que podem envolver comercialização, etapas de produção, consumo, etc. Além disso, esta resolução institui pontes conceituais entre cooperativismo social e economia solidária.

Eixo II – Marco Jurídico do Cooperativismo Social

Este segundo eixo reuniu 10 resoluções, dentre estas, cinco estão relacionadas à lei 9867/1999. Houve resoluções divergentes, uma que propôs a regulamentação da lei (resolução 7) e outra a criação de uma nova legislação (resolução 16). No sentido da regulamentação, a resolução 8 sugeriu a proporcionalidade entre os membros, definidos pela lei em duas categorias: pessoa em desvantagem e sócio voluntário, mas com maioria de pessoas em desvantagem na condição de sócios cooperados. Essa resolução coloca as duas categorias de sócios em igualdade de condições dentro da cooperativa social, o que não assegura que a maioria de pessoas em desvantagem garanta o protagonismo e a autonomia dessas pessoas no grupo.

A resolução 13 propôs a isenção de tributos e o reconhecimento das iniciativas de cooperativismo social como de utilidade pública.

Sobre uma nova legislação, a plenária aprovou a resolução 15, que defende a criação de um grupo de trabalho para rediscutir a lei 9867/1999. Essa resolução afirmou ainda a necessidade de marcos legais para, nas palavras do texto, *reconhecimento do grupo social* (op cit, p.10). É neste mesmo argumento que a lei 9867/1999 tem encontrado sustentação, na medida em que reconhece os segmentos dispostos em seu texto, afirma seu direito ao trabalho e, conseqüentemente, sua capacidade para exercer atividades laborais. Reconhecer significa ainda admitir que existe uma dívida do Estado com estes grupos e que, no caso da lei 9867/1999, permanece em aberto, demandando respostas. Neste sentido, o reconhecimento simbólico por si não é suficiente, ele demanda vir acompanhado de políticas públicas que promovam acesso a trabalho, educação, lazer, cultura, entre outros direitos de cidadania.

Eixo III – Políticas Públicas Intersectoriais para o Cooperativismo Social

O eixo III, referente às políticas públicas, foi o que mais reuniu resoluções, totalizando 29 itens. As resoluções deste eixo abordaram os seguintes pontos: cooperativismo social como política de Estado, políticas de proteção social ao cooperativismo social, apoio a formação profissional e assessoria técnica aos empreendimentos, acesso a recursos financeiros, bolsa trabalho e benefícios sociais. A resolução de número 20 fez referência ao PRONACOOOP SOCIAL, que teve sua minuta aprovada pela plenária da conferência temática.

Apesar da maioria dos participantes ser da saúde mental, o conjunto das propostas refletiu uma visão intersectorial na abordagem do tema, trazendo diferentes atores e políticas de forma articulada. Como resultados em curto prazo dessa conferência temática, a II CONAES e a IV CNSM reservaram espaços destinados à divulgação e debate sobre o cooperativismo social, com ampla distribuição do caderno com as deliberações da plenária. Além disso, a IV CNSM disponibilizou espaço para que iniciativas de cooperativismo social expusessem e comercializassem seus produtos.

4.1.2 Reflexos da Conferência Temática na II CONAES e na IV CNSM

A II Conferência Nacional de Economia Solidária ocorreu em Brasília nos dias 06 a 08 de junho de 2010, com a participação de 1.613 pessoas, entre delegados e convidados. A Conferência Temática de Cooperativismo Social conseguiu 8 vagas para participar da II CONAES, sendo 4 para convidados e 4 para expositores. Segundo documento da Comissão Organizadora da Conferência Temática, as vagas não foram preenchidas pela dificuldade de estabelecer critérios democráticos e participativos para a escolha dos representantes e pela impossibilidade de apoio para passagens e diárias para deslocamento à Brasília. Apesar disso, a II CONAES contou com a participação de representantes da saúde mental que estiveram presentes como delegados eleitos em suas localidades e alguns convidados. Entre os delegados foram identificadas pessoas de São Paulo-SP, Fortaleza-CE e Rio de Janeiro-RJ. Participaram como convidados representantes do Ministério da Saúde.

As pessoas da saúde mental que participaram da II CONAES formaram um grupo que se mobilizou para cobrir espaços de discussão, divulgando as resoluções da conferência temática e trazendo à pauta o tema do cooperativismo social. No espaço institucional reservado ao Ministério da Saúde foram distribuídos cadernos com as resoluções da conferência temática¹⁰⁰.

O documento final da II CONAES reuniu resoluções que abordam especificamente o tema do cooperativismo social e questões afins¹⁰¹. O primeiro eixo, que trouxe um balanço sobre a Economia Solidária, incluiu debates em torno da lei de cooperativas sociais e a interlocução da economia solidária com a saúde mental (BRASIL/MTE, 2010b:17). O eixo II do documento, intitulado *Direito a formas de organização econômica baseadas no trabalho associado, na propriedade coletiva, na cooperação, na autogestão, na sustentabilidade e na solidariedade, como modelo de desenvolvimento*, que concentrou um número maior de resoluções sobre a temática, e também abordou a questão do marco jurídico.

Em consonância com o que foi aprovado pela plenária da Conferência Temática de Cooperativismo Social, a resolução 47 da II CONAES afirmou o apoio da economia solidária ao cooperativismo social e enumerou uma série de reivindicações postas pela conferência temática, desde a isenção tributária até as questões relativas aos benefícios previdenciários. O texto desta resolução incorporou parte significativa das resoluções sobre marco jurídico da conferência temática ao documento final da II CONAES, e ainda defendeu uma nova legislação para o cooperativismo social.

A resolução 59 colocou que a Política Nacional de Economia Solidária deve assegurar que as cooperativas sociais sejam consideradas uma das formas de organização societária dos empreendimentos econômicos solidários. A resolução seguinte afirmou a necessidade de incluir beneficiários de programas sociais, priorizando aqueles que estão em situação de vulnerabilidade social, como é o caso dos segmentos dispostos na lei 9867/1999, como público alvo da Política Nacional de Economia Solidária (op cit,

¹⁰⁰ No mesmo local a Cooperativa Sonho de Liberdade, que participou da Conferência Temática, expôs bolas confeccionadas por artesãos egressos do sistema prisional. No encerramento da II CONAES a cooperativa presenteou Paul Singer com uma bola com a logomarca da conferência. A feira de empreendimentos econômicos solidários contou com a participação de grupos formados por usuários da rede pública de saúde mental.

¹⁰¹ As resoluções sobre Cooperativismo Social e temas afins da II Conaes estão sistematizadas no anexo 5 da tese (p.289).

2010b:24). Na sequência, a resolução 61, sobre o tema *direitos sociais do trabalho associado*, pontuou que é preciso considerar as especificidades dos segmentos sociais que compõem o cooperativismo social no acesso à seguridade social (op cit).

As resoluções 125 e 126 afirmaram as contribuições da economia solidária ao enfrentamento da exclusão social e que, por isso, outras políticas sociais deveriam se articular à economia solidária incorporando ações deste campo em suas respectivas pastas. *A saúde mental, os direitos humanos das pessoas com deficiência e o combate às drogas* são citados dentre um conjunto de políticas sociais (op cit, p.37).

Por fim, a resolução 129 da II CONAES fez menção à resolução 6 da conferência temática de cooperativismo social, pontuando a responsabilidade dos equipamentos públicos de atenção à saúde mental, aos jovens e adolescentes, aos deficientes e aos idosos no fomento à criação de empreendimentos econômicos solidários como espaços de promoção de autonomia e cidadania (op cit, p.37).

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial (IVCNSM-I) também foi realizada em Brasília, poucos dias depois da II CONAES, de 27 de junho a 01 de julho de 2010. O tema da Conferência foi a intersectorialidade para efetivação da Reforma Psiquiátrica, conforme apresentado no primeiro capítulo. Por isso, desde a sua convocatória, passando pela organização e mobilização, até sua composição final, contou com a participação de diferentes setores, com destaque para os direitos humanos e para a economia solidária.

Conforme proposto pela Conferência Temática de Cooperativismo Social, foi reservado um espaço para exposição e comercialização dos produtos dos empreendimentos solidários da saúde mental, chamado MOSTRA SOLIDÁRIA. A Cooperativa Sonho de Liberdade também participou com suas bolas feitas de couro.

O tema escolhido para mostra foi *trabalhar, construir direitos e produzir valores na perspectiva do cooperativismo social e da economia solidária*, em consonância com a Conferência Temática.

A comissão organizadora¹⁰² da mostra foi deliberada durante a plenária da Conferência Temática, a organização e a gestão da Mostra durante o evento foi

¹⁰² Composição: Milena Pacheco, Barbara Leite, Tereza Monnerat (ATSMAD/MS); Fernanda Nicácio (USP, colaboradora ATSMAD/MS), Rita Martins (Colaboradora SENAES/MTE), Neli Almeida (Instituto Franco Basaglia-RJ), Iracema Polidoro (APACOJUM, MNLA), Gonçalo Guimarães (ITCP/COPPE/UFRJ).

compartilhada pelos expositores com apoio da comissão e das incubadoras da UFRJ e da UFJF¹⁰³. Os técnicos das incubadoras acompanharam todo processo junto aos expositores, oferecendo assessoria na organização das barracas e na contabilização das vendas.

Segundo relatório final da IV CNSM, 22 empreendimentos¹⁰⁴ participaram da Mostra, com uma grande diversidade de produtos, desde adereços, vestuários, artesanato em geral, arte regional, material de papelaria, produtos alimentícios, até publicações e brinquedos¹⁰⁵.

A Mostra teve um espaço reservado à distribuição da publicação com as resoluções da Conferência Temática de Cooperativismo Social, com objetivo de divulgar e oferecer informações sobre o tema. A IV CNSM também contou com espaço institucional para distribuição de material sobre as ações da SENAES.

Além da Mostra, a IV CNSM teve como um dos painéis da mesa-eixo do evento, intitulada *Direitos Humanos e Cidadania como desafio ético e intersetorial*, o tema *Trabalho, Geração de Renda e Economia Solidária*. A mesa-redonda deste eixo contou com a participação do professor Paul Singer, secretário nacional de economia solidária; do deputado Paulo Delgado, autor da lei de cooperativas sociais; de Paulo Vanucchi, então secretário especial de direitos humanos; e Américo Córdula, do Ministério da Cultura. O painel *Trabalho, Geração de Renda e Economia Solidária* reuniu quatro expositores, Fábio Sanches, da SENAES/MTE; Teresa Monnerat (ATSMAD/MS); Ana Luisa Aranha (Bar Bibitantã-SP); Marta Soares (Suricato-MG). A mesa foi coordenada por Shirlei Silva (DF) e teve como debatedor Gonçalo Guimarães (ITCP/COPPE/UFRJ). A maior parte da mesa presente na Conferência Temática e em outros eventos sobre cooperativismo social e trabalho como forma de inclusão social.

Como resultado de toda essa mobilização foi aprovada uma série de resoluções sobre inserção laboral organizadas pela comissão de relatoria nos seguintes blocos temáticos: 1) princípios e diretrizes, 2) financiamento e incentivos para o trabalho, 3)

¹⁰³ A saber: Gustavo Portela (Técnico da ITCP/COPPE/UFRJ) e Petrônio Barros Ribeiro de Jesus (Coordenador da Intcoop/UFJF), ambos participaram da Conferência Temática de Cooperativismo Social.

¹⁰⁴ Participaram da Mostra empreendimentos provenientes das seguintes localidades: São Sebastião-AL, Brasília-DF, Goiânia-GO, Belo Horizonte-MG, Juiz de Fora-MG, Belém-PA, Rio de Janeiro-RJ, Rio das Ostras-RJ, Maringá-PR, Porto Alegre-RS, Natal-RN, São Paulo-SP, Santo André-SP, Mauá-SP, Divinópolis-TO e Palmas-TO (BRASIL/MS, 2011a:217-219).

¹⁰⁵ Ao final da IV CNSM os empreendimentos reuniram alguns produtos em uma cesta e presentearam a organização do evento, na ocasião subiram ao palco e pontuaram a importância do cooperativismo social e do trabalho como direito de cidadania.

estratégias para geração de renda, 4) inserção no mercado formal de trabalho, 5) estímulo ao cooperativismo e economia solidária, 6) direitos relacionados ao trabalho, e 7) educação e capacitação para o trabalho¹⁰⁶.

O bloco temático 1, que abrange as resoluções 655 a 659, versou sobre *princípios e diretrizes* sobre trabalho, cooperativismo social e economia solidária no campo da saúde mental. Alguns pontos das resoluções do bloco 1 merecem destaque, o primeiro deles é a ênfase no trabalho formal citando, inclusive, programas federais do Ministério do Trabalho, tais como Primeiro Emprego e Plano Nacional de Qualificação, que investem na qualificação profissional para inserção individual do trabalhador no mercado. Nesta mesma linha de atuação, foi enfatizada a parceria com serviços oferecidos pelo Sistema S (SEBRAE, SENAI, etc.). A questão do trabalho formal permaneceu como pauta dos usuários e familiares, sem resposta do governo federal, que vem apoiando e incentivando iniciativas de trabalho coletivo, na organização cooperativa e na articulação com a economia solidária.

As resoluções do bloco 1 destacaram a intersetorialidade como forma de alavancar a questão da inserção no trabalho e de acesso a direitos, tanto no que diz respeito ao trabalho formal quanto ao trabalho associado. Chamou atenção que entre os princípios e diretrizes não foram enfatizados nem o cooperativismo social, nem a economia solidária. Apesar disso, entre os blocos temáticos, há um que trata especificamente sobre esses temas e, do total de 42 resoluções sobre trabalho, 21 abordam economia solidária e/ou cooperativismo social, sendo que algumas dessas resoluções estão no bloco relativo ao mercado formal.

O bloco temático 2, sobre *financiamento e incentivos* para o trabalho, reuniu as resoluções 660 a 666. As resoluções deste bloco podem ser sintetizadas em três pontos: 1) recursos financeiros do poder público para fomento de iniciativas de geração de renda da saúde mental articuladas à economia solidária com tributação específica; 2) participação de empreendimentos da saúde mental em licitações públicas, e 3) bolsa trabalho. Todas as resoluções de subsídio total às experiências. Este bloco trouxe também um número significativo de referências à economia solidária como estratégia ou como forma de organização dos empreendimentos.

¹⁰⁶ As resoluções na íntegra estão no anexo 5 da tese (p.289).

O bloco 3, *estratégias para geração de renda*, abrangeu as resoluções 667 a 673. Este bloco apresentou resoluções que giraram em torno do fomento à criação de empreendimentos da saúde mental. Duas resoluções merecem destaque, a resolução 671, que propôs que a PNSMAD recomendasse que os projetos de inserção no trabalho deveriam ser desenvolvidos fora dos serviços de saúde mental, separando o que é espaço destinado a tratamento daquele reservado ao trabalho. E a resolução 668, que convocou os serviços de saúde mental a responsabilizarem-se pelo apoio aos usuários nos processos de inserção e permanência no trabalho.

O bloco 4, sobre *inserção no mercado formal de trabalho*, reuniu apenas três resoluções, da 674 a 676, sendo que duas fazem referência à economia solidária. As resoluções deste bloco pontuam a necessidade de cotas para usuários de saúde mental em empresas públicas e privadas.

O bloco 5, intitulado *estímulo ao cooperativismo e economia solidária*, reuniu as resoluções 677 a 681. Todas as resoluções deste bloco afirmavam a questão da intersetorialidade tanto nos projetos quanto no apoio aos empreendimentos. Três resoluções merecem destaque, a resolução 678, que propôs a criação de uma equipe que articulasse saúde, assistência social, economia solidária e outros agentes da comunidade na mobilização de projetos de inserção no trabalho. E a 681 que sugeriu flexibilização da lei geral de cooperativa, recomendando a inclusão dos segmentos do cooperativismo social e investimento para sustentabilidade desses empreendimentos.

O bloco 6 abordou a questão dos *direitos relacionados ao trabalho*, resoluções 682 a 685. As resoluções 682 e 685 recomendaram a revisão de concepções sobre a loucura que prejudicam a inserção social das pessoas com transtorno mental. A primeira diz respeito aos atestados de sanidade mental exigidos para ocupação de cargos públicos, que por princípio já excluem as pessoas com transtorno mental. Esta resolução propôs adotar como estratégia os atestados de capacidade para o trabalho, que redirecionam o foco para a questão do trabalho e não para a condição psíquica do trabalhador. Essa proposta é baseada nos debates em torno da adoção do CIF, código internacional de funcionalidade, que enfatiza as habilidades dos indivíduos na execução de diferentes atividades, ao invés do CID, código internacional de doenças, que restringe sua avaliação ao quadro

diagnóstico referente a uma determinada enfermidade. Ambos são códigos elaborados pela Organização Mundial da Saúde.

A resolução 685 recomendou redirecionar a compreensão de deficiência para questões atitudinais e ambientais que venham a impedir ou dificultar a inserção das pessoas na vida social, debate que vem sendo travado como luta dos deficientes, exposto anteriormente nesta mesma seção.

As resoluções 683 e 684 apresentaram questões relativas ao marco jurídico do cooperativismo social, tais como a garantia de seguridade social, redução de impostos e a manutenção de benefícios sociais aos trabalhadores em processo de inserção ou reinserção no trabalho. Os benefícios sociais aproximam a discussão do trabalho tanto da previdência quanto da assistência social. O público-alvo da previdência é formado em sua maioria por desempregados por incapacidade temporária para o trabalho (auxílio-doença), ou permanente (aposentadoria por invalidez ou tempo de contribuição). O benefício de prestação continuada (BPC) é concedido pela assistência social e, como os outros dois, operacionalizado pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS). As discussões em torno dos benefícios sociais não se restringem a esfera dos direitos de cidadania, eles são um componente importante na atribuição de sentido ao trabalho¹⁰⁷.

O bloco 7, sobre *educação e capacitação para o trabalho*, reuniu as resoluções 686 a 689. As resoluções deste bloco recomendam investimento na inclusão digital e assessoria junto às incubadoras. Curiosamente, nas propostas relativas ao Sistema Se a Plano Nacional de Qualificação, as resoluções afirmam a necessidade de seguir os princípios da economia solidária. O bloco 8, que trata do tema *garantia de direitos trabalhistas*, reuniu as resoluções 763 a 770. O tema do trabalho formal e as cotas foram retomados em algumas das resoluções deste bloco, questões como enfrentamento ao preconceito e à discriminação também foram enfatizadas neste bloco.

Analisando o conjunto das resoluções sobre trabalho, geração de renda e economia solidária, a IV CNSM apresentou uma diversidade grande de propostas, demonstrando avanços desde a III CNSM realizada em 2001. Apesar da maior parte das reivindicações da III CNSM permanecer como pauta desta última conferência, o documento final da IV

¹⁰⁷ Tema desenvolvido durante minha dissertação de mestrado (MARTINS, 2009)

CNSM mostrou que, além do crescimento efetivo do número de resoluções sobre o tema, houve uma articulação maior com outros setores na formulação das resoluções, demonstrando menos estranhamento sobre parcerias, entidades e termos relativos ao universo do trabalho. Foram citadas parcerias com diferentes programas do governo federal, entidades que oferecem capacitação profissional, noções próprias à economia solidária e uma gama diversificada de denominações atribuídas às iniciativas de geração de renda da saúde mental, que tendem a um distanciamento cada vez maior de uma concepção terapêutica do trabalho.

Quadro 7. Termos utilizados nas resoluções sobre trabalho da IV CNSM para fazer referência às iniciativas de geração de renda de usuários de saúde mental.

- Empreendimentos de economia solidária da saúde mental
- Projetos de geração de renda e economia solidária voltados para os usuários dos serviços de saúde mental
- Projetos de cooperativismo social e empreendimentos produtivos voltados para os usuários dos serviços de saúde mental
- Empreendedores solidários dos serviços de saúde mental,
- Projetos de geração de renda e empreendimentos produtivos desenvolvidos pelos usuários dos serviços de saúde mental e seus familiares
- Projetos ou empreendimentos coletivos de trabalho
- Empreendimentos produtivos
- Projetos de agricultura familiar com sustentabilidade ambiental voltados para famílias vinculadas à rede de saúde mental
- Empreendimentos solidários de usuários da saúde mental e de outros indivíduos em vulnerabilidade social
- Cooperativas, oficinas de geração de renda e entidades de economia solidária
- Empreendimentos sociais

Fonte: elaborado pela pesquisadora a partir do documento final da Conferência Temática

A maior parte dos termos utilizados para fazer referências às iniciativas de geração de renda que emergem dos serviços de saúde mental se refere a projetos e empreendimentos, apenas uma vez foi utilizado o termo oficina, mesmo assim “de geração de renda”. No caso dos projetos e empreendimentos, destacam-se os complementos: de inclusão social pelo trabalho, de economia solidária, produtivos, de cooperativismo social, coletivos, solidários. Parte significativa acompanhada de “voltados a”, “destinados a” ou “desenvolvidos por” usuários da saúde mental ou pessoas com transtornos mentais. No caso das ações do governo federal, foram utilizados os termos: política ou programa, acompanhados de: inclusão produtiva, geração de emprego/renda, economia solidária, economia solidária e inclusão social, cooperativismo social. Esse quadro sugere mudanças na abordagem da noção de trabalho no campo da saúde mental. Esta mudança vem sendo

incentivada pela PNSMAD, na medida em que oferece recursos financeiros para apoio à inserção laboral dos usuários, e também por tornar o tema pauta importante de seu conjunto de ações.

Contextualização do cenário político

Em 2010, ano em que aconteceram a Conferência Temática de Cooperativismo Social, a II CONAES e a IV CNSM, a PNSMAD passava por um momento de extrema vulnerabilidade, marcado por ataques constantes a condução do Ministério da Saúde à questão das drogas. Vale lembrar que o tema das drogas entrou para a pauta da saúde pública através da Reforma Psiquiátrica, em 2001, com a publicação da lei 10.216, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo de assistencial em saúde mental”. Até aquele momento o tratamento de pessoas que sofriam de dependência química permanecia vinculado à filantropia, à justiça ou à assistência social e a organizações da sociedade civil. A III CNSM reafirmou a questão do álcool e de outras drogas como pauta e, em 2002, foi aberto o primeiro Caps ad, equipamento da rede pública de saúde voltado à atenção especializada aos usuários de drogas. Desde aquela época o Ministério da Saúde já defendia como estratégia de tratamento a redução de danos, como alternativa à abstinência total do uso de drogas, utilizada por hospitais psiquiátricos, clínicas privadas e comunidades terapêuticas, o que rendeu a PNSMAD uma forte oposição.

Em meados de 2010 foi criada uma coalizão contra o crack, que chegou a reunir mais de 200 parlamentares, de diferentes correntes políticas, muitos ligados a comunidades terapêuticas, com perspectivas proibicionistas, mas também com a participação de parlamentares progressistas. Nesse período intensificou-se o debate sobre a internação compulsória, tornando-se política pública em cidades como São Paulo. Esta mobilização acabou pautando o SUS com o tema do crack.

Em respostas as duras críticas à PNSMAD, no que diz respeito ao tema das drogas, o Ministério da Saúde lançou, em 2009, o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no SUS (PEAD) e, no ano seguinte, em parceria com outros ministérios, o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack. Os dois planos tinham como diretriz a atenção psicossocial e a redução de danos no tratamento ao

uso abusivo de drogas, através de consultórios de rua, Caps ad e Caps ad III, Casas de Acolhimento Transitório (CAT) e leitos de atenção integral em hospitais gerais.

Em fevereiro de 2011 Pedro Gabriel Delgado anuncia sua saída da coordenação da ATSMAS/MS, após 7 anos a frente da equipe de saúde mental, álcool e outras drogas do Ministério da Saúde. No mês seguinte assume a coordenação o psiquiatra Roberto Tycanori, também importante ator da luta antimanicomial, muito conhecido por sua atuação junto ao processo de reforma psiquiátrica na cidade de Santos, em São Paulo. Tycanori assumiu a gestão da PNSMAD nesse momento de crise, investindo sua atenção numa resposta à demanda da presidenta Dilma Roussef de solução a curto prazo ao problema do crack.

O Plano desenhado por Tycanori e sua equipe teve como norte a intersetorialidade no enfrentamento ao problema do crack, reunindo ações de saúde, habitação, trabalho e educação. Vários setores do governo federal foram convocados a contribuir, a exemplo da SENAES, do Ministério das Cidades e da Secretaria de Direitos Humanos. O plano integrado elaborado pela área técnica foi engavetado, o ministro da saúde elegeu o tema da internação e o debate em torno das comunidades terapêuticas como agenda principal do Ministério da Saúde no enfrentamento ao crack, priorizando nessa estratégia a parceria com o Ministério da Justiça.

Apesar de diversas mobilizações tanto do poder público quando da sociedade civil, conforme documentado no relatório final da IV CNSM-Intersetorial, a presidenta Dilma Roussef, pressionada pela mídia e por setores religiosos importantes da base de apoio do governo, incorporou as comunidades terapêuticas ao SUS. No dia 07 de dezembro de 2011 foi lançado pelo governo federal o programa *Crack, é possível vencer!*¹⁰⁸, que envolve ações de prevenção, tratamento e repressão, integrando políticas de saúde e justiça.

A questão do crack e a mudança na gestão da ATSMAD/MS são eventos importantes que vão incidir diretamente na condução da PNSMAD e, conseqüentemente, na pauta relacionada à inserção laboral dos usuários de saúde mental. A concentração de esforços da ATSMAD/MS em torno do tema das drogas se refletiu na I Conferência

¹⁰⁸ Para mais informações acessar www.brasil.gov.br/crackepossivelvencer. Ver também: Decreto nº 7.637, de 8 de dezembro de 2011, que “altera o decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas”.

Temática com a inclusão de uma palestrante que enfatizou a questão das drogas e da redução de danos como pontos que precisariam ser agregados à agenda da conferência. Houve um aumento significativo do orçamento da ATSMAD para investimento no enfrentamento da crise que emergiu com o crack, o que possibilitou um maior investimento financeiro na questão da inserção laboral e do cooperativismo social, através das chamadas de seleção, que tiveram início em 2010 e permanecem em vigor como estratégia de apoio e fomento aos empreendimentos.

Ao mesmo tempo em que ocorreu uma mudança na gestão da ATSMAD/MS, aparentemente houve também uma releitura da área técnica sobre a condução da parceria com a SENAES e sobre a compreensão de que essa parceria tinha como resultado uma Política de Saúde Mental e Economia Solidária. A tendência apontada para a gestão intersetorial do tema do cooperativismo social paulatinamente foi dando lugar a uma condução delimitada pelo alcance institucional da Saúde Mental.

No final de 2011, a ATSMAD/MS realizou um II Encontro Nacional de Experiência de Geração de Trabalho e Renda de Usuários de Saúde Mental, que teve como lema “rumo ao cooperativismo social”. Diferente da previsão feita por Delgado no encerramento da Conferência Temática, que afirmava que o cooperativismo social como rumo, como caminho; no II Encontro, o cooperativismo social foi posto como algo ainda a ser alcançado.

4.2 II Encontro Nacional de Experiências de Geração de Trabalho e Renda da Saúde Mental: rumo ao Cooperativismo Social

Apesar da agenda da ATSMAD/MS estar tomada pela questão do crack, conforme apresentado na seção anterior, a área realizou, nos dias 6 e 7 de dezembro de 2011, o *II Encontro Nacional de Experiências de Geração de Trabalho e Renda da Saúde Mental: rumo ao Cooperativismo Social*. O encontro foi organizado por meio de convênio executado pela ITCP/COPPE/UFRJ, que estava em fase de encerramento¹⁰⁹. A ATSMAD/MS aproveitou essa oportunidade para encaminhar três agendas da área: 1) encerrou o ciclo de cursos oferecido pela incubadora sobre gestão de empreendimentos

¹⁰⁹ Aproveito para agradecer à coordenação na ITCP/COPPE/UFRJ, que cedeu a transcrição do evento para esta pesquisa. A transcrição foi feita por Juliana Cristina Tavares Realeiro, bolsista da Incubadora à época. As falas citadas na íntegra neste capítulo foram retiradas deste documento.

solidários para a saúde mental, 2) promoveu a quinta edição do Caia na Loucura, e 3) deu continuidade à pauta da Conferência Temática, retomando a I Oficina Nacional como um primeiro encontro de experiências de geração de trabalho e renda dos usuários de serviços de saúde mental.

Segundo relatório final do convênio executado pela incubadora da UFRJ, a primeira agenda, o ciclo de cursos, tinha como objetivo oferecer formação técnica para as pessoas inseridas nos projetos de geração de renda da saúde mental, visando o fortalecimento da Rede Brasileira de Saúde Mental e Economia Solidária (ITCP/COPPE/UFRJ, 2012a:6). Além do curso oferecido em plataforma virtual, o ciclo contou com encontros presenciais de abrangência regional que culminaram no encontro nacional. Do total de 355 inscritos, 116 concluíram o curso e receberam certificado emitido pela Universidade Federal do Rio de Janeiro.

A segunda agenda, o V Caia na Loucura, evento organizado desde a sua primeira edição pela ITCP/COPPE/UFRJ, teve como tema *inovação como ferramenta para o desenvolvimento e inclusão*. O tema foi debatido numa das mesas do II Encontro e contou com uma feira de empreendimentos da saúde mental. Esta quinta edição recebeu apoio do Ministério da Saúde, através do convênio para realização do ciclo de cursos.

A terceira agenda retomou a pauta da Conferência Temática, propondo à plenária a elaboração de propostas ao PRONACOOP SOCIAL, que na época ainda não tinha sido publicado. Em síntese, o *II Encontro Nacional de Experiências de Geração de Trabalho e Renda da Saúde Mental* teve como objetivo:

debater o cenário atual da rede brasileira de saúde mental e economia solidária. As estratégias de incubação, inovação tecnológica e sustentabilidade dos projetos. Um marco jurídico do cooperativismo social, bem como apresentar propostas para o programa nacional de apoio ao cooperativismo social (ITCP/COPPE/UFRJ, 2012a:3).

Passados quase dez anos da Oficina Nacional, que inaugurou a parceria com a economia solidária, o II Encontro trouxe como lema “rumo ao cooperativismo social”, reafirmando as resoluções da Conferência Temática e fortalecendo a proposta do PRONACOOP SOCIAL. A nova gestão da ATSMAD/MS, completando na época um ano na coordenação, teve um papel menos evidente no evento que na Oficina de 2004, em virtude do lançamento do Plano Crack, ocorrido no segundo dia do encontro. Por isso, o coordenador da área não compareceu ao evento. A conferência de abertura, intitulada

Política Nacional Saúde Mental e Economia Solidária: estratégias para consolidação, foi proferida pelo secretário nacional de economia solidária, prof. Paul Singer.

O II Encontro contou com a participação significativa de outros setores e atores sociais, cenário similar ao da Conferência Temática, quando teve início uma relação mais estreita com a justiça e com o público egresso do sistema prisional. A mesa de abertura pontuou essa tendência à intersetorialidade como forma de abordar a questão do cooperativismo social. Além da SENAES, que compôs a mesa da Oficina de 2004, e de representantes da UFRJ, universidade sede do evento, a mesa de abertura do II Encontro reuniu representantes do Ministério da Justiça, da Secretaria Nacional de Direitos Humanos, da Rede de Gestores Públicos da Economia Solidária e de usuários de saúde mental inseridos em experiências de geração de renda e trabalho¹¹⁰.

Após a conferência de Paul Singer, foi realizada uma mesa com *relatos de experiências de iniciativas do cooperativismo social*, composta por representantes da Suricato, de Belo Horizonte-MG; da GerAção-POA, de Porto Alegre-RS; da coordenação de saúde mental de Fortaleza-CE; da Rede de Economia Solidária e Saúde Mental de São Paulo; e da Cooperativa Sonho de Liberdade, criada por egressos do sistema prisional. A mesa foi coordenada por um representante da Incubadora da Universidade Federal de Juiz de Fora. A maior parte dos componentes da mesa participou da Conferência Temática, da II CONAES e da IV CNSM. A Suricato e a GerAção-POA participaram também da Oficina Nacional de 2004 e da Turma Nacional, integrando as mesas de experiências de ambos os eventos. Fortaleza foi um dos municípios que participou da Turma Nacional e do processo tutorial. A Rede de São Paulo é contemporânea à experiência de Fortaleza.

A mesa de experiências do II Encontro trouxe usuários como representantes dos empreendimentos, diferente da Oficina Nacional, quando somente técnicos foram enviados aquele evento para representar os grupos de geração de renda. A primeira fala da mesa foi

¹¹⁰ A saber: Paul Singer, secretário nacional de economia solidária; Milena Pacheco, assessora técnica da ATSMAD/MS; Railander Quintão Figueiredo, representante do Departamento Penitenciário Nacional do Ministério da Justiça; Aldo Zaiden, representante da Secretaria Nacional dos Direitos Humanos; Gonçalo Guimarães, coordenador da Incubadora Tecnologia de Cooperativas Populares da UFRJ; Maria Tavares Cavalcante, diretora do Instituto de Psiquiatria da UFRJ, representando a Reitoria da Universidade Federal do Rio de Janeiro; Walter Issamu Suemitsu, decano do Centro de Tecnologia da UFRJ; Vladimir de França, representante da Rede Nacional de Gestores Públicos de Economia Solidária; e Jorge Pacheco representante dos usuários de saúde mental inseridos em experiências de geração de renda e trabalho (ITCP/COPPE/UFRJ, 2012).

de Jorge Pacheco, da GerAção-POA, que havia sido representante dos usuários no GT Saúde Mental e Economia Solidária. Pacheco resgatou sua vivência em relação ao trabalho antes de sua primeira internação, quando trabalhava como publicitário, após a inserção no sistema de saúde mental, quando descobriu a poesia e a arte, sua participação nos grupos de geração de renda em seu município e sua articulação com a economia solidária e, finalmente, sua participação como membro do GT Nacional. Influenciado por todas essas vivências, Jorge Pacheco definiu o papel da oficina de geração de trabalho e renda no processo de inserção social dos usuários como um dos componentes da rede de saúde mental. Sua fala afirmou a inserção laboral como atribuição da rede de saúde mental, como parte do processo de reabilitação dos usuários. Nas palavras de Jorge Pacheco:

Oficina de geração de trabalho e renda: nela o usuário inicia sua inclusão social através do trabalho, tem aí o começo de um espaço, onde podemos vivenciar as vivências dele no trabalho, a participação na criação de desenvolvimento de produtos, a formação dos grupos de autogestão, a comercialização nos cursos de capacitação profissional, de marketing, de artesanato, de economia solidária. O usuário inicia as oficinas no gerenciamento das atividades aprendendo a fazer compras, avaliar a qualidade de sua produção, responsabilidade pelo livro caixa, investindo no trabalho coletivo e solidário (ITCP/COPPE/UFRJ, 2012b:58).

Pacheco compreende as oficinas como espaços de transição ao trabalho, como um espaço preparatório, um suporte ao trabalho real. A oficina como espaço protegido, como ensaio ao mundo do trabalho. Na perspectiva de Pacheco, a economia solidária surgiu como ponte para a externalidade dos serviços. Foi na economia solidária que Pacheco encontrou outro lugar social, o de artesão. A economia solidária também possibilitou espaços de socialização e participação comunitária e política, diferentes daqueles oportunizados pela saúde mental. Conforme complementa Pacheco:

Outra articulação importante se dá pela participação da rede de economia solidária como artesão, onde poderá comercializar seus produtos próprios como de outros grupos da rede de economia solidária, aumenta sua possibilidade de inclusão social, ao participar com responsabilidade do que propõem nas lojas, das feiras, eventos, seminários e demais atividades da economia solidária. A economia solidária para mim é uma experiência rica. Além do trabalho, promovem trocas maravilhosas de apoio, carinho, onde não se tem patrão, mas todos trabalham com responsabilidade, sem

discriminação, solidariamente, independente do tamanho do empreendimento. O trabalho, além de uma atividade física ou intelectual, promovendo riqueza ou ganho para si, ele é o remédio contra o ócio ou algumas irritações onde o maior capital é o social (op cit).

A fala de Clarismundo Prudêncio, coordenador-geral da Suricato, usuário como Jorge Pacheco, parte de outro referencial para a discussão do trabalho. Prudêncio fala do lugar de trabalhador de um empreendimento que reúne quatro grupos de produção. Na época, Prudêncio trabalhava no *grupo de produção de mosaico*, localizado em um centro comercial próximo a um dos Centros de Convivência da rede de saúde mental de Belo Horizonte¹¹¹. Prudêncio apresentou a Suricato, relatou como surgiu o empreendimento e suas articulações com a economia solidária, seus parceiros, desafios e conquistas.

Chegamos até aqui porque nos reconhecemos capazes e amamos o que fazemos. Temos muitas batalhas a vencer e missões a cumprir. Sabemos do nosso papel na mudança do paradigma mundial, pois ainda são muitos os sem identidades e sem passado. Estamos construindo um novo tempo com a graça de Deus, com nosso esforço em favor da vida e da cidadania. Agora só resta olhar o futuro (ITCP/COPPE/UFRJ, 2012b: 81).

Prudêncio e Pacheco são exemplos de usuários que se inseriram de forma ativa à economia solidária, com contribuições importantes na construção de ações que articulam saúde mental a este campo, tanto no cotidiano dos empreendimentos quanto na construção de políticas públicas.

Marta Soares, coordenadora da incubadora criada pela secretaria municipal de saúde de Belo Horizonte para dar suporte aos empreendimentos e projetos de trabalho dos usuários, pontuou que a Suricato nasceu fora dos serviços de saúde mental, o que é uma marca importante da experiência mineira. Nas palavras de Marta Soares:

¹¹¹ Visitei a Suricato em outubro de 2011, tive a oportunidade de conhecer Clarismundo Prudêncio em seu local de trabalho. Também conheci o grupo de culinária que, na época, estava em processo de formação, mas já produzia e comercializava alimentos dentro do centro de convivência; o grupo de costura, que funcionava num espaço cedido pelo Centro Público de Economia Solidária, e a loja onde comercializam os produtos.

A história da Suricato começa fora do serviço de saúde mental. Ela já começa por excelência, fora, porque a demanda é dos usuários. A partir desse contexto, a partir desse momento fértil da cidade, mas o trabalho não começa dentro dos serviços. A formação não começa dentro dos serviços, dentro das ações dos núcleos, dos embriões dos núcleos, também não começa dentro dos serviços, mas começa nas comunidades em espaços articulados, em espaços através de parcerias com diversas e variadas instituições, desde Associações Comunitárias, Associações ligadas à igreja, Conselho Estadual da Mulher, Centros de Apoio Comunitário, isso foi fora dos serviços e organizado pelo movimento social (op cit, p.83).

Em sua fala, Marta Soares colocou que nesse processo a relação entre usuários e profissionais de saúde, no que diz respeito à questão do trabalho, partiu do mesmo ponto, o que possibilitou a construção de uma relação não hierárquica e de parceria entre eles. Conforme relato de Soares:

Não sabíamos no que ia dar, não sabíamos no que se poderia desdobrar e fomos entender e aprender sobre economia, sobre a história do trabalho, sobre as formas de organização. Vocês podem ir apreciando algumas imagens. Então sentamos técnicos e usuários na mesma sala de aula, e trazendo as mesmas dificuldades, as mesmas questões, as mesmas dúvidas, os mesmos medos, e as mesmas inseguranças. Então aprendemos uns com os outros a lidar com os nossos medos, e a compartilhar toda a criação, toda a preocupação. E a partir daí, a gente aprende a sentar no mesmo plano, não tem aquele que detém o saber, não tem aquele que detém o poder. E a gente meio que às escuras, vai desenvolver uma metodologia, depois a gente vai descobrir que essa metodologia tinha um nome, e que tinha uma forma de se organizar, e que de alguma maneira já estava sistematizada (op cit, p.84-85).

A experiência da Rede de Saúde Mental e Economia Solidária de São Paulo, relatada por Leonardo Pinho, é mais recente e nasce num cenário político extremamente resistente à reforma psiquiátrica. Pinho, assessor da Rede e diretor do setorial de cooperativismo social da Unisol BRASIL, localizou em seu relato a origem da rede a partir de processos formativos realizados pelo curso de pós-graduação em enfermagem da USP. Segundo Pinho, esses cursos contaram com a contribuição de Fernanda Nicácio, professora do curso de Terapia Ocupacional da USP, e de Valmor Schiochet, diretor da SENAES, que

na época havia se afastado da secretaria e retomado seu trabalho em Santa Catarina como professor universitário. Ambos tinham integrado o GT Saúde Mental e Economia Solidária. Nas palavras de Leonardo Pinho:

[...] rede foi se consolidando e hoje é um espaço de articulação de experiências de inserção no trabalho, constituída por trabalhadores, que são usuários da Rede de Saúde Mental do estado de São Paulo, buscando desenvolver atividades de comercialização, formação, troca de conhecimentos e tecnologias associadas, bem como constituir processos de enunciação coletiva, que busquem fortalecer essas iniciativas de saúde mental no conjunto do tecido social. A participação na rede se realiza com a presença em suas reuniões mensais, e na participação das atividades organizadas coletivamente (ITCP/COPPE/UFRJ, 2012b: 90-91).

A Rede é vinculada à RENILA, organização da Luta Antimanicomial, e à Unisol BRASIL, central de cooperativas e empreendimentos econômicos solidários. Além de participar do Fórum Paulista de Economia Solidária. Segundo Pinho, a Rede de Saúde Mental e Economia Solidária de São Paulo busca fortalecer a participação dos usuários em espaços de mobilização política, como a Marcha dos Usuários, realizada em 2009, em Brasília; a Conferência Temática; a II CONAES, com delegados eleitos; e a IV CNSM. Esteve presente ainda na Primavera da Saúde, em 2011, em Brasília. Tanto na ocasião da Marcha, quanto da Primavera da Saúde, a Rede foi recebida em audiência pelo prof. Paul Singer, secretário nacional de economia solidária. Pinho colocou ainda a necessidade de regulamentação da lei de cooperativas sociais, afirmou apoio da Rede ao PRONACOOOP SOCIAL e pontuou a intersectorialidade como fator importante para os projetos de geração de renda da saúde mental.

Vanússia Monteiro, assessora da rede municipal de saúde mental de Fortaleza, apresentou as ações desenvolvidas no município, entre elas a cooperativa social COOPCAPS e as dificuldades que vinham sendo enfrentadas pelo grupo à época. Conforme Monteiro:

A gente também vê uma certa fragilidade na forma de que se é estruturado uma cooperativa, a gente precisa ter muito cuidado nessa questão da incubação que tem que ter, acho que é permanente uma supervisão é importante que se tenha, então é complicado. Ela surgiu, ela realmente uma cooperativa de usuários e familiares, ela surge

dentro de um serviço, partiu de um grupo produtivo, mas hoje se você perguntar se ela se auto-gera, ela não se auto-gera e aí assim, existem algumas complicações na questão da economia que a prejudica nesse sentido (ITCP/COPPE/UFRJ, 2012b: 66).

Por fim, Fernando Figueiredo, da Cooperativa Sonho de Liberdade, apresentou a experiência que teve dentro do presídio da Papuda, no Distrito Federal, onde aprendeu a fazer bolas de couro. Sua fala trouxe a questão do cooperativismo como estratégia integradora de diferentes segmentos sociais em situação de desvantagem, a exemplo da Sonho de Liberdade, que reúne pessoas com diferentes problemáticas. A presença desta cooperativa no evento coloca em evidência a necessidade de ampliar o campo de debates sobre o cooperativismo social, agregando outros segmentos em desvantagem, como é o caso dos egressos do sistema prisional.

Essa mesa reafirmou três questões centrais, que já tinham sido trazidas em 2004, durante a Oficina de Nacional, a primeira delas é o papel estratégico da economia solidária como campo que tem oferecido à saúde mental elementos para a reflexão e para a experiência de inserção laboral dos usuários. A segunda questão é a necessidade urgente de um marco jurídico efetivo que responda as especificidades da saúde mental e, a terceira questão, a premência posta pelo cooperativismo social de compreender a intersectorialidade como diretriz tanto na política pública quanto na prática cotidiana dos empreendimentos. Como inovação, trouxe duas experiências que nasceram após 2004, articuladas à entidades da economia solidária e com apoio financeiro do Ministério da Saúde.

A segunda mesa do evento, coordenada pela ITCP/COPPE/UFRJ, teve como tema *Inovação para Inclusão*. O tema da mesa foi idealizado pela Incubadora da UFRJ, com a proposta de trazer ao debate a questão da sustentabilidade dos empreendimentos da saúde mental. A discussão trazida por Gonçalo Guimarães, coordenador da Incubadora, provocou a plenária a sair da provisoriedade posta pelos projetos, iniciativas, experiências, termos usados para denominar os grupos de geração de renda da saúde mental, e inovar, partindo para ações de maior sustentabilidade e retorno financeiro. Nas palavras de Gonçalo Guimarães na apresentação do tema da mesa:

Então, qual é a discussão aqui? Bem, essa discussão é lá de trás no ponto “vamos entrar nas relações trabalho e renda” e hoje a discussão

é outra. É como tornar nossos projetos sustentáveis. E aí o que tenho discutido? Para ser sustentável tem que ter uma comercialização, comprador, etc. Para isso, eu tenho que pensar o que eu estou produzindo e de que forma. Então o que viemos discutir aqui, para alguns é um tema novo, mas que seria importante discutir, dar um olhar do empreendimento agora com o nome do produto. Seja uma bola, seja material da reciclagem, etc. Qual será o próximo passo? Como eu agrego valor? A discussão aqui, hoje e agora, é começarmos a refletir sobre a sustentabilidade do empreendimento. Como nós podemos pensar em empreendimentos que estejam em outro ponto que tenham (aí vou discutir) a inovação, a tecnologia, de forma que não é para mudar o que se faz, mas para qualificar o produto que nós fazemos. [...] Não como uma crítica, mas inversamente, pensando que já estamos em um momento superimportante a nível coletivo de começar a discutir outros pontos. [...] Discutimos política, discutimos saúde mental, mas temos que discutir também a sustentabilidade do empreendimento. Então queria trazer esse fator: a inovação como elemento da sustentabilidade (ITCP/COPPE/UFRJ, 2012b: 118-119).

A mesa contou com a participação de Marcos Suassuna, colaborador da ANPROTEC – Associação Nacional de Entidades Promotoras de Empreendimentos Inovadores. Suassuna apresentou de forma muito geral o tema da inovação, desde o cenário atual até a legislação vigente. Sua fala trouxe como elemento novo o desafio de sair do lugar comum cotidiano e inovar acreditando no potencial das pessoas envolvidas nos projetos. Colocou a inovação como diferencial que surge a partir da inquietação de um grupo em relação a uma determinada questão. Trouxe o tema, mas não deixou elementos concretos para o campo da saúde mental avançar, não desenvolveu uma discussão objetiva sobre a questão da sustentabilidade.

O segundo dia do encontro iniciou com a mesa intitulada *Rumo ao Cooperativismo Social: o Programa Nacional de Apoio ao Cooperativismo Social como ferramenta de implementação da política nacional*. A mesa foi composta por Fernanda Nicácio, que falou sobre *Cooperativismo social: marco conceitual, diretrizes e desafios da atualidade*; Milena Pacheco, assessora da ATSMAD/MS, que resgatou as propostas aprovadas nas Conferências de Cooperativismo Social e de Saúde Mental e apresentou o PRONACOOOP SOCIAL; e Railander Quintão Figueiredo, do Ministério da Justiça, que apresentou o sistema prisional buscando articular ao tema do evento. Iracema Polidoro, presidente da APACOJUM e representante do MNLA, coordenou a mesa. Fernanda Nicácio abriu a mesa elencando 8 desafios no campo da saúde mental em relação ao debate em torno da

inserção laboral dos usuários. O primeiro apresentado por Nicácio foi a necessidade de superação da concepção de que trabalho é uma ferramenta terapêutica, tema que vem sendo pontuado por Nicácio desde a Oficina Nacional.

O segundo desafio diz respeito a passagem do trabalho protegido, aquele realizado num contexto artificial, para o trabalho real, num contexto real. Este segundo desafio está ligado ao anterior na medida em que ambos exigem uma problematização das práticas cotidianas dos serviços de saúde mental, uma reflexão crítica sobre o que vem sendo desenvolvido pelos serviços em relação à demanda dos usuários por trabalho. Na ocasião, Nicácio pôs em questão a necessidade de incorporar outros atores à prática dos serviços em relação ao tema trabalho.

O terceiro desafio posto pela palestrante foi a base social do cooperativismo social que, conforme definido pela lei 9867/1999, reúne segmentos sociais com particularidades marcadamente distintas. Nicácio considerou em sua palestra a Conferência de Cooperativismo Social como avanço nesse sentido, mas pontuou que ainda é preciso investir mais na intersetorialidade no campo das políticas e na articulação e mobilização de diferentes movimentos sociais. O quarto desafio posto foi incorporar de forma efetiva à pauta da saúde mental a questão do trabalho como prioridade.

O quinto desafio colocado por Fernanda Nicácio foi “participar da vida da cidade”, ou seja, buscar soluções na comunidade, nas interações com a poder público local. O sexto desafio, comumente citado como um dos maiores desafios, foi o marco jurídico. O sétimo desafio foi a necessidade de diálogo com a assistência. Para a palestrante a criação de bolsas trabalho poderia servir de instrumento de mediação entre os mundos da assistência e do trabalho.

Por fim, o oitavo desafio posto foi a sustentabilidade dos empreendimentos. A palestrante pontuou que para superar este desafio é preciso ter acesso a recursos, com apoio dos fundos de saúde, mas também de recursos provenientes de outros setores. Os desafios sistematizados por Nicácio conduziram as discussões da plenária no final do evento. Os desafios dialogavam com as resoluções da Conferência Temática de Cooperativismo Social e da IV CNSM-Intersetorial.

Após apresentar as resoluções das conferências e o PRONACOOOP SOCIAL, Milena Pacheco sugeriu que a plenária do II Encontro propusesse entidades que poderiam

vir a integrar o comitê gestor do Programa. A última fala da mesa, preferida pelo representante do Ministério da Justiça, apresentou o sistema prisional e suas articulações com o SUS e pontuou a participação da Justiça no PRONACOOOP SOCIAL.

Ao final do evento, a plenária discutiu os desafios elencados por Nicácio em sua palestra, buscando estratégias que respondessem a cada um deles. Os desafios foram analisados a partir de três eixos: políticas públicas, empreendimentos e legislação. Segundo consolidado das discussões (BRASIL/MS, 2012), os oito desafios foram definidos da seguinte forma: 1) pensar diferente, agir diferente, 2) trabalho real em contexto real, quais são nossos sonhos? 3) atores múltiplos, mix de sujeitos, 4) habitar e participar da vida das cidades, 5) processos formativos, 6) mundo do trabalho, mundo da assistência, 7) sustentabilidade, recursos, financiamento, e 8) marco jurídico.

Apesar de somente terem sido debatidos os dois primeiros desafios, a discussão final da plenária, com mediação de Gonçalo Guimarães, Fenanda Nicácio e Milena Pacheco, foi o ponto alto do evento. Nesta ocasião foram definidos cenário, rumo e estratégias para os debates em torno da questão da inserção laboral no campo das políticas públicas de saúde mental. As contribuições de Guimarães, coordenador da ITCP/COPPE/UFRJ, foram decisivas para a abordagem de pontos cruciais para a evolução do tema e que são nefrágicos na saúde mental.

Dentro do desafio 1, *pensar diferente, agir diferente*, Guimarães atribuiu ao tema um sentido de passagem, identificando a necessidade de avançar na discussão sobre a questão da inserção laboral dos usuários, superando o primeiro momento, marcado pela espontaneidade das oficinas, em direção a uma nova fase, rumo à sustentabilidade dos empreendimentos. Nas palavras de Guimarães:

Então, eu diria que essa primeira fase de nascimento foi uma fase espontânea, que contou com a vocação com o interesse. O que a gente aprendeu nesses dez anos? Que isso é bacana, que isso funciona, que isso é legal, que vale a pena investir, não é esse o resultado? [...] Não foi pensado como uma atividade econômica em *stricto sensu*. Por que um médico era músico virou uma banda, porque o outro era um artista e o familiar tinha um contato no Pará, no Acre, então virou a cooperativa da Praia Vermelha. Então essa é a primeira fase. [...] Eu diria a nível nacional, pela minha vivência, que houve um ciclo que hoje está precisando de uma segunda maturidade, não é que ele seja bom ou ruim, as experiências anteriores, elas foram imprescindíveis, porém o que se sente hoje é um certo esgotamento. Então essa fase

experimental de aprender, de prospectar, é uma fase que foi bacana, imprescindível e todo mundo que participou adorou muito. Hoje o que se vê é a necessidade de, com essa experiência, com um Ministério mais estruturado, pensar numa segunda fase. [...] O que a gente observa hoje é que esse pensar diferente, agir diferente, não é negar o passado, mas com o acúmulo do passado permite hoje a gente ousar projetos mais estruturados e não precisar mais ser aquela coisa espontânea (ITCP/COPPE/UFRJ, 2012b:215). [grifos da pesquisadora]

Essa segunda fase delineada por Guimarães demanda da saúde mental uma reflexão crítica sobre sua prática. O lugar de referências dos grupos de geração de renda são os serviços ou sua identidade enquanto empreendimento? Essa questão é de extrema importância para a experiência cotidiana desses coletivos e para a própria PNSMAD ao pautar o tema trabalho. Dois exemplos relatados durante o II Encontro ilustram bem essa questão. O primeiro, da Rede de Saúde Mental e Economia Solidária de São Paulo, que relatou que o fato de estarem organizados em rede provocou uma mudança na autodeclaração dos empreendimentos, que deslocaram sua referência dos serviços à Rede. Nas palavras da representante da Rede:

O processo de desconstrução das pessoas ao se apresentarem à Rede e falarem: “eu sou de tal empreendimento e não de tal serviço”, é muito complexo. A ideia da rede já começa com essa perspectiva, projetos que se apresentam e não de serviços, não é? Isso é o início de outra construção de pensar diferente. As pessoas se apresentam nos serviços pelos serviços, vai a rede e se apresenta pelos empreendimentos (op cit p.225).

O segundo exemplo foi posto pelo diálogo de uma representante do Núcleo de Oficinas do Serviço de Saúde Cândido Ferreira com Guimarães. Este diálogo ilustra bem a necessidade de mudança do referencial do lugar de fala dos empreendimentos.

Representante do NOT: estamos vivendo muito e repensar esse projeto, acho que a gente está nessa segunda etapa. [...] a gente ganhou uma chácara e essa chácara, o governo queria fazer uma internação, de fato. Aí, nós fomos lá e tentamos derrubar essa questão de transformar a chácara em leitos de internação e a gente encaminhou para o governo, para o prefeito, um projeto de geração de renda. É a gente montar esse projeto de geração de renda, uma cooperativa nesse lugar e que a gente possa ampliar as ofertas na alimentação para toda região noroeste, para os nossos CAPs e pensar nisso. O projeto está

pronto, a chácara é nossa, já veio para nós enquanto saúde, mas e aí? Precisa de reforma, precisa de um investimento naquele lugar, então a gente tem buscado várias parcerias, principalmente com o SUAS, que a gente foi até a assistência social, na secretaria de assistência, porque o Suas também preconiza essa questão da profissionalização. Então também estamos vinculadas ao programa de geração de renda que é a secretaria de trabalho e renda dentro da prefeitura, mas nós estamos lá com o projeto na mão. A gente buscar nosso sonho, buscar as parcerias, isso é uma coisa que a gente tem feito, mas tem uma coisa fundamental que é o financiamento, não é? Se a gente não pensar o financiamento, não adianta a gente ter o nosso sonho, porque o sonho está lá, a gente busca ele, nós estamos com eles e estamos correndo atrás. Mas a gente tem um patamar, a gente tem um limite, e aí a gente vai brigar com quem? Estamos tensionando, estamos tensionando, e aí todo mundo já quis a chácara. Não, já fizemos uma determinação, a chácara é nossa, é da saúde, ponto.

Guimarães: Esse projeto que vocês tem é um plano de negócio? É um plano de negócio? É uma pergunta bem clara, é um plano de negócio? Eu vou dizer porque essa pergunta é importante: uma coisa é você e o que está ocorrendo aqui. Primeiro ponto a ser observado é a primeira reivindicação para empreendimento muito claro, ou seja um patamar novo que está surgindo. A maioria são pequenos apoios, você já está falando de empreendimento. Outra, you está pedindo dinheiro para um projeto da saúde ou para um empreendimento econômico? Isso, a ferramenta, de pedido de financiamento de empreendimentos é um plano de negócios, onde você mostra a sustentabilidade, o ator e o interlocutor mudam, o real para mim aqui é mudarmos de serviço de saúde e de seguridade para outros atores na sociedade, porque a interlocução vai ser outra. Então por exemplo, o plano de negócio, você muda o debate com seu interlocutor porque o retorno daquele investimento vai ser em renda para o grupo, enquanto que anteriormente, quando a gente pensava em sustentabilidade era a melhoria da qualidade de vida para o grupo.

Representante NOT: possibilidade de ser um negócio autossuficiente, gerar renda.

Guimarães: porque o que eu acho que muda no mundo real, é entender [...] que essas cooperativas sociais não são uma extensão do serviço. [...] Ela é um empreendimento para usuário, mas não é um tratamento de usuários. Essa mudança de conceito que é para deixar, eu acho que vocês estão com um papel, um pouco ruim da vanguarda, chegaram primeiro. Até no discurso de vocês a comunicação é importante, não está aí nesse conceito. O mundo, o mundo real de projetos reais é uma comunicação com outros atores que antes não eram atores. Por exemplo, ao invés de ir ao Ministério da Saúde, isso é para levar para o BNDES, essa mudança de ator é uma mudança, é uma mudança de discurso, é uma mudança de paradeiro. O mundo real, que dizer, o

trabalho real é constituição do empreendimento como locus do usuário, como interface com a sociedade, não mais, um tratamento. É outra lógica. Essa incorporação, eu estou falando de uma mudança nossa, nós vamos parar de vender como um projeto de saúde mental. É um o projeto de usuários, mas não é o de saúde mental. Não é mais um projeto de saúde mental, é para a saúde mental, mas não é de. Porque é um projeto sustentável e economicamente viável, que gera uma renda[...]. Quando você falou fui na secretaria de assistência social, eu disse “é fechou”, porque nem a secretaria de assistência tem esse olhar, seria a secretaria de Desenvolvimento Econômico, seria da secretaria de... Tem que sair do lado social e político para o lado econômico. É sair para o BNDES, para pedir um dinheiro ao fundo para o empreendimento. Ir ao BNDES e em outros atores, que vão entender essa interlocução. Para isso tem que usar o discurso, tem que botar um interlocutor, tem que melhorar o projeto, o plano de negócio. [...] Para mim é uma vanguarda que a gente vai ter que aprender (op cit, p.235-238). [grifos da pesquisadora]

Esse diálogo revela a noção que tem predominado no campo da saúde mental, mesmo em casos de experiências que conquistaram avanços importantes, de que o empreendimento é do serviço e não dos usuários. Diferente da Itália, onde os empreendimentos são organizações econômicas da sociedade civil, no Brasil é comum encontrar grupos sustentados por profissionais que atuam nos serviços de saúde mental.

A experiência da Rede de São Paulo representa uma inovação no campo da saúde mental, isto porque a mobilização da Rede transbordou os serviços de saúde mental, com uma participação intensa da universidade e de agentes do campo da economia solidária. O diálogo entre esses diferentes atores – serviços, empreendimentos, universidade, economia solidária - possibilita que esses coletivos se identifiquem com a rede enquanto empreendimentos e não com os serviços de saúde mental frequentados pelos usuários que os integram.

Este salto posto por Guimarães como desafio maior, como elemento constituinte de uma segunda fase desse processo, depende, segundo o coordenador da ITCP/UFRJ, de políticas públicas que atentem para este segundo momento. Isto quer dizer, que direcionem financiamento não só para grupos que estão em fase de mobilização, mas também aqueles que já são empreendimentos ou em vias de se tornarem empreendimentos. Na opinião de Guimarães, o Ministério da Saúde deveria ampliar o apoio financeiro aos grupos, criando

uma linha específica de financiamento aos empreendimentos de médio porte, repensando a qualificação dessas iniciativas. Em suas palavras:

[...] o agir diferente significa, primeiro: ter uma política que já pensa em empreendimentos de médio porte e não os pequenos. Essa política não quer dizer término da política de inclusão [...], ela é outro patamar [...]. Então é passar de patamar e esse patamar é uma articulação de empreendimentos em forma de rede, mas que não é exatamente um pequeno que ficou grande, é uma outra forma de pensar e de agir e que a política pública vai fomentar isso aí e os empreendimentos vão se organizar para isso e vamos precisar repensar a qualificação na medida que a qualificação disponível não se adéqua diretamente a essa demanda. Então é um desafio que deve ser pensado (op cit, p.229-230).

O desafio 2, que teve como tema *trabalho real em contexto real, quais são nossos sonhos?*, fomentou discussões em torno do que é oficina terapêutica e o que é trabalho, como se dá o processo de transição de usuários a trabalhador ou a cooperado. Fernanda Nicácio lembrou que oficinas de geração de renda enfrentam dificuldades por estar dentro de Caps, pois devem obedecer as demandas do serviço, independente daquilo que a oficina planeja para seu desenvolvimento como empreendimento. Nas palavras de Nicácio:

[...] a experiência vai desenvolvendo, vai produzindo trabalhos reais e contextos reais, mas aí não é uma oficina do Caps. Então não é uma oficina que todo mundo vai entrando, que as pessoas são encaminhadas para, é uma outra lógica. É um grupo que vai assumir de fato e se constituir como empreendimento, então não é eu vou encaminhar o usuário João para essa oficina e essa oficina de certo. E a oficina acaba ficando com uma dificuldade muito grande porque ela tem que lidar ao mesmo tempo com quem quer o trabalho real e ao mesmo tempo com o usuário que está chegando, isso eu acho que não dá gente. Ou a gente faz uma construção clara em torno disso, porque daí você não consegue nem contemplar o João que está chegando, nem o Paulo que quer ser trabalhador, etc. Não dá para no mesmo espaço se ter essas duas situações. Até dá, depois que a gente estiver discutindo bolsa trabalho, mas aí o João vai entrar com bolsa trabalho, ele vai fazer uma experiência, e ele pode gostar ou não, mas o Paulo é trabalhador daquele espaço, é outra coisa (op cit, p.231-232).

Ao mesmo tempo em que o representante da incubadora trouxe questões sobre sustentabilidade dos empreendimentos e necessidade de avançar nos desafios, a

representante da saúde mental retomou as diferenças entre oficina terapêutica e oficina de geração de renda, demonstrando a diversidade de experiências que compõem o cenário. Integram esse cenário desde aquelas experiências ainda atreladas à discussão terapêutico/trabalho, até aquelas que demandam avançar, mas que, por serem pioneiras, precisam construir o caminho que depois elas mesmas irão trilhar.

Outra questão trazida por Nicácio durante este debate com a plenária foi sobre como lidar com os processos que envolvem a transição de usuário a usuário trabalhador. Guimarães respondeu a questão de Nicácio, trazendo como referência para reflexão o processo que envolve o desenvolvimento dos próprios empreendimentos. Nas palavras de Guimarães:

Eu acho que essa do cooperado e usuário, ela é proporcional ao empreendimento de serviço ou o empreendimento econômico. Eu acho que vai ser tão mais cooperado quanto mais o empreendimento for foco de sustentabilidade, ele vai ser cooperado usuário quanto mais o empreendimento for terapêutico. Tem uma coisa, o empreendimento sustentável de usuários ou empreendimento terapêutico com cooperados, isso eu acho que uma coisa está ligada a outra. Se não houver uma maturidade do usuário para virar cooperado não há sustentabilidade nem plano de negócio que dê conta (op cit, p. 244).

O evento termina com a promessa de continuar o debate por via eletrônica, com apoio técnico da ITCP/COPPE/UFRJ e mediação do Ministério da Saúde. Foi também organizada uma comissão para sistematização das estratégias elaboradas pela plenária aos desafios proposto por Nicácio.

4.3 Mudanças no SUS e seus reflexos na PNSMAD

Além do Plano Crack, o II Encontro teve como pano de fundo o processo de reorganização da gestão do SUS a partir de Regiões de Saúde, compostas por ações e serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, vigilância em saúde, entre outras.

Em resposta a essa mudança, disposta pelo decreto nº 7.568/2011, é publicada a portaria GM nº 3.088/2011, que 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)”. Essa resolução se

refletiu na gestão da rede de saúde mental nos estados e municípios e na própria gestão da PNSMAD em âmbito federal. A equipe da ATSMAD/MS passou a se organizar por regiões, onde os assessores técnicos se tornaram referências regionais, exercendo o papel de apoiadores à implementação da PNSMAD e de suas ações junto aos estados. Nessa nova organização, a equipe como um todo passou a se apropriar dos diferentes temas que compõem a agenda da saúde mental, diferente da organização feita na gestão anterior, quando os assessores eram referências em temas específicos dentro da equipe.

A Rede de Atenção Psicossocial criada pela PT 3.088/2011 reúne sete componentes, a saber:

- I - Atenção básica em saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção:
 - a) Unidade Básica de Saúde;
 - b) equipe de atenção básica para populações específicas:
 - 1. Equipe de Consultório na Rua;
 - 2. Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório;
 - c) Centros de Convivência;
- II - Atenção psicossocial especializada, formada pelos seguintes pontos de atenção:
 - a) Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades;
- III - Atenção de urgência e emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção:
 - a) SAMU 192;
 - b) Sala de Estabilização;
 - c) UPA 24 horas;
 - d) portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro;
 - e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros;
- IV - Atenção residencial de caráter transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção:
 - a) Unidade de Recolhimento;
 - b) Serviços de Atenção em Regime Residencial;
- V - Atenção hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção:
 - a) enfermaria especializada em Hospital Geral;
 - b) serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;
- VI - Estratégias de desinstitucionalização, formada pelo seguinte ponto de atenção:
 - a) Serviços Residenciais Terapêuticos; e
- VII - Reabilitação psicossocial.**

Fonte: PT nº3.088/2011. [grifo da pesquisadora]

O sétimo componente da Rede de Atenção Psicossocial compreende as iniciativas de geração de trabalho e renda, nomeadas neste documento de Reabilitação Psicossocial.

Desta forma, a portaria restringe reabilitação à inserção laboral dos usuários, conforme mostra o fragmento abaixo.

Art. 12. O componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial é composto por iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais.

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

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

Fonte: (op cit). [grifos da pesquisadora]

O artigo 12 da portaria define três formas de organização para inserção no trabalho – *iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais, articuladas às redes de saúde mental e economia solidária*. Esse artigo reafirma a opção da PNSMAD pela economia solidária. Por isso, ao colocar “iniciativas de geração de trabalho e renda”, a PNSMAD não se refere a qualquer experiência, mas sim àquelas articuladas à economia solidária. A professora Fernanda Nicácio, consultora da ATSMAD à época do GT Interministerial, e membro do grupo, justificou, em seu painel durante a Turma Nacional, quando apresentou o relatório final do GT, que a opção pela economia solidária é uma “escolha que está pautada numa discussão ética”. Para Nicácio a opção da PNSMAD pela economia solidária está referenciada numa forma particular de

compreender as relações entre as pessoas, de trabalho e dessa forma compreender como se organiza a nossa sociedade. Compreender os processos de inclusão social, então vamos sentindo cada vez mais proximidade com as pessoas da economia solidária por que vem de encontro àquilo que é base para nós, da nossa utopia, que é para uma sociedade sem manicômios, que necessariamente coloca todas essas dimensões da questão. É uma escolha de projeto ético, político, mas também, uma escolha de como poder pensar e concretizar a questão da inserção no trabalho. Quando o professor Paul Singer sintetizou no primeiro dia que a questão de que existe uma lógica a ser transformada que é dos vitoriosos e dos derrotados, isso está no centro dessa discussão (BRASIL/MS, 2006c:12).

Desta forma, a escolha pela economia solidária passa por um processo de reconhecimento, onde a saúde mental reconhece na economia solidária concepções e projetos comuns, na perspectiva de Nicácio, ambas compartilhariam o posicionamento político de que as relações sociais não devem ser balizadas pela lógica da competitividade, do binômio vitoriosos e derrotados. Desde 2012 Nicácio compõe a coordenação da ATSMAD/MS, como gestora da PNSMAD participou do processo de institucionalização da opção pela economia solidária através do marco jurídico apresentado anteriormente.

Em janeiro de 2012 foi lançada a portaria nº132 que “ institui incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento do componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde”¹¹². Essa portaria substitui a 1.169/2005, que repassava “incentivo financeiro a municípios que desenvolvessem 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”. O texto da portaria 132/2012 reafirma a política de economia solidária e suas diretrizes, já citada na PT 1169/2005, agregando ainda como diretrizes as resoluções da Conferência Temática de Cooperativismo Social, da II CONAES e da IV CNSM-Intersetorial.

Conforme estabelecido na PT 3.088/2011, o componente reabilitação, de que trata a PT 132/2012, “constitui-se de iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais” (PT 132/2012, parágrafo único). Além de estar inserido na Rede de Atenção Psicossocial e no CIST, para estar habilitado a receber recursos da PT 132/2012, o município deverá:

ter estabelecido parceria com Associações de Usuários, Familiares e Técnicos, Cooperativas, Incubadoras de Cooperativas ou Entidades de Assessoria e Fomento em Economia Solidária para apoio técnico e acompanhamento dos projetos” (PT 132/2012).

Esse critério é uma das inovações desta portaria, pois institui que as parcerias com a economia solidária e o cooperativismo são elementos que determinam o apoio financeiro do poder público. Se por um lado, afirma a economia solidária como opção, por outro

¹¹² Texto na íntegra no anexo 7 da tese (p.299).

atrela a noção de reabilitação psicossocial a práticas que seguem os princípios cooperativistas e da economia solidária.

Como a portaria 1.169/2005, a portaria 132/201 restringe o apoio governamental a um tipo específico de inserção laboral, aquele articulado à economia solidária. Além disso, seu texto atrela a noção de reabilitação psicossocial às iniciativas de geração de renda, o que limita o conceito de reabilitação, conforme discutido no segundo capítulo desta tese. Num cenário onde o conceito de reabilitação psicossocial está em processo de construção, o referencial oferecido pelo Estado pode vir a ser de grande influência. Outra inovação dessa portaria é a revisão dos valores de repasse aos municípios, que mudam de 5, 10 e 15 mil reais para 10, 30 e 50 mil reais.

A estratégia de lançar editais de incentivo às iniciativas de geração de trabalho e renda, iniciada em 2008 com a PT 1169/2005, permaneceu com a publicação da portaria 132/2012. Conforme mostra o quadro a seguir:

Quadro 8. Chamadas - Portarias GM nº 3088/2011 e nº132/2012.

Ano	Chamada pública	Edital	Resultados
2012	III Chamada para Seleção de Projetos de Reabilitação Psicossocial: Trabalho, Cultura e Inclusão Social na Rede de Atenção Psicossocial.	101 projetos: 30 projetos com 10 a 50 usuários (R\$15.000,00), 50 projetos com 10 a 50 usuários (R\$30.000,00), e 21 projetos com mais de 150 usuários (R\$50.000,00)	392 projetos concorreram; 30 desclassificados; 164 reprovados; 198 projetos selecionados; Valor total: 4.750.000,00
2013	IV Chamada de Seleção de Projetos de Reabilitação Psicossocial: Trabalho, Cultura e Inclusão Social na Rede de Atenção Psicossocial	101 projetos: 30 projetos com 10 a 50 usuários (R\$15.000,00), 50 projetos com 10 a 50 usuários (R\$30.000,00), e 21 projetos com mais de 150 usuários (R\$50.000,00)	Sem resultado até a conclusão da tese.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora a partir de informações da ATSMAD/MS.

Ao longo de 2012 a nova gestão da ATSMAD/MS retoma a agenda com o Programa Brasil Próximo. Neste mesmo ano ocorreu o II Seminário Internacional do Programa Brasil Próximo, que teve como objetivo principal desenhar a agenda final das ações do programa que tem término previsto para 2014. Na ocasião foram organizados

grupos de trabalho para elaboração de planos, metas e delimitação de prazos para conclusão do que ficou pendente. Ficou estabelecido como agenda relativa ao cooperativismo social três ações principais: uma visita técnica à Itália, com foco nas cooperativas sociais de Bolonha e Trieste, a elaboração de um estudo sobre marco jurídico do cooperativismo social e intercâmbio entre experiências brasileiras e italianas de cooperativismo social.

Em abril de 2013 foi realizada a visita técnica à Itália. Diferente da primeira missão, quando a agenda foi desenhada pelos italianos, a coordenação da ATSMAD/MS teve a oportunidade de participar ativamente da construção da agenda na Itália, em especial em Trieste. Poucos dias antes da viagem, foi cancelada a ida de duas representantes da ATSMAD/MS, uma assessora técnica e a coordenadora adjunta da área, ambas referências nos debates sobre esta temática. A delegação foi composta por um representante da SENAES, um representante da ATSMAD/MS, uma representante do Ministério da Agricultura e Pecuária (MAPA), uma representante do Observatório do Trabalho do DIEESE e uma pesquisadora contratada pela Região da Emilia Romagna¹¹³. Após a visita de estudos ficou acordado que seria realizado intercâmbio entre experiências brasileiras e italianas para troca de informações e apoio mútuo (MARTINS, 2013).

4.4 PRONACOOP SOCIAL

Conforme apresentando anteriormente, a proposta de criar o PRONACOOP SOCIAL surgiu na comissão que discutia o tema do cooperativismo social dentro do Programa Brasil Próximo, coordenado pela Presidência da República. O grupo tinha como objetivo criar uma saída legal para fomentar as iniciativas de cooperativismo social, bem como institucionalizar o debate buscando alternativas aos impasses à formalização desses empreendimentos. Parte significativa desses impasses ainda é atribuída à lei 9.867/1999, que institui as cooperativas sociais no Brasil.

¹¹³ Membros da delegação brasileira: Valmor Schiochet (DED/SENAES/MTE), Cláudio Barreiros (ATSMAD/DAPES/SAS/MS), Vera Lucia de Oliveira (DENACOOP/MAPA), Angela Schwengber (Observatórios do trabalho/DIEESE), Rita de Cássia Andrade Martins (UnB/Pesquisadora/Colaboradora Ervet). Paralela à visita de estudo sobre cooperativismo social, os membros da delegação brasileira: Valmor Schiochet, Angela Schwengber e Vera Oliveira, participaram de reuniões e visitas relativas à experiência italiana com Observatórios de Cooperativismo. Por isso, algumas partes da visita de estudos sobre cooperativas sociais não contaram com a participação de toda delegação.

A lei 9.867/1999 sofreu vetos importantes que não impediram seu enorme efeito simbólico ao afirmar a capacidade e o direito ao trabalho de pessoas com transtorno mental, mas tonaram-se obstáculos para seus efeitos práticos. O cenário mapeado durante a pesquisa de mestrado (MARTINS, 2009), mostrou um número irrisório de cooperativas sociais de fato (menos de uma dezena), mas, por outro lado, identificou um número significativo de empreendimentos informais que reúnem pessoas com as desvantagens postas pela lei 9867/1999. Dados do Ministério da Saúde de 2012 somavam um valor próximo a 700 empreendimentos somente da saúde mental (BRASIL/MS, 2012). Desta forma, a formulação de um marco jurídico efetivo, que ofereça sustentação às peculiaridades desses empreendimentos, deveria transcender a necessidade de reconhecê-los como cooperativas de fato, e reconhecê-los também como cooperativas sociais de direito (KRUPPA, et al, 2012:81).

Outro elemento da lei que precisaria ser redefinido é a composição do quadro de associados. O texto da lei traz que o quadro de sócios deve ser exclusivamente de pessoas em desvantagens, os demais participantes seriam definidos como voluntários. A Conferência Temática de Cooperativismo Social recomenda que o número de sócios das cooperativas sociais seja, em sua maioria, de pessoas em desvantagem. O quadro de sócios incluiria também, na categoria de sócio, pessoas que não são consideradas em desvantagem.

Além desses desafios existem duas questões que precisam ser enfrentadas, a primeira diz respeito à participação de pessoas consideradas incapazes juridicamente e, a segunda, se refere à participação de pessoas que recebem benefícios sociais. Em ambos os casos, atualmente não poderiam integrar o quadro de sócios de qualquer cooperativa, no primeiro caso pela incapacidade e no segundo pelo risco de perder direitos sociais conquistados. A questão dos benefícios sociais é complexa na medida em que coloca o futuro sócio, pessoa com transtorno mental, em sua maioria em situação de pobreza, a imposição de escolher entre o benefício e a associação à cooperativa. Este cenário acaba por incentivar saídas informais para adesão desse trabalhador ao empreendimento.

Em entrevista à pesquisadora, Delgado falou sobre os impasses encontrados na regulamentação da lei 9867/1999 e na criação de um novo projeto de lei para o cooperativismo social. Delgado justificou a criação do PRONACOOOP SOCIAL a partir da necessidade concreta de driblar esses impasses:

Então, se você encontra resistências nesse sentido da estratégia de mudar a legislação, entendeu? Você tem que tomar o marco ético legitimador da sua ação e ir adiante e não interromper a sua ação buscando superar elementos de normatividade no sentido da superestrutura. Essa estória do PRONACOOP SOCIAL vai nessa linha, vai nessa linha. Se fosse possível a gente criar uma lei de cooperativas sociais no Brasil seria excelente porque seria uma lei que sustentaria de uma forma mais orgânica, na superestrutura da normativa e jurídica, o avanço das cooperativas sociais pra pacientes mentais, pra pessoas que usam crack, pra pessoas de rua, pra pessoas que são egressos de estabelecimentos penais, de abrigos, etc. todas as pessoas em desvantagem, entendeu? Se fosse possível, como as condições concretas do debate sobre cooperativas e sobre trabalho e sobre a economia solidária [...] não estão apontando para a viabilidade da aprovação de uma legislação nacional, que compense os vetos da lei 9867, entendeu? Então a estratégia não é essa. A estratégia não é essa, a estratégia é fazer um marco regulatório que se apoie na lei que temos porque tem uma legitimação que é dada pelo marco ético (DELGADO, 2013).

Delgado parte da perspectiva de que não há motivos para paralisar frente à ausência de um marco jurídico ideal. Na visão do idealizador do Programa, o PRONACOOP SOCIAL seria uma forma de criar um fato político com potencial de mobilização de diferentes forças e setores na busca de respostas aos impasses que o campo que vem se desenhando tem trazido. Valmor Schiochet segue a mesma perspectiva de Delgado ao afirmar que a criação do Programa vai gerar mais contradições, na medida em que é uma política pública referenciada numa lei com problemas estruturais e voltada para segmentos populacionais que também impõem contradições ao Programa. A exemplo da incapacidade civil atribuída às pessoas com transtorno mental e aos deficientes mentais, que impede a organização coletiva dessas pessoas. Para Schiochet o PRONACOOP SOCIAL é:

um programa que autoriza o governo a aportar recursos públicos para apoiar essas ações e que vai gerar mais contradição. Porque se as pessoas não podem se organizar de fato numa cooperativa, só vai gerar mais contradição. Qual é a grande vantagem? Quanto mais contradição você gera, mais chance você tem de mudar. Pra um lado e pra outro (SCHIOCHET, 2013).

Contudo, é preciso lembrar que o quadro que se anuncia conta com uma base social que vem se constituindo em torno do tema do cooperativismo social. Conforme discutido

no segundo capítulo, essa base social vem sendo forjada por articulações que envolvem diferentes fontes, com destaque para o cooperativismo popular, o modelo italiano de cooperativismo social e a economia solidária, o que se reflete no conteúdo das reivindicações que vem sendo direcionadas ao poder público. Na perspectiva de Gonçalo Guimarães, o PRONACOOP SOCIAL pode ser uma forma de responder a essas reivindicações e ao mesmo tempo reacender o debate sobre inserção laboral a partir de novos parâmetros impostos por essa base social que vem se adensando desde 2004. Nas palavras de Guimarães:

Acho que é dar uma superada... é sair da marginalidade que eles estão. Nós criamos uns marginais socialmente aceitos. Nós criamos 600...600 é o número que a gente tem, não necessariamente é o número verdadeiro, 600 empreendimentos marginalizados socialmente aceitos. Uma massa crítica. Agora tem que tornar eles gente e tornar gente não é fazer legislação. Acho que vai ter que criar outros fatos políticos. Talvez o PRONACOOP. Talvez isso funcione, talvez ele dê um novo fôlego. Existe uma base social que foi construída indiscutivelmente (GUIMARÃES, 2013a).

De acordo com Guimarães, o PRONACOOP SOCIAL subsidiaria uma nova fase do processo de inserção laboral dos usuários de serviços de saúde mental, com investimento na sustentabilidade dos empreendimentos. Essa proposição já havia sido anunciada no II Encontro de Experiências em 2011.

O texto do decreto que institui o PRONACOOP SOCIAL afirma que o objetivo do Programa é

[...] planejar, coordenar, executar e monitorar as ações voltadas ao desenvolvimento das cooperativas sociais e dos empreendimentos econômicos solidários sociais¹¹⁴ (art 1, decreto nº 8.163/2013).

O texto publicado difere em alguns aspectos da minuta aprovada durante a plenária da Conferência Temática. No decreto o PRONACOOP SOCIAL passou a se chamar

¹¹⁴ Texto na íntegra no anexo 8 da tese (p.302).

Programa Nacional de Apoio ao Associativismo e Cooperativismo Social, agregando ao programa as associações.

Dados do CIST (BRASIL/MS, 2012) e do SIES 2005/2007 (BRASIL/MTE, 2009) mostram que parte significativa dos empreendimentos que possuem como membros pessoas em desvantagem são formalizados como associações. Este é um indicador importante que pode justificar a inclusão deste tipo de organização no PRONACOOP SOCIAL. A questão que esta resolução suscita é o fato das associações não possuírem finalidade econômica, apenas social, o que se revela contraditório dentro de um programa que visa apoiar a inclusão social de pessoas em situação de desvantagem a partir da geração de trabalho e renda. Por outro lado, permite que o Programa apoie iniciativas de geração de renda organizadas em associações, o que não resolve a questão da formalização dos empreendimentos, mas institui, por meio de decreto, assinado pela presidenta e por mais outros órgãos federais, a necessidade de resolução do problema. Esta seria uma das contradições colocadas pelo Programa, conforme previu Schiochet.

Outro aspecto que é a definição de cooperativa social, que na minuta era definida como “grupos de geração de trabalho e renda organizados na forma de cooperativas, com o objetivo de promover a inserção social, laboral e econômica de pessoas em desvantagem, nos termos do art. 3º da Lei nº 9.867” (MINUTA, 2010). O texto publicado apresenta a seguinte definição de cooperativa social “cooperativas cujo objetivo é promover a inserção social, laboral e econômica de pessoas em desvantagem, nos termos do art. 3 da Lei nº 9.867”.

A definição da minuta ampliava a noção do termo cooperativa social, desatrelando seu conceito à situação formal do empreendimento, ou seja, à forma jurídica cooperativa. O texto publicado dá ênfase à forma jurídica de cooperativa, o que poderia trazer restrições ao apoio do Programa aos grupos que não estão formalizados como cooperativa social.

Conforme na minuta, o decreto publicado define também empreendimento econômico solidário, com apenas o acréscimo da palavra sociais ao termo utilizado na minuta.

empreendimentos econômicos solidários sociais - organizações de caráter associativo que realizam atividades econômicas, cujos participantes sejam pessoas em desvantagem, nos termos do art. 3º da Lei nº 9.867, de 1999, e exerçam democraticamente a gestão das

atividades e a alocação dos resultados (Decreto nº 8.163/2013). [grifo da pesquisadora]

Esta definição abrangeria os grupos de geração de trabalho e renda formados por pessoas em situação de desvantagem informais ou formalizados a partir de outras formas jurídicas, como, até mesmo, associações. Isto resolveria a restrição imposta pela definição de cooperativa social. A definição de *empreendimento econômico solidário social* abrangeria também as cooperativas sociais, na medida em que ambos se organizam de forma coletiva e têm como sócios pessoas em situação de desvantagem.

O restante do texto publicado não sofreu alteração, apenas incluiu as associações como público alvo do Programa. Chama atenção apenas o termo “associações sociais” utilizado no documento, que não foi definido como no caso das demais formas de organização que serão apoiadas pelo Programa.

O artigo quarto do decreto traz ainda o termo associativismo social, outra vez sem qualquer definição. No quadro abaixo os objetivos do PRONACOOOP SOCIAL:

- | |
|--|
| <p>I - incentivar a formalização dos empreendimentos econômicos solidários sociais em cooperativas sociais;</p> <p>II - promover o fortalecimento institucional das cooperativas sociais e dos empreendimentos econômicos solidários sociais, e a qualificação e formação dos cooperados e associados;</p> <p>III - promover o acesso ao crédito;</p> <p>IV - promover o acesso a mercados e à comercialização da produção das cooperativas sociais e dos empreendimentos econômicos solidários sociais;</p> <p>V - incentivar a formação de redes e cadeias produtivas constituídas por cooperativas sociais e empreendimentos econômicos solidários sociais; e</p> <p>VI - monitorar e avaliar os resultados e alcances sociais e econômicos das políticas de apoio ao cooperativismo e ao associativismo social.</p> |
|--|

Vale pontuar o texto do segundo objetivo do programa que diz: “incentivar a formalização dos empreendimentos econômicos solidários sociais em cooperativas sociais”. Esse segundo objetivo define as cooperativas sociais como forma de organização da economia solidária, o que pode refletir nos marcos conceitual e jurídico do cooperativismo social. A forma jurídica cooperativa social atrelada à economia solidária exclui outras formas de organização coletiva que não compartilham os mesmos princípios da economia solidária.

No que diz respeito ao marco conceitual, as noções de cooperativa social e empreendimento econômico solidário social tendem a mesclarem-se. O empreendimento econômico solidário formado por pessoas em situação de desvantagem pode vir a ser definido como uma cooperativa social e uma cooperativa social que siga os princípios da economia solidária pode ser considerada um empreendimento econômico solidário. Nesta perspectiva, o cooperativismo social como prática e princípio, como possibilidade de se tornar um movimento social definido por sua finalidade inclusiva e de luta pelo direito ao trabalho, passaria a uma forma jurídica destinada a institucionalizar e atribuir peculiaridades a empreendimentos econômicos solidários que tem como associados pessoas em situação de desvantagem. De qualquer forma, ainda é prematuro afirmar que rumos o cenário que vem se constituindo pode tomar, o que dependerá muito da tectura que será feita pelo Programa a partir dos agentes que atuam no governo e na sociedade civil.

Contudo, a partir da análise detalhada dos elementos apresentados até agora é possível afirmar que o diálogo com a economia solidária tem disponibilizado material conceitual, crítico e político que permitem à saúde mental investir em novas dimensões tanto no cotidiano dos empreendimentos quando na reflexão sobre o cooperativismo social. A intersetorialidade posta pelo Programa poderá trazer à cena novos atores sociais de forma mais intensa e sistemática, o que pode tornar concreta a conjunção de diferentes segmentos em desvantagem sob a chancela do cooperativismo.

O PRONACOOP SOCIAL seria assinado ainda no governo Lula, em seu último dia de mandato, 31 de dezembro de 2010. Por opção política e estratégica dos ministérios signatários, a assinatura ficou para ser feita durante a gestão da nova presidente. Por ser um decreto interministerial, as mudanças na gestão dos ministérios signatários motivaram sequenciadas retomadas do processo de tramitação do documento dentro do governo federal, o que adiou sua publicação por mais algumas vezes.

No dia 20 de dezembro de 2013, o decreto foi publicado em diário oficial com as assinaturas da presidenta Dilma Roussef e dos ministros José Eduardo Cardozo (MJ), Manoel Dias (MTE), Alexandre Rocha Santos Padilha (MS), Tereza Campello (MDS), Gilberto Carvalho (SGPR) e Maria do Rosário Nunes (SDH). A assinatura do decreto foi realizada durante a comemoração do Natal Solidário com os catadores de materiais

recicláveis e com pessoas em situação de rua, agenda criada ainda no governo do presidente Lula, que permaneceu ativa por Dilma Rousseff. O evento ocorreu na capital paulista, durante a quarta edição da EXPOCATADORES, feira de negócios e troca de experiências para a gestão eficiente dos resíduos sólidos produzidos no país.

A assinatura do PRONACOOOP SOCIAL teve pouca visibilidade, em pesquisa pela internet foram levantadas matérias sobre o evento com pouquíssimo destaque ao Programa, sem nenhuma menção a saúde mental ou mesmo a especificidade da ação.

O fato de ter sido assinado durante um evento de catadores e pessoas em situação de rua, ambas populações em situação de desvantagem, mas que não compõem os segmentos dispostos pela lei que institui as cooperativas sociais, pode ter sido estratégico para uma futura inclusão desses públicos na pauta do cooperativismo social. Essa proposta não é nova, já havia aparecido outras vezes, exemplo disso aconteceu durante o I Encontro do Mercosul de Cooperativas Sociais, realizado em novembro de 2012, quando a inclusão de catadores de materiais recicláveis como público do cooperativismo social foi defendida por representantes da Unisol Brasil, que estavam na organização do evento¹¹⁵. A ATSMAD/MS tem se posicionado contra essa proposta, temendo que a inclusão de pessoas com transtorno mental se dilua e perca força dentro do cooperativismo social (PACHECO, 2013).

4.5 A Política de Saúde Mental e Economia Solidária e seus desdobramentos

Conforme apresentado ao longo deste capítulo, este segundo momento da Política teve como seu ponto alto a Conferência Temática, que emergiu de um campo intermediário, constituído entre saúde mental e economia solidária, num diálogo declarado com o cooperativismo popular e com outros segmentos sociais em situação de desvantagem. Este momento nasceu com forte apelo à intersetorialidade, tendo como projeto comum o cooperativismo social.

¹¹⁵ Relato do I Encontro de Cooperativismo Social do Mercosul, elaborado por representantes da Rede de Saúde Mental e Economia Solidária de São Paulo, publicado no dia 27.11.2012. Disponível em: <http://saudeecosol.org/relatos-sobre-as-mesas-do-i-encontro-do-mercosul-sobre-cooperativas-sociais/>. Acesso em: 19.11.2013, as 12hrs:40min.

A Conferência Temática assentou diretrizes de uma nova estratégia da Política, com resoluções que expressavam reivindicações mais consistentes em relação ao tema da inserção laboral, dos sentidos atribuídos ao trabalho de pessoas com transtorno mental e da própria concepção do trabalho dessas pessoas no campo da reforma psiquiátrica. A incorporação dessas resoluções às conferências nacionais de saúde mental e economia solidária revela a interseção entre os dois campos e o processo de reconhecimento que aponta para afirmação identitária de grupos da saúde mental como agentes do campo da economia solidária, e da economia solidária como proposta ético-política dentro do campo da saúde mental.

Conforme visto ao longo desse capítulo, há uma forte tendência desse campo intermediário, interseção entre saúde mental e economia solidária, confundir-se com a proposta do cooperativismo social como um novo campo. Isto porque, a análise da Política de Saúde Mental e Economia Solidária revela que seu processo de constituição desencadeou a emergência de referências conceituais sobre o tema da inserção laboral de usuários de serviços de saúde mental e a instituição de referências legais para as experiências em curso e para a própria Política que, integrados, caracterizam a emergência desse novo campo¹¹⁶.

Referências conceituais

Conforme discutido nos capítulos 1 e 2 deste estudo, o *trabalho* se manifestou como categoria importante para a compreensão do processo de construção da reforma psiquiátrica antimanicomial no Brasil. Não só no que diz respeito ao tema específico da tese, o trabalho como meio de inserção social e econômica, mas como elemento mobilizador de movimentos sociais para enfrentamento de injustiças sociais.

Cabe lembrar aqui que o Movimento de Luta Antimanicomial surgiu a partir do Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental, movimento que tinha a identidade de trabalhador como fator de mobilização coletiva. Naquele período o país vivia a redemocratização, com a mobilização de trabalhadores de diferentes setores. O MTSM reivindicava melhores condições de trabalho, o que conferiu críticas diretas ao modelo

¹¹⁶ Ver quadro síntese no anexo 9 da tese (p.305), intitulado “Eventos do governo federal que abordam o tema da inserção laboral de usuários de serviços de saúde mental e seus desdobramentos em relação à constituição de conceitos, referências jurídicas e políticas públicas”.

manicomial de assistência psiquiátrica. Problematizar o *trabalho* dentro do manicômio demandou não só rediscutir as condições de trabalho dos profissionais de saúde, mas também das relações de trabalho estabelecidas entre os profissionais e os internos daquelas instituições e entre os próprios internos. Mesmo com a reforma psiquiátrica, o sentido atribuído ao trabalho de pessoas com transtorno mental, tanto nos hospitais psiquiátricos, quanto nos Caps, era hegemonicamente compreendido como terapêutico e/ou ocupacional, próximo aquele definido por Nicácio como *trabalho protegido*. A experiência triestina tem exercido forte influência na crítica a estes sentidos atribuídos ao trabalho de pessoas com transtorno mental. Exemplos disso são as experiências de trabalho coletivo com usuários de serviços de saúde mental, surgidos durante a década de 1990, a partir do diálogo com o cooperativismo popular.

Antes de discutir o papel do cooperativismo popular e da economia solidária sobre o processo de constituição de um marco conceitual para o cooperativismo social brasileiro, cabe retomar as influências do cooperativismo social triestino. De acordo com Rotelli et al (1994:42), as cooperativas sociais são empresas que investem no trabalho como espaço promotor de trocas sociais, cidadania e emancipação, visando promover a justiça social. Segundo o autor, as cooperativas sociais convertem “o social”, tradicionalmente visto como improdutivo e dispendioso, em algo rentável para seus associados, ao mesmo tempo em que o torna atraente para a comunidade e o poder público. Por isso, o objetivo principal das cooperativas sociais seria buscar sinergia entre os mundos da assistência e da produção, buscando transformar os lugares de assistência em espaços promotores de bem-estar econômico e social¹¹⁷. Essa foi uma opção política de Trieste, houve um investimento da política de saúde mental local visando oportunizar autonomia aos usuários da rede e aos antigos internos do manicômio. Desta forma, as cooperativas sociais triestinas são iniciativas da sociedade civil, articuladas ao poder público através de parcerias público-

¹¹⁷ Franco Rotelli participou do processo de reforma psiquiátrica na província italiana de Trieste. Sua definição de cooperativa social sofre forte influência dessa experiência. Durante visitas de campo realizadas em 2008 e 2013 ao antigo complexo Psiquiátrico de Trieste, atual Parque San Giovanni, foi possível visualizar a proposta de Rotelli de sinergia entre a assistência e produção. O antigo manicômio passou a abrigar várias cooperativas sociais, onde trabalham pessoas que enfrentam diferentes situações de desvantagem. Estas pessoas, que antes estiveram encerradas em manicômios, presídios ou instituições para jovens infratores, estavam organizadas em cooperativas, produzindo e tornando concretos seus projetos de vida (termo utilizado por Isabel Marin, responsável pelo Setor de Projetos Reabilitativos do Departamento de Saúde Mental de Trieste, em entrevista durante visita de estudo à Trieste realizada em abril de 2013).

privadas, que atuam com públicos preferenciais da assistência social, utilizando o trabalho como meio de promover a integração de pessoas em desvantagem (MARTINS, 2013).

As cooperativas sociais visitadas em Trieste, durante o mês de abril de 2013, CLU e La Colina, não restringem sua atuação à inserção desses trabalhadores ao mercado, oferecem também apoio a esse processo de inserção e à permanência desses trabalhadores em cooperativas ou, como no caso da La Colina, em outras formas de trabalho. Ambas executam projetos e ações da política de saúde mental da província. Para Rotelli, a partir dessa dinâmica de integração social, as cooperativas sociais possibilitariam que aquelas pessoas migrassem do lugar de assistidas para o lugar de produtoras (1998:8).

Além da concepção de cooperativa social, os triestinos têm oferecido contribuições importantes: à crítica ao trabalho protegido; à relação entre trabalho e terapia; à compreensão de autonomia como autossuficiência; entre outros pontos discutidos ao longo da tese trazidos de forma sistemática por Nicácio em todos os debates promovidos pelo governo federal discutidos nos capítulos 3 e 4 deste estudo.

A influência da reforma psiquiátrica triestina não ficou somente no campo das ideias. O texto da lei de cooperativas sociais brasileira, é uma tradução literal do texto italiano com vetos importantes que, já naquela época, demarcaram especificidades do cenário político nacional. Em 1999, quando foi publicada a lei de cooperativas sociais, as experiências brasileiras de cooperativismo social estavam emergindo, ainda incipientes do ponto de vista organizacional, com registros pontuais de produção reflexiva sobre essas práticas (OGAWA, 1990; NOGUEIRA, KINKER, 1990; NICÁCIO, 1994). O quadro era de tentativa e erro, tendo como referência o modelo triestino de cooperativas sociais. Com a publicação da lei essas experiências ganharam certa institucionalidade e, do ponto de vista conceitual, a lei reafirmou o conceito triestino de cooperativa social, preservando a finalidade social dessas cooperativas, e a delimitação de um público alvo específico.

Os vetos sofridos pela lei refletem o que tem nela de mais brasileiro, conflitos relacionados às disputas políticas que envolvem o cooperativismo de forma mais ampliada, campo que ficou de fora das articulações para tramitação dessa lei; e as questões financeiras ligadas à previdência social. Outra especificidade da lei italiana no cenário brasileiro foi a proposição de que a cooperativa social seria regulada pelo Conselho Nacional de Assistência Social, o que a tornaria um instrumento da assistência social. Essa resolução, vetada pelo próprio presidente da república, devido sua inconstitucionalidade,

poderia ter dado efetividade à lei, numa interpretação equivocada da relação estabelecida entre as cooperativas sociais e a assistência social no cenário italiano. De qualquer forma, verifica-se hoje que as experiências de cooperativismo social que tem se desenvolvido no Brasil tem uma proximidade e um diálogo maior com o universo da economia solidária, que com universo da assistência social.

O que restou da lei italiana na lei brasileira tem servido de base para um desenho próprio do que seria o cooperativismo social no Brasil. O fato de não ter ficado vinculado às políticas de assistência social e, a partir de 2004, ter optado pela parceria com a economia solidária e, em 2013, estar oficialmente sob a coordenação da SENAES, revela que o percurso que vem sendo trilhado no cenário nacional é particularmente outro. Isto não só no campo das políticas públicas, mas também em sua base, assentada naquelas experiências criadas durante os anos de 1990 junto ao cooperativismo popular. Todo esse quadro tem reflexos importantes na produção de discursos e na definição de conceitos que se traduzem numa proposta de inserção laboral dos usuários de saúde mental que vem se constituindo a partir do contexto brasileiro.

O cotidiano e os relatos de experiências de empreendimentos como os da Cooperativa da Praia Vermelha, da Suricato, da Trabalharte e da GerAção-POA, citados nos capítulos anteriores, em especial no segundo capítulo, apresentam, além da influência dos italianos, elementos do cooperativismo popular e da economia solidária. Esses empreendimentos manifestam ainda uma postura crítica frente à relação que tem estabelecido com o mercado capitalista, o que indica incorporação de conceitos e debates provenientes do cooperativismo popular e da economia solidária (SILVA, 2004; FERREIRA, BARFKNECHT & BERTUOL, 2004; MENDES, 2007).

O diálogo da saúde mental com o cooperativismo popular e com a economia solidária tem oferecido chaves conceituais para o debate sobre os sentidos atribuídos ao trabalho da pessoa com transtorno mental. Os casos da Suricato e da GerAção-POA são exemplos importantes disso, na medida em que se constituem espaços vinculados ao campo da saúde mental, em interseção com a economia solidária e o cooperativismo popular. Essas interseções promovem diferentes encontros, que mobilizam agentes de outros campos que acabam contribuindo com os empreendimentos tanto em sua dimensão organizacional, quanto na reflexão sobre a experiência cotidiana desses coletivos. Desse encontro, da convivência concreta, emergem problematizações que permitem a revisão de

concepções e a constituição de novas práticas e sentidos sobre o trabalho dos usuários. Entre os agentes que compõem esses espaços de interseção, cabe citar as universidades, em especial as incubadoras, que tem sido demandas de forma sistemática a contribuir com essas experiências tanto em âmbito local quanto na esfera federal na execução de políticas públicas.

Conforme apresentado no capítulo 2, os agentes das incubadoras imprimem um caráter intersetorial nas discussões e no cotidiano das atividades desenvolvidas pelos coletivos da saúde mental. Essa intersetorialidade vai além do tripé usuário, familiar, profissional de saúde traçado por Vasconcelos (2004, 2007) ao estudar as organizações de empoderamento no campo da saúde mental, conforme discutido no primeiro capítulo. Experiências como a Cooperativa da Praia Vermelha, no Rio de Janeiro-RJ, onde os associados da cooperativa tem vinculação com movimentos em defesa do meio ambiente; e a Rede de Saúde Mental e Economia Solidária de São Paulo, onde os associados participaram de mobilizações como a Marcha dos Usuários em Brasília e a Primavera da Saúde; demonstram que os empreendimentos tem forte potencial de mobilização política dos usuários em torno de agendas relativas ao movimento antimanicomial, mas também a outras causas sociais (meio ambiente, cultura, economia solidária, etc.) (MONNERAT, 2005). Esta peculiaridade dos empreendimentos permite que estas iniciativas se tornem espaços de sociabilidade e, conseqüentemente, de promoção de autonomia. Esta característica poderia ser uma daquelas atribuídas ao cooperativismo social que vem se constituindo no Brasil. Além disso, poderia também ser uma das dimensões do “social” atribuído ao cooperativismo social.

Em entrevista à pesquisadora, Gonçalo Guimarães (2013a), coordenador da Incubadora da UFRJ, busca, a partir de sua experiência de mais de 10 anos assessorando empreendimentos da saúde mental, definir o que seriam as cooperativas sociais, a partir do conceito de cooperativa popular, atribuindo outro sentido ao “social” do cooperativismo social. Guimarães coloca no centro de sua argumentação a questão dos estigmas atribuídos aos segmentos que compõe a lei 9867/1999.

Para coordenador da ITCP/UFRJ, o “social” do cooperativismo social se refere à condição de desvantagem vivida por determinados segmentos da população que, para serem superadas, necessitam políticas públicas compensatórias. Na visão do entrevistado,

os diferentes grupos reunidos na lei 9.867/1999 tem em comum o fato de sofrerem estigmas que, na concepção de Guimarães, são condições estabelecidas, marcas impressas na história de determinados grupos. Essa condição tornaria os segmentos que compõem o cooperativismo social em constante desvantagem, condição esta alimentada por seus estigmas.

Em contrapartida, nas cooperativas populares há uma desvantagem atribuída a falta de oportunidade que possui, na visão de Guimarães, um forte componente econômico, que poderia ser superado com investimento financeiro do poder público. Na cooperativa popular a desvantagem seria transitória, já que está atrelada ao acesso à renda e à mobilidade econômica dos trabalhadores. Na perspectiva do entrevistado, uma cooperativa de catadores seria considerada popular, na medida em que a situação de desvantagem vivida pelos catadores tem suas raízes na má distribuição de renda.

Guimarães desconsidera que no Brasil pobreza é signo de estigma e, por isso, pode não ser tão facilmente superável com redistribuição de renda e mobilidade social. Isto porque a justiça social requer tanto redistribuição quanto reconhecimento, sozinhas nenhuma das duas estratégias de enfrentamento às injustiças são suficientes (FRASER, 2007:103). Estabelecer diferenças entre o que é da esfera do econômico e o que é da esfera do social, nestes casos, afasta a possibilidade de que a vivência de um ou mais estigmas desencadeia uma sequência de interditos sociais que, inclusive, dificultam ou, até mesmo, impedem o acesso à renda e à mobilidade socioeconômica de determinados segmentos populacionais. O caso de pessoas com transtorno mental é característico, já que pela condição de sofrimento mental acabam sendo consideradas perigosas, incapazes de aprender, de se relacionar, de estabelecer vínculos e, em consequência disso, são privadas de educação, lazer, trabalho, chegando ao ponto de serem cerceadas em seus direitos civis.

Esse quadro não está tão distante da situação vivida por pobres e miseráveis no Brasil, estigma que está estreitamente vinculado à questão racial. Exemplo disso foram os “Rolezinhos”¹¹⁸ que aconteceram em janeiro de 2014, quando adolescentes e jovens de periferias de São Paulo e Rio de Janeiro foram impedidos de entrar em shoppings

¹¹⁸ Ver artigo do sociólogo Emir Sader, intitulado *Trincheira neoliberal, shopping é “paraíso sem povo”*. Publicado no dia 15.01.2014, disponível em <http://pambazuka.org/pt/category/features/90227>, acesso em: 16.01.2014, as 14hrs:35min.

tradicionais dessas capitais sob justificativa preconceituosa e segregacionista de que estavam perturbando seus clientes. O estigma desses jovens, mobilizados pelo consumo como forma de acesso à cidadania, era a pobreza, agregada a cor da pele e a origem social. Se ser pobre demarca um estigma, como assentar a definição de cooperativa social na distinção entre o que seria da esfera do *social* e o que seria da esfera do *econômico*? As cooperativas sociais formadas por egressos do sistema prisional possuiriam, na perspectiva de Guimarães, um componente social, atribuído pelo estigma vivido por seus associados, e outro popular, atribuído pela desvantagem econômica. Sendo assim, seriam cooperativas sociais ou populares?

Para Guimarães, o componente *social* atribuído às cooperativas sociais teria por finalidade a integração e não a mobilidade social. Isto porque, na visão do coordenador da ITCP/UFRJ, nas cooperativas sociais o reconhecimento, a valoração dos indivíduos, sobrepõe o acesso à renda e à mobilidade econômica. Por isso, o sentido do trabalho nas cooperativas sociais também seria diferenciado, serviria como meio de acesso à cidadania que, segundo Guimarães, nas cooperativas populares, teria como sentido final a geração de renda e a mobilidade econômica. O argumento de Guimarães não aponta mudanças no quadro geral de desigualdade social, na medida em que as duas formas cooperativas tem como objetivo final o acesso à cidadania, sendo uma pelo reconhecimento e ambas pelo consumo.

Retomando no contexto italiano a aplicação da lei de cooperativas sociais tendo como referência o estigma, verifica-se que naquele país a aplicação da lei nacional é feita por meio de regulamentações de abrangência regional¹¹⁹. Vale lembrar que a Itália é composta por regiões autônomas, que tem certo poder decisório acerca de questões próprias aos contextos locais. O público alvo estabelecido pela lei 381, que dispõe sobre as cooperativas sociais italianas, varia de acordo com a aplicação da lei a nível regional, que determinará o que será considerado desvantagem e, de certa forma, estigma em cada região. Durante as visitas de campo realizadas em 2008 e 2013, verificou-se que províncias como Bolonha e Pesaro têm considerado como segmento em situação de desvantagem imigrantes de origem africana e asiática, o que revela preocupações de ordens identitária e econômica. Essa flexibilização da determinação dos segmentos beneficiados pela lei

¹¹⁹ Sobre o cooperativismo social no cenário internacional ver dissertação de mestrado de Martins, 2009.

italiana de cooperativas sociais, de acordo com as realidades locais, infere que a atribuição de estigmas e desvantagens se associa, no território italiano, a interesses e problemáticas próprios as suas especificidades históricas e contextuais. Enquanto isso, no Brasil, os debates em torno da possibilidade de ampliação do público alvo da lei 9867/1999, deixam a saúde mental em alerta, com receio de que, entre aqueles considerados em desvantagem, pessoas com transtorno mental e dependentes químicos sejam preteridos devido aos estigmas atribuídos à loucura e ao uso de drogas.

Se por um lado a questão da flexibilização pode fazer a lei interagir com o ambiente de forma mais efetiva, por outro essa flexibilização pode ser um meio de desmobilização do que poderia ser uma bandeira de luta ou gérmen de um movimento social. Pelo que foi verificado em campo, o cooperativismo social italiano não se configura uma bandeira de luta, mas sim um meio de integração social e realocação de recursos humanos conforme as necessidades do Estado e do mercado. Desta forma, o que no Brasil é compreendido como terceirização, na Itália denomina-se privado social, ou seja, iniciativas da sociedade civil que respondem a demandas sociais pelo Estado. Este argumento considera o fato de que na Itália houve um Estado de Bem-Estar social de fato, o que impulsionou mobilizações da sociedade civil em torno de causas sociais, traduzida como responsabilidade civil (PUTNAM, 1996).

Nesse ponto a experiência de cooperativismo social que vem se constituindo no Brasil diverge de seu modelo inspirador, na medida em que na Itália as cooperativas sociais se aproximam do chamado terceiro setor e no cenário nacional tem se desenvolvido em diálogo e sob os mesmos princípios da economia solidária. Contudo, tanto o cooperativismo social italiano quanto a economia solidária apresentam como luta comum a conquista de autonomia dos trabalhadores. Na economia solidária o conceito de autonomia está diretamente ligado à noção de organização social, de possibilidade de mobilização popular para produção, comércio e consumo a partir de valores como a solidariedade e respeito. Na reforma psiquiátrica conceito de autonomia está diretamente relacionado ao processo de desinstitucionalização, com um forte apelo à liberdade, inclusive, de organização. Tanto o campo da economia solidária quanto o campo da reforma psiquiátrica partem de uma visão alternativa à tradição liberal na compreensão de como se dá a participação democrática. Ambas compartilham a concepção de que a liberdade dos

indivíduos depende de relações comunicativas, na medida em que os indivíduos conquistam a autonomia pessoal em associação com outros indivíduos (HONNETH, 2001:69).

A compreensão de que as cooperativas sociais são uma forma de migrar do lugar de assistido para o lugar de produtor, conforme definida por Rotelli, é um ponto chave para o argumento de que autonomia é uma categoria essencial para a construção do que seria uma cooperativa social. Isto porque a autonomia se sustenta no potencial de estabelecer relações cotidianamente. Autonomia é compreendida aqui como “a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para sua vida, conforme diversas situações que enfrente” (TYCANORI, 2001:57). Sendo assim, difere da ideia de autossuficiência e de independência, na medida em que todos dependem uns dos outros para realizar atividades das mais simples e cotidianas até as mais complexas. Isto é, quanto mais dependentes forem os indivíduos de diferentes coisas e relações, mais autônomos serão e maior suas possibilidades de estabelecerem arranjos diversos em suas vidas, sejam estes, novas normas, regras ou ordenamentos (op cit). O caso específico dos usuários dos serviços de saúde mental é que estes dependem excessivamente de poucas relações/coisas, especificidade que acaba restringindo sua autonomia (op cit). A cooperativa social induziria de forma paulatina esse processo já que tem como espírito de sua prática cotidiana a busca pela autonomia de seus associados¹²⁰.

O cooperativismo social que vem se desenvolvendo no Brasil está assentado nos questionamentos postos pelos triestinos em relação à inserção da pessoa com transtorno mental no trabalho e nos princípios compartilhados pelo cooperativismo popular e pela economia solidária. Se por um lado se afasta do cooperativismo popular ao dar ênfase ao reconhecimento, compreendendo a redistribuição como consequência e não como finalidade, aproxima-se dele na medida em que compartilha com as cooperativas populares seu potencial mobilizador em prol de causas sociais. No que se refere à economia solidária, as cooperativas sociais se inserem como parte dela, como uma de suas manifestações, tal qual as cooperativas populares.

¹²⁰ Bauman argumenta justamente no sentido oposto, defendendo que a afirmação de identidades coletivas leva à perda da autonomia dos agentes sociais, pela imposição dos interesses da comunidade em detrimento das liberdades individuais (2003a, 2003b).

A noção de cooperativa social que vem se constituindo no Brasil é de que essas cooperativas são empreendimentos econômicos solidários formados por pessoas em desvantagem por suas condições físicas, psíquicas ou situações sociais específicas. Se as marcas dessas desvantagens estão no corpo, na forma de se expressar ou na história de vida desses segmentos populacionais, e foram impressas pela sociedade e chanceladas pelo Estado, o estigma atribuído por essas desvantagens deve e pode ser superado por essa sociedade e amparado pelo mesmo Estado que as tornou concretas.

Compreender o estigma como marca indelével é condenar aqueles que carregam o estigma como culpados e motivadores dessa situação de desvantagem. Seria o mesmo que afirmar que o louco é louco porque quer, que o dependente químico está nessa situação por fraqueza moral ou incapacidade de lidar com as pressões do cotidiano, ou ainda que presidiários praticam crimes por desvio de caráter e os pobres são pobres por serem preguiçosos e incompetentes. Por isso, a cooperativa social emerge como forma de organização social que visa reconhecimento de injustiças sociais, com potencial político mobilizador e demanda concreta por políticas públicas, conforme mostram as resoluções das conferências nacional de saúde mental e economia solidária. Além disso, também são empreendimentos econômicos e visam acesso à renda e direitos de cidadania.

Referencial jurídico

No caso estudado, o referencial jurídico também tem contribuído tanto para a institucionalidade da Política de Saúde Mental e Economia Solidária quanto para a construção de referências conceituais para as experiências em curso e para a política. Exemplo disso é a lei 9867/1999, que define o que são cooperativas sociais. A noção de marco jurídico não é compreendida aqui como definitiva, mas sim como a expressão de um consenso ou acordo possível selado em um determinado momento, passível de mudanças decorrentes de novos arranjos estabelecidos pelos agentes sociais. Neste sentido, conforme visto ao longo da tese, desde a lei 9867, as referências conceituais que se manifestam nas normativas têm agregado os debates desenvolvidos em torno do tema no momento de sua emergência. Nota-se que, a partir de 2004, quando houve a Oficina Nacional, conceitos relativos ao campo da economia solidária passaram a compor o quadro de referências conceituais dos empreendimentos da saúde mental e da própria Política de Saúde Mental e Economia Solidária. Alguns desses conceitos tornaram-se texto em normativas como as

portarias que instituem o GT Saúde Mental e Economia Solidária e a portaria que repassa incentivo financeiro para municípios que apoiassem grupos de geração de renda da saúde mental. Os eventos apresentados nos capítulos 3 e 4 revelam esta relação entre consensos/acordos entre os agentes sociais, referencial conceitual e marco jurídico, conforme quadro síntese apresentado ao final.

Até a realização da I Conferência Temática de Cooperativismo Social, em 2010, havia apenas a lei 9867/1999 como referência instituída oficialmente para a noção de cooperativa social no país. A lei veio no bojo dos debates sobre a reforma psiquiátrica, surgiu como oportunidade, precedida por experiências pontuais e com debates ainda incipientes sobre o tema da inserção laboral e do cooperativismo social no contexto brasileiro. Com o respaldo simbólico da lei, os debates em torno da inserção laboral de pessoas com transtorno mental permaneceram a partir de iniciativas locais que punham em discussão experiências cotidianas, que geralmente tinham como cenário os Caps. A ausência de uma lei efetiva não impediu a proliferação de iniciativas em diferentes regiões brasileiras, sustentadas na ética da reforma psiquiátrica, no sucesso de seu cotidiano e na reivindicação dos usuários por trabalho.

A partir de 2004, quando o governo federal trouxe para a agenda do executivo o tema da inclusão social dos usuários de saúde mental por meio do trabalho, a lei 9867/1999 passou a ser objeto constante de debates, conferindo vitalidade a proposta do cooperativismo social inspirada no modelo triestino. Na Oficina de 2004, com a participação da economia solidária, os debates em torno da lei foram alimentados com outros conceitos e práticas, desconhecidos até aquele momento por parte significativa do campo da saúde mental. A parceria com a economia solidária gerou expectativas de encontrar, em uma experiência local, tecida a partir das particularidades e problemáticas do cenário nacional, respostas aos impasses postos pela inaplicabilidade da lei 9867. Além disso, havia necessidade de referências práticas e teóricas sobre a questão do trabalho no contexto brasileiro. Não foi por acaso que o debate em torno da lei de cooperativas sociais acabou tornando-se pauta do marco jurídico da economia solidária.

O marco jurídico da economia solidária está em processo de construção, o que tem permitido que agentes do poder público e da sociedade civil do campo da saúde mental participem dessa construção como integrantes desse processo, como público que se

identifica como parte da economia solidária. É como se uma nova oportunidade de viver aquilo que não foi vivido durante a construção da lei de cooperativas sociais se desenhasse a partir da parceria entre os campos da saúde mental e da economia solidária. A participação de representantes de empreendimentos e de gestores públicos da saúde mental nas conferências nacionais de economia solidária e em suas plenárias, em especial a V Plenária, tem alimentado uma base social para os debates em torno do cooperativismo social. Ao mesmo tempo, essa base social tem alimentado, a partir de eventos como esses, o campo da economia solidária com novos parâmetros de inclusão e sociabilidade, a partir da experiência da loucura e da reforma psiquiátrica.

Essa questão do marco jurídico não envolve apenas uma discussão técnica, mas também processos de construção identitária e política, em busca de reconhecimento (SANCHEZ, 2012:342). Neste sentido, há um conjunto de agendas políticas postas pelos empreendimentos da saúde mental, bem como pelos demais trabalhadores da economia solidária, que se relacionam com o marco jurídico, mas com forte componente identitário. Uma dessas agendas envolve a questão da informalidade dos empreendimentos.

A informalidade limita não só a comercialização, por impedir a emissão de notas fiscais; mas também o investimento, na medida em que a falta de CNPJ torna impossível o acesso a linhas de financiamento e crédito. Limita também o reconhecimento desses empreendimentos e, particularmente no caso da saúde mental, onde predomina uma série de estigmas, a identidade de trabalhador que, instituída formalmente, torna-se muito mais cara. A informalidade também contribui para a precarização das condições de trabalho e a exclusão dos direitos trabalhistas. Além disso, dificulta o acesso a políticas públicas, já que os mecanismos institucionais do poder executivo muitas vezes não possuem formas de responder as especificidades desses empreendimentos. O caso do PRONACOOP SOCIAL, apresentado no capítulo anterior, exemplifica bem isso, na medida em que é um programa que tem por objetivo apoiar cooperativas sociais, que são empreendimentos que existem de fato, mas não existem de direito. Uma ação desse tipo desencadeada pelo executivo cria, a partir da instituição desse programa, uma contradição, que poderá oportunizar a criação de um marco jurídico efetivo que venha a assegurar respostas concretas as especificidades dos segmentos do cooperativismo social.

Como forma de enfrentar essa situação, o marco legal que instituiu o PRONACOOOP SOCIAL reconheceu inicialmente duas formas de organização jurídica dos empreendimentos do cooperativismo social: a cooperativa social e o empreendimento econômico solidária social. Além dessas duas, o decreto cita uma terceira, sem definição, que é a de associação social. Mais uma vez o marco jurídico institui saídas legais, que acabam refletindo como ações de reconhecimento e valoração identitária, bem como chaves conceituais. O conceito de *empreendimento econômico solidário social* que aparece no decreto que instituiu o Programa mescla a definição de *empreendimento econômico solidário*, conforme parâmetros utilizados pela SENAES, e elementos da lei 9867/1999, que determina que segmentos da população conferem a esse tipo de empreendimento seu caráter social. Nesse contexto, a lei de cooperativas sociais é rerepresentada pela economia solidária ao campo do cooperativismo e aos campos onde militam e atuam os segmentos sociais dispostos na lei 9867/1999. O marco legal aparece neste caso determinando a articulação entre cooperativismo social e economia solidária.

Ao passarem a integrar o campo da economia solidária, as cooperativas sociais herdam diferentes dimensões de sua história. A partir daí, o cooperativismo social passa a fazer parte de uma arena de conflitos e disputas internas e externas ao campo da economia solidária. Internas, entre as próprias entidades desse campo, como é o caso da Unisol Brasil; externas, a exemplo do campo delineado pelo cooperativismo tradicional. No que se refere à herança interna, o cooperativismo social já compõe a pauta de entidades como a Unisol Brasil, conforme discutido no capítulo anterior. À herança externa, o cooperativismo social, junto aos demais empreendimentos econômicos solidários que se organizam em cooperativas, reivindica acesso aos direitos assegurados às cooperativas (ex. tratamento tributário diferenciado, apoio do Estado, etc.) e aos fundos públicos voltados às cooperativas, como é o caso do SESCOOP (Serviço Nacional de Aprendizagem do Cooperativismo), que são controlados e restritos ao cooperativismo tradicional¹²¹ (SANCHEZ, 2012:346).

Para os atores do campo da saúde mental a maior parte desses debates ainda é ignorada, está distante da pauta do cooperativismo social, inspirada no modelo triestino, pauta consensual entre os militantes antimanicomiais. Contudo, a partir da aproximação do

¹²¹ Cooperativismo ligado à Organização das Cooperativas Brasileiras (OCB), que congrega cooperativas de diversos setores com destaque para cooperativas agrícolas, de crédito e aquelas ligadas ao setor de serviços.

cooperativismo social ao campo da economia solidária, o cooperativismo social está entrando em contato com sua vertente cooperativista, distante daquela que deu origem ao cooperativismo social triestino.

Conforme apresentado no segundo capítulo, a lei geral de cooperativismo data da década de 1970 e, por isso, revela um grande descompasso entre a realidade da época em que foi elaborada e publicada e o cenário atual dos empreendimentos econômicos solidários¹²². Entre os descompassos, a lei determina que as cooperativas tenham no mínimo 20 associados para sua formalização, o que impede a formalização de coletivos que não superam este número. Outro fator que demonstra descompasso são as dificuldades impostas pela burocracia no processo de registro de cooperativas. Um terceiro elemento está relacionado a questões tributárias, que são despesas impostas a grupos que muitas vezes não tem condições de fazê-lo por não estarem suficientemente consolidados. Todos esses impasses passam a ser também do cooperativismo social na medida em que esses empreendimentos buscam a formalização como cooperativas.

Além da institucionalidade adquirida pelo tema do cooperativismo social através do marco jurídico, notadamente pelo decreto que cria o PRONACOOOP SOCIAL, construído em conjunto pela ATSMAD/MS e pela SENAES/MTE, mas apresentado como proposta da SENAES; o cooperativismo social vem conquistando institucionalidade através de normativas do Ministério da Saúde. Exemplo disso são as portarias que instituíram o Grupo de Trabalho Saúde Mental e Economia Solidária (PT 353/2005) e aquela que determinou incentivo financeiro para municípios que apoiassem iniciativas de geração de renda dos usuários de serviços de saúde mental articuladas à economia solidária (PT 1169/2005). Além dessas, em resposta às mudanças ocorridas na gestão do SUS, o Ministério da Saúde publicou uma portaria que estabelece as cooperativas sociais e os empreendimentos econômicos solidários da saúde mental como componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial (PT nº 3.088/2011). Isto quer dizer que essa normativa atrela a noção de Reabilitação Psicossocial, conceito discutido no segundo capítulo deste estudo, à economia solidária e ao cooperativismo social. Se por um lado essa portaria é um mecanismo legal que institucionaliza os empreendimentos solidários e as cooperativas sociais como ações da PNSMAD e, por isso, como parte do processo de

¹²² Ver KUPRA, 2012; SANCHEZ, 2012; CUNHA, 2012.

reabilitação dos usuários da rede SUS; por outro vincula a parceria com a economia solidária e a mobilização em torno da noção de cooperativismo social ao campo da saúde, como estratégias da política de saúde mental. Então o marco jurídico tem conferido institucionalidade ao tema do cooperativismo social na esfera da saúde mental, com discurso assentado na proposta de reabilitação psicossocial dos usuários, mas também no plano da economia solidária, que define as cooperativas sociais como forma de inclusão social e econômica de pessoas em situação de desvantagem.

É fato que o marco jurídico confere institucionalidade à Política de Saúde Mental e Economia Solidária e, a partir de 2013, com PRONACOOOP SOCIAL, ao cooperativismo social. Contudo, essa institucionalidade não se encerra na constituição de um programa federal, mesmo que instituído por decreto presidencial, como no caso do Programa de Apoio ao Cooperativismo Social. Essa institucionalidade se assenta sobre condições políticas que mantenham a agenda na pauta do governo federal e que esta agenda seja incorporada às políticas municipais e estaduais. Para isso, é necessário compreender que, conforme demonstrado na discussão sobre a lei 9867/1999, o direito, as normas e o marco jurídico sozinhos não são suficientes para produzir o reconhecimento desejado (CAILLÉ, 2008:66). Esse reconhecimento se dá fundamentalmente nas relações sociais, na cotidianidade dos empreendimentos. Desta forma, a constituição de uma base social com força política suficiente para sustentar a letra da lei viva e atuante tem um papel imprescindível na mudança do quadro de estigma, exclusão e desvantagem vivido por pessoas com transtorno mental e pelos demais segmentos do cooperativismo social.

Constituição de uma Política Pública

A PNSMAD/MS tem como especificidade uma relação estreita com sua base de apoio, fortalecida pela capilaridade da política através das coordenações de saúde mental nas esferas municipais e estaduais. Essas coordenações fazem a gestão das redes locais de saúde mental, que acabam sendo espaços de encontro e mobilização política, em diálogo com o movimento antimanicomial. A forma com que se configura esse campo influencia de maneira significativa as relações estabelecidas entre sociedade civil e poder público na construção da política de inserção laboral, compreendida aqui como processo que se inicia com a parceria com a economia solidária e se desdobra na publicação do PRONACOOOP SOCIAL.

Numa visão geral sobre o processo de construção da Política de Saúde Mental e Economia Solidária é possível identificar a presença recorrente de um mesmo grupo de pessoas desde 2004, marcada pela filiação a um determinado coletivo ou por suas trajetórias pessoais. Esse grupo é composto por representantes de experiências de geração de renda, usuários e profissionais de saúde; gestores de políticas públicas; professores universitários; bem como representantes de entidades do campo da economia solidária.

Entre as experiências repetem-se as mesmas desde 2004. Surgem novas iniciativas, a partir da Conferência Temática, todas criadas pós 2004, articuladas à economia solidária, como a COOPCAPS de Fortaleza-CE, e a Rede de Saúde Mental e Economia Solidária de São Paulo. No que se refere às trajetórias pessoais, destacam-se personagens que tem contribuído com os debates sobre o tema da inserção laboral desde as primeiras mobilizações na década de 1990. Parte significativa desses agentes participou de empreendimentos ou esteve ligada a serviços de saúde mental, à gestão ou à militância da luta antimanicomial. Este é o caso também de alguns gestores públicos envolvidos diretamente no processo de construção da política na esfera federal e nas esferas locais.

A participação da sociedade civil nos debates públicos indica integração e diálogo entre a Política Nacional e suas bases, mas também certa priorização de alguns atores e tendências políticas na representação da sociedade civil no diálogo com o governo federal. Esse quadro tende a revelar uma maior participação de gestores e profissionais dos serviços, em detrimento aos usuários, que são o público chave da política e que, muitas vezes, tem uma atuação política marginal em relação aos demais atores do campo da saúde mental. Esta situação não se apoia somente no sofrimento mental em si, mas também em fatores como a baixa escolaridade e a situação de pobreza desses usuários, o que reflete diretamente no exercício da autonomia, na representatividade desses agentes no processo de construção da Política e, conseqüentemente, na conformação de um processo legitimamente democrático. Além disso, a concentração de gestores e profissionais de saúde nos debates acerca da inserção laboral de usuários e nos espaços de construção de políticas públicas tem contribuído com certa intelectualização das discussões que acaba dificultando o acesso e a participação efetiva dos usuários nesse processo. Por exemplo, a participação de usuários no GT Saúde Mental e Economia Solidária aconteceu, mas a representação coletiva proposta na época não foi possível devido a dificuldade em tornar

viável a comunicação entre os usuários e entre o coletivo e GT de forma autônoma. Apesar disso, há experiências de empoderamento dos usuários, muitas fomentadas por associações ligadas ao movimento antimanicomial, algumas inclusive incentivadas financeiramente pelo governo federal.

O papel das universidades nesse processo merece destaque na medida em que tem servido de espaço de experimentação e reflexão sobre o cotidiano dos empreendimentos da saúde mental assim como sobre a própria política pública. Algumas universidades têm contribuído com apoio direto aos grupos, por meio de assessoria técnica; conferindo concretude à política. Como no caso dos cursos promovidos pela incubadora da UFRJ, por meio de convênio com o Ministério da Saúde; e pela Intecoop/UFJF, que assessora grupos da saúde mental através de recursos do PRONINC.

As universidades têm contribuído também com a produção de pesquisas e o apoio à mobilização dos empreendimentos em torno dos debates que vem sendo travados sobre o tema da inserção laboral e sobre a economia solidária. Exemplo disso é a parceria do curso de Enfermagem da USP com a rede de saúde mental de São Paulo. Dessa parceria surgiu o Grupo Interdisciplinar de Estudos de Saúde Mental e Economia Solidária, coordenado pela professora Ana Luisa Aranha, que desenvolve estudos e pesquisas nessa área. Além desse grupo foram identificados outros no Diretório de Grupos de Pesquisa do CNPQ: *Economia Solidária e Cooperativismo Popular*, coordenado pela professora Ana Lúcia Cortegoso e pelo professor Ioschiaqui Shimbo, ambos vinculados à Incubadora de Cooperativas Populares da UFSCar. Estes professores participam da linha de pesquisa “Inclusão social de pessoas em situação de desvantagem física ou mental”. O Grupo SMENTAL, coordenado pelo professor Antônio Reinaldo Rabelo, do Departamento de Neurociências e Saúde Mental da UFBA, que tem como uma de suas linhas de pesquisa o tema “Inclusão Social e geração de renda”. O “Núcleo de Reforma Psiquiátrica e Saúde Mental na Atenção Básica”, coordenado pelas professoras, Maria Inês Badaró Moreira e Florianita Coelho Braga Campos, do curso de Saúde Coletiva da UNIFESP, que tem uma linha de pesquisa denominada “Trabalho e Novas Sociabilidades”¹²³. Além dos grupos de pesquisa, há projetos financiados por entidades de apoio a estudos e pesquisas. Exemplo disso foi o projeto financiado pelo CNPq, em 2005, intitulado “Saúde Mental, Trabalho e Economia

¹²³ Fonte: Diretório dos Grupos de Pesquisa do Brasil, disponível em: dgp.cnpq.br/buscaoperacional/ Acesso em 21.01.2014, as 11hrs:29min.

Solidária em Centros de Atenção Psicossocial”, coordenado pela professora Elaine Tomasi da Escola de Psicologia da UCPel.

O ambiente universitário permite experimentações e espaços de reflexão possibilita explicitar questões e conflitos que no ambiente político governamental ficariam restritas a protocolos e tabus. Essa característica tem permitido que as universidades circulassem entre governo e sociedade civil mediando diálogos e executando projetos das duas esferas. O perfil acadêmico dos agentes do poder público envolvidos diretamente com a Política de Saúde Mental e Economia Solidária, todos professores universitários e/ou pesquisadores, também tem contribuído com a realização de pesquisas e a produção acadêmica sobre a temática (MARTINS, 2007, 2009, 2012, 2013; PACHECO, 2013b).

Apesar desse cenário ainda são poucos os casos de pessoas oriundas do campo da economia solidária que transitam pelos dois campos fazendo essa mediação e promovendo articulações. Nota-se que há um recorte onde a saúde mental se apropria de pontos específicos da Política de Economia Solidária e, por sua vez, a economia solidária acessa apenas parte das especificidades da PNSMAD/MS. A partir da análise geral do cenário apresentado é possível verificar que há uma maior integração entre os dois campos na esfera da gestão federal, onde há um adensamento maior dos debates, propiciados, em certa medida, pelo GT Interministerial Saúde mental e Economia Solidária. A parceria selada em âmbito federal, quando comparada às parcerias pontuais entre saúde mental e economia solidária nos estados e municípios, está instituída não só por meio de ações conjuntas entre as duas políticas, mas também por marcos jurídicos como o PRONACOOP SOCIAL.

O PRONACOOP SOCIAL é reflexo disso na medida em que é um programa interministerial que surge de um grupo de gestores do governo federal, mobilizados pela ATSMAD/MS e pela SENAES/MTE em torno da noção de cooperativismo social. Neste caso, a parceria na esfera federal precedeu a mobilização de uma demanda da sociedade civil que articulasse os segmentos do cooperativismo social, conforme mostra a Conferência Temática. Esta Conferência foi resultado de um esforço do governo federal, em parceria com algumas representações da sociedade civil, de por em diálogo diferentes setores no sentido de reuni-los em torno de uma proposta comum de inserção laboral. Com a finalidade de transmitir a intersectorialidade da política em âmbito federal, sob a chancela do cooperativismo social, às demais esferas e à sociedade civil organizada.

Outro aspecto importante da constituição de uma base social para esta política é a inserção laboral dos usuários como agenda prioritária dos Caps. A capilarização da parceria da saúde mental e da economia solidária na esfera federal foi induzida de forma significativa pela PNSMAD/MS, não só como proposta ético política, mas através de fomento financeiro a essa parceria. Atualmente empreendimentos solidários e cooperativas sociais são o componente “Reabilitação Psicossocial” da PNSMAD/MS, conforme discutido anteriormente no item relativo ao marco jurídico. Assim, todo e qualquer Caps, ou outros serviços substitutivos da rede de saúde mental, tem como atribuição incentivar e apoiar essas organizações dos usuários.

Segundo dados do Ministério da Saúde, em 2012, o Brasil somava 1.742 Caps, desse total 1.137 foram credenciados pelo Ministério da Saúde após 2004, quando iniciou a parceria com a economia solidária. Esse dado revela que mais da metade dos Caps brasileiros nasceram quando a inserção laboral dos usuários por meio da economia solidária e do cooperativismo social compunha a pauta do governo federal. Levando em consideração o tempo de maturação da política e seu processo de capilarização, pelo menos metade desses serviços deve apresentar alguma iniciativa de inserção laboral articulada à economia solidária. Dados do Ministério da Saúde de 2012 somam 640 iniciativas de geração de trabalho e renda da saúde mental. Interessante pensar quais as consequências dos sentidos atribuídos ao trabalho dos usuários pela articulação com a economia solidária nos Caps que nascem com esta política já instituída.

Outro aspecto que merece ser discutido é a relação entre Políticas com institucionalidades tão diferentes. A PNSMAS/MS possui uma institucionalidade que na Política de Economia Solidária está em processo de construção. A PNSMAD tem arcabouço jurídico, é uma política pública consolidada, que tem resistido às intempéries políticas; está em sua quarta conferência nacional; tem capilaridade nas esferas municipal e estadual, com representações locais instituídas. Em contrapartida, a Política de Economia Solidária está se estruturando, ainda a mercê das mudanças e interesses governamentais. A rede de gestores de políticas públicas de economia solidária ainda é frágil no que diz respeito à representatividade política frente a outros setores. Tudo isso faz com que a Política de Economia Solidária encontre sua centralidade na militância. A saúde mental foi incorporada à agenda da Política Nacional de Economia Solidária por agentes públicos,

por gestores do governo federal. A saúde mental tornou-se pauta da Política Nacional de Economia Solidária apenas um ano após a criação da SENAES, antes mesmo da realização de sua primeira Conferência Nacional. A saúde mental está na agenda da SENAES desde o início do processo de construção da Política o que, de certa forma, transmitiu a parceria com a saúde mental para o movimento social da economia solidária, quando militantes da saúde mental, sob incentivo do governo federal, passaram a compor espaços públicos da economia solidária. As duas conferências nacionais e a V Plenária são exemplos disso.

Apesar de ser reconhecido que, mesmo antes da parceria da saúde mental e da economia solidária na esfera federal, havia experiências pontuais de articulação local entre os dois campos, pelo que foi discutido até agora, o papel dessas duas políticas nacionais na inclusão da inserção laboral dos usuários de saúde mental nas agendas governamental e da sociedade civil organizada pode ser considerado significativo e, algumas vezes, até determinante. A questão da institucionalidade pode refletir no veículo que irá permitir a capilaridade da parceria entre saúde mental e economia solidária. Se na saúde mental a capilaridade tem se dado de forma mais sistemática por meio de entidades do poder público, na economia solidária, devido as suas especificidades, tem ocorrido por representantes da sociedade civil em diálogo com o poder público. Na saúde mental os profissionais de saúde e a gestões locais da Política de Saúde Mental tem contribuído de forma evidente com a capilarização da parceria com a economia solidária, já neste outro campo, as incubadoras tem sido importantes na propagação dessa proposta, com apoio financeiro e político do governo federal.

Em 2004, quando a ATSMAD/MS optou pela economia solidária como estratégia para lidar com a demanda por trabalho dos usuários e da própria reforma psiquiátrica, na medida em que seu processo de consolidação tende à autonomia das pessoas com transtorno mental, a economia solidária era pouco conhecida pelo campo da saúde mental. A aposta feita por Delgado e sua equipe foi baseada em experiências locais muito pontuais e respaldada por um fórum de pouca expressividade numérica, lembrando que a Oficina Nacional contou com menos de 100 participantes. Em contrapartida, esta mesma Oficina contou com atores sociais importantes e estratégicos do ponto de vista político o que lhe conferiu expressividade neste quesito. Essa não foi uma característica exclusiva da Oficina Nacional de 2004, mas de todos os eventos realizados pelo ATSMAD e pela SENAES para

discussão do tema da inserção laboral dos usuários por meio da economia solidária e, a partir de 2010, do cooperativismo social. Todos esses fóruns (Oficina Nacional, GT, Turma Nacional, Conferência Temática, II Encontro de Experiências) contaram com representantes de ambos os ramos do Movimento Antimanicomial, militantes com produção teórica sobre o tema, pessoas com potencial de multiplicação da proposta do governo federal e com certa representatividade nacional.

Desde a Oficina Nacional a ATSMAD/MS, através da PNSMAD, tem incentivado que os arranjos coletivos, aos moldes da economia solidária, seriam mais apropriados à inserção laboral dos usuários de serviços de saúde mental. Com pouco ou nenhum apoio a outras formas de trabalho, como a inserção no mercado formal e o trabalho autônomo e individual. A PNSMAD/MS se vê entre uma opção política, baseada numa escolha ética, e a demanda posta através das conferências nacionais por formas diversificadas de inserção nos mundos do trabalho. O discurso estatal toma concretude, promovido por seus agentes, porta-vozes da coletividade, e reproduzido pelas demais esferas do poder público, até chegar como verdade universal aos agentes da sociedade civil (BOURDIEU, 2012:1b).

Bourdieu, em seu texto as duas faces do Estado, problematiza esse privilégio dos agentes estatais de tornar debates e questões localizadas em universais e que, para isso, apropriam-se desse universal e passam a ser considerados seus legítimos representantes. Experiências pontuais tornam-se iniciativas exemplares e passíveis de serem replicadas e tornadas referências nacionais. Os agentes públicos, detentores do monopólio do universal, atribuem a essas experiências, que são soluções para problemáticas locais, um tom universal, uma solução multiplicável e verdadeira, o que determina quais caminhos os usuários da política devem trilhar. Desta maneira, aquilo que poderia ser considerado uma estratégia para inserção laboral e integração social dos usuários de serviços de saúde mental, passa a ser a opção. A parceria com a economia solidária tende a deixar de ser uma opção ética e política para se tornar uma prescrição do governo federal. O marco jurídico tem papel importantíssimo nesse processo, na medida em que confere à proposta ares de verdade absoluta, determinação de um ente superior, o Estado (BOURDIEU, 2012a).

Nesta perspectiva, a Política de Saúde Mental e Economia Solidária, que tem desencadeado a formação de uma política ampliada, sob a chancela do Cooperativismo

Social, tem cumprido sua função de inclusão, tanto no que diz respeito à reivindicação da reforma psiquiátrica por autonomia, quando a demanda dos usuários de serviços de saúde mental por trabalho. Mas quais são as consequências desse processo que vem sendo desencadeado pelo poder público? Que tipo de integração social a política que vem se constituindo promoverá? Burity propõem duas leituras da noção de *inclusão*, a primeira que compreende incluir como

‘atender às reivindicações’, ‘negociar’ apoios e alianças, garantir os direitos civis e políticos de cidadania; ou seja, *incorporar à ordem vigente* um conjunto de demandas e atores cuja saliência ou mobilização não mais se poderia negar, legitimando esta mesma ordem (BURITY, 2006:48).

E a segunda, onde a noção de inclusão está relacionada a

uma questão de abertura e de gestão: abertura, entendida como sensibilidade para identificar e recolher as manifestações de insatisfação e dissenso sociais, para reconhecer a ‘diversidade’ social e cultural; gestão, entendida como crença no caráter quantificável, operacionalizável, de tantas demandas e questionamentos administráveis por meio de técnicas gerenciais e da alocação de recursos em projetos e programas (as políticas públicas) (op cit, p.48).

Para Burity (2006:49), quando o gestor torna essas demandas quantificáveis, traduzindo-as em políticas públicas, o caráter político das identidades em questão acaba se diluindo. Desta forma, na visão do autor, a inclusão despolarizaria as demandas sociais, na medida em que essas identidades perderiam seu potencial de questionamento à ordem vigente, sendo reduzidas a expressões de diversidade social.

Essa diversidade social que Burity menciona pode não ter inscritas em si as soluções impostas pelos problemas que ela própria apresenta, mas tem potencial transformador na medida em que sua heterogeneidade pode revelar pontos individuais de ruptura que podem dar lugar a um discurso emancipatório de caráter hegemônico (LACLAU, 2006:37). A economia solidária já tem demonstrado que esta experiência é possível e efetiva, já que ela própria agrega diferentes movimentos sociais, com pautas específicas, mas que tem em comum a busca por relações diferenciadas daquelas impostas

pelo mercado convencional, referenciadas na competição e subordinação dos mais frágeis. No caso estudado, o cooperativismo social traria a mesma proposta emancipatória, agregadora de diferentes bandeiras sob uma mesma chancela ética, política e ideológica. Isso requer uma apropriação da proposta pela sociedade civil organizada, o que não exclui o apoio do poder público nesse processo.

Por fim, é preciso considerar ainda que o processo de conversão de uma agenda do Estado em política pública não está restrito à esfera técnica do poder executivo. Esse processo é permeado também por valores, interesses, elementos ideológicos e projetos políticos que refletem as relações entre os diferentes agentes sociais envolvidos (SERAFIM & DIAS, 2011:314). As políticas públicas seriam o resultado dessa arena de disputas, atrelada às possibilidades de articulação política, de respaldo teórico e, até mesmo, dos insumos materiais disponíveis para investimento (op cit).

5. SÍNTESE GERAL E CONSIDERAÇÕES FINAIS

As distintas concepções sobre loucura e as formas de lidar com este fenômeno estão estreitamente ligadas às relações de poder e dominação que se expressam através dos discursos e de seus agentes ao longo da história. As diferentes reformas na assistência psiquiátrica traduzem um cenário de transformações intensas animadas por dinâmicas de construção e reconstrução desses discursos revelando uma arena de lutas e disputas onde as barreiras de segregação e preconceito em relação à loucura têm sido questionadas. Reflexo desse quadro foi a emergência de um movimento social de cunho antimanicomial que, a partir da mobilização de uma base social crítica, tem impulsionado mudanças no modelo de assistência psiquiátrica, mas também a consolidação da reforma psiquiátrica antimanicomial como política pública.

Com o avanço da reforma psiquiátrica antimanicomial, e a crescente participação dos usuários nesse processo, a demanda em torno do acesso a direitos de cidadania se amplia, respondendo a exigência de integralidade que a nova lógica de cuidado à saúde mental prevê. A CNSM-I confirmou esse cenário através da conjunção de diferentes setores do governo federal, em uma proposta articulada de lidar com a complexidade imposta pela loucura. A parceria com a economia solidária reflete o rumo dado à PNSMAD/MS.

Cabe lembrar que o movimento antimanicomial surgiu na luta de trabalhadores por melhores condições de trabalho, o que acabou revelando a situação de abandono e violência dentro dos manicômios. As reivindicações em torno da pauta trabalho dentro do movimento deixaram de ser exclusividade dos profissionais de saúde tornando-se demanda também dos usuários. Esse novo contexto desencadeia processos de resignificação do trabalho da pessoa com transtorno mental dentro do campo da saúde mental.

A resignificação do trabalho dialoga com as concepções que permeiam a assistência psiquiátrica. A concepção manicomial de assistência psiquiátrica produz e é alimentada por uma leitura do trabalho como meio de controle e domesticação dos corpos e silenciamento do discurso da pessoa com transtorno mental. A inovação trazida pela reforma psiquiátrica antimanicomial está justamente nas concepções e na forma que seus conteúdos adquirem nas práticas cotidianas dos serviços. Desta maneira, a noção de trabalho tem sido

instrumentalizada a partir de uma relação dialética com a clínica da reforma psiquiátrica, em diálogo com a proposta de reabilitação psicossocial.

O estudo sugere uma diferenciação didática entre o que é oficina terapêutica e o que seriam as chamadas oficinas de geração de renda, sistematizando diferenças e aproximações, com o objetivo de convocar as experiências a refletir criticamente sobre a prática cotidiana desses grupos nos serviços ou aquelas fora dos serviços, mas animadas por profissionais de saúde. Também contribuem com esse processo de resignificação do trabalho as relações estabelecidas entre o campo da saúde mental, a experiência triestina de cooperativismo social, o cooperativismo popular e a economia solidária.

Ainda em 2004, durante I Oficina Nacional, as cooperativas sociais eram uma possibilidade de arranjo organizacional, instituído como lei, mas sem efetividade em sua aplicação. Além disso, tinham um forte sentido simbólico por representar a experiência de cooperativas sociais desenvolvida da província italiana de Trieste, que serviu de modelo inspirador para a reforma psiquiátrica brasileira. Afora seu peso simbólico, a lei expressava inovação em contrapartida à concepção terapêutica atribuída ao trabalho de pessoas com transtorno mental dentro dos serviços de saúde. O diálogo entre as iniciativas de geração de renda dos usuários dos serviços e o cooperativismo popular trouxe à letra da lei, tradução da lei italiana, elementos da realidade local, vivida no cenário brasileiro. Nesta troca, a partir do cooperativismo popular, algumas dessas iniciativas pioneiras tiveram contato com princípios do cooperativismo e com os desafios impostos por esse campo. A lei permaneceu como símbolo, mas a vivência concreta fez com que essas experiências buscassem criativamente respostas que a lei não alcançou. Foi através do cooperativismo popular que iniciativas de geração de renda da saúde mental tiveram acesso à proposta da economia solidária de forjar uma nova economia, alternativa ao capitalismo e às práticas assentadas em relações de subordinação, exploração e produção incessante de desigualdade.

O encontro com o cooperativismo popular e com a economia solidária permitiu às iniciativas de geração de renda da saúde mental acessar elementos concretos para definir e compreender a experiência que estavam colocando em curso. Apesar de o cooperativismo social triestino ter oferecido bases críticas à problematização do papel conferido ao trabalho atribuído aos usuários de saúde mental, a aplicação da lei italiana no contexto

brasileiro perdeu parte significativa de sua potencialidade de ação, não só pelos vetos sofridos pelo texto da lei, mas também pelo descompasso entre a realidade vivida no cenário nacional e aquela onde foi elaborada a lei italiana.

O diálogo com o cooperativismo popular e com a economia solidária, estabelecido pelas experiências brasileiras, permitiu que a potencialidade de ação da lei, e do que ela expressa da história triestina, fosse resgatada a partir de uma leitura definida pelas especificidades do contexto nacional. Além disso, esse diálogo tem contribuído para que as experiências de geração de renda dos usuários de saúde mental tornem-se cada vez mais espaços importantes para mobilização dos usuários no enfrentamento a injustiças e na luta por seus direitos. Todas essas mobilizações em torno da inserção laboral de usuários de saúde mental entraram para a agenda do poder público em diálogo com a economia solidária.

Este estudo abordou o processo de construção da Política de Saúde Mental e Economia Solidária e seus desdobramentos, buscando focar os contextos de formulação e implementação dessa política, bem como as dinâmicas de interação entre agentes do poder público e da sociedade civil nesse cenário.

O processo de construção da Política compreende dois momentos: o primeiro, inaugurado com a *Oficina Nacional de Experiências de Geração de Trabalho e Renda de Usuários de Serviços de Saúde Mental* realizada em 2004; o segundo, que se inicia com a I Conferência Temática de Cooperativismo Social ocorrida em 2010. O primeiro momento foi marcadamente de concertação entre agentes da saúde mental e da economia solidária. Neste período foi impresso um caráter de reconhecimento à Política, herança tanto das lutas empreendidas pela reforma psiquiátrica, quanto da plataforma política da economia solidária. Em resposta a este contexto a Política foi desenvolvida como uma estratégia de valorização e empoderamento, que visava aumentar ou recuperar o potencial de pessoas com transtorno mental de estabelecer trocas sociais através do trabalho coletivo nos termos da economia solidária.

Esse primeiro momento foi objeto de pesquisa da dissertação de mestrado defendida em 2009, intitulada “Cooperativas Sociais no Brasil: debates e práticas na tecitura de um campo em construção”, quando foi resgatado o estado da arte das

cooperativas sociais no cenário nacional desde seu modelo inspirador, até a proposta de uma política pública de inserção laboral, voltada para usuários da rede pública de saúde mental, por meio da economia solidária. Ao final desse estudo foram identificados três caminhos que se desenhavam possíveis naquele momento para o campo que estava se constituindo. As cooperativas sociais poderiam ser incorporadas ao movimento da economia solidária, tornando-se parte deste campo como empreendimentos econômicos solidários. Outra possibilidade que parecia surgir era a noção de cooperativa social permanecer apenas como uma forma jurídica, perdendo progressivamente seu sentido histórico e político e servindo para formalização de qualquer empreendimento composto por pessoas em situação de desvantagem. O terceiro caminho seria constituir-se como um campo mobilizador, que agruparia diferentes segmentos sociais na luta pela conquista e na garantia do direito ao trabalho.

Em 2009, quando foi defendida a dissertação, os diferentes agentes sociais envolvidos neste processo estavam construindo caminhos nestas três direções. Passados cinco anos, as análises desenvolvidas durante o processo de pesquisa do doutorado permitiram verificar que os três caminhos acabaram se revelando como dimensões de um mesmo campo e não como opções excludentes a serem trilhadas. Como desdobramento da parceria entre saúde mental e economia solidária no governo federal, a partir de 2010, o cooperativismo social adquiriu centralidade nos debates em torno da inserção laboral de usuários da saúde mental na articulação entre as duas políticas. Nesse período intensificou-se também a participação de outros setores do governo federal e da sociedade civil em torno desta agenda política.

Neste segundo momento da Política a questão da sustentabilidade dos grupos emerge como pauta de forma mais efetiva, com vistas à passagem de grupos informais a empreendimentos de fato, permitindo autonomia econômica e, principalmente, de gestão. O percurso analisado no terceiro capítulo constituiu bases para que nesse segundo momento pudesse emergir um cooperativismo social à moda brasileira, que preserva suas origens junto à experiência triestina, em diálogo com o cooperativismo popular, mas integrado à economia solidária e às peculiaridades do cenário nacional.

A criação de Programa de Apoio ao Cooperativismo Social, no final de 2013, instituiu um mecanismo institucional de apoio às iniciativas de geração de renda da saúde

mental, resguardando o significado simbólico da lei 9867/1999 para o campo da saúde mental. Se por um lado o programa representa a promessa de driblar os impasses referentes ao marco jurídico, por outro é uma política pública referenciada numa lei com problemas estruturais e voltada para segmentos populacionais muito específicos, que demandam ações articuladas com outras políticas públicas. Apesar disso, o PRONACOOP SOCIAL reacende o debate sobre inserção laboral a partir de novos parâmetros construídos por uma base social que vem se adensando de forma significativa na última década, principalmente após o diálogo sistemático com a economia solidária. A intersectorialidade proposta pelo Programa potencializa a participação de novos agentes, o que contribui para a conjunção de diferentes segmentos sociais em situação de desvantagem sob a chancela do cooperativismo social.

O PRONACOOP SOCIAL nasce num cenário onde a ênfase na valorização das diferenças, defendida nos primeiros anos do Partido dos Trabalhadores na presidência da república, não se configura mais prioridade da gestão no governo federal. O lema do governo petista passou de *Brasil um país de todos* para *País rico é país sem pobreza*, numa mudança evidente de estratégia no enfrentamento às injustiças sociais. O modelo de desenvolvimento adotado aposta na redistribuição econômica como forma de amenizar a desigualdade de classe e reduzir as contradições sociais. Cresceu o investimento público na exportação de matéria prima (petróleo, minério), no agronegócio, nas grandes obras (Belo Monte), nos grandes espetáculos (Copa e Olimpíadas), na privatização (portos, aeroportos, ferrovias, estradas), e em grandes programas de habitação e de transferência de renda.

Por outro lado vem perdendo espaço, com nítida exceção da agenda feminista, as questões ligadas à identidade e ao reconhecimento, que demandam políticas específicas e tomam a diversidade como irredutível na democracia contemporânea. Este impacto tem sido sentido nas políticas indígenas, de combate ao racismo, de álcool e outras drogas, de combate à homofobia, de enfrentamento da AIDS, de combate à intolerância religiosa, de diversidade cultural, de Direitos Humanos, entre outras.

Neste contexto, tanto a PNSMAD/MS quanto a SENAES passaram por readequações na gestão Dilma Rousseff. A questão do crack serve de exemplo, quando por influência direta da presidenta, a política de saúde mental teve de incluir as comunidades terapêuticas como parte da rede SUS. Já para a SENAES foi proposta a transferência do

Ministério do Trabalho e Emprego a uma nova secretaria voltada a micro e pequenas empresas¹²⁴, numa mesma tentativa da presidenta de evitar possíveis perdas na base política do governo. Situações como estas indicam a necessidade de enfrentar o crescente risco de desvirtuamento das políticas de saúde mental e economia solidária, que ameaça também o PRONACOOP SOCIAL.

Além de fortalecer politicamente a saúde mental e a economia solidária no governo federal, é necessário ainda superar fragilidades estruturais em suas áreas técnicas, garantindo número suficiente de gestores, com quadro de profissionais de carreira que possam garantir a continuidade dessas políticas. Constatou-se que há uma falta de sistematização de informações sobre a Política, demonstrando ainda pouco investimento em avaliação e monitoramento no âmbito da administração pública. Isto se refletiu não só em escolhas feitas sobre a metodologia da pesquisa, mas também como dado a ser considerado sobre a análise da própria Política durante a tese. Assim, o estudo empreendido também serve de registro e sistematização de informações que poderão servir tanto a outros pesquisadores quanto ao próprio poder público.

Se do ponto de vista da gestão o PRONACOOP SOCIAL não está assegurado, apesar dos avanços, do ponto de vista da sociedade civil também não. Isto porque o debate em torno da inserção laboral e do cooperativismo social permanece restrito a um grupo seletivo de agentes. Em consequência disso, o refinamento progressivo das discussões acaba dependendo cada vez mais de uma burocracia técnica, concentrando as decisões sobre o processo em especialistas ou referências na temática em questão. Esta situação dificulta a apropriação mais ampla e democrática dos segmentos sociais que não possuem o mesmo nível de escolarização e acesso à participação. Neste sentido, o limite deste estudo indica a necessidade urgente da realização de pesquisas sobre a Política de Saúde Mental e Economia Solidária na perspectiva de seus beneficiários. A tese deixa como desafio à autora, aos leitores e às leitoras a proposta de desenvolverem pesquisas que envolvam a participação dos usuários de saúde mental como pesquisadores e produtores de conhecimento.

Apesar dos desafios, o estudo mostrou que a parceria da saúde mental e da economia solidária no governo federal é efetiva e com expectativas de avanço.

¹²⁴ PL 865/2011.

Experiências locais afirmam essa parceria e confirmam que a articulação entre os dois campos tem permitido agregar forças junto à reforma psiquiátrica no enfrentamento de injustiças históricas sofridas por pessoas com transtorno mental. A interação entre agentes da saúde mental e da economia solidária, e a interseção entre os dois campos, não se restringe à afirmação identitária ou ao acesso à renda, mas, sobretudo, à conquista e garantia dos direitos humanos dessa população.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, N. *Contribuições à tematização das oficinas nos Centros de Atenção Psicossocial*. In COSTA, C. M & FIGUEIREDO, A.C. (org). *Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2004.
- AMARANTE, P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- _____. *Saúde Mental, Desinstitucionalização e Novas Estratégias de Cuidado*. In GIOVANELLA, L. et al. (orgs). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.
- AMARANTE, P; ROTELLI, F. *Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos*. Disponível em: www.pauloamarante.net. Acesso em: 05.06.2008.
- ANTUNES, R. *Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho*. São Paulo: Boitempo Editorial, 1999.
- ARBEX, D. *Holocausto brasileiro: 50 anos sem punição*. Jornal a Tribuna de Minas, postado em 20.11.2011, as 7hrs:00min. Disponível em: <http://www.tribunademinas.com.br/cidade/holocausto-brasileiro-50-anos-sem-punic-o-1.989343>. Acessado em 31.12.2013, as 20hrs:14min.
- AZEVEDO, C. S. & BORBA, F. S. *Jardim: o despertar da semente como espaço de criação*. In COSTA, C. M & FIGUEIREDO, A.C. (org). *Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2004.
- BARROS, D. D. *Jardins de Abel: desconstrução do manicômio de Trieste*. São Paulo: EdUSP, Lemos Editorial, 1994.
- BAUMAN, Z. *Duas fontes de comunitarismo*. In *Comunidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003a.
- _____. *O nível mais baixo: o gueto*. In *Comunidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003b.
- BERTOLETE, J. M. *Em busca de uma identidade para a Reabilitação Psicossocial*. In PITTA, A. *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: Editora Hucitec, 2001.
- BEZERRA, B. *A clínica e a reabilitação psicossocial*. In PITTA, A. *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: Editora Hucitec, 2001.
- BORGES, G. R. *Os princípios cooperativistas na lei e no estatuto*. In GEDIEL, J. A. P. (org). *Os caminhos do cooperativismo*. Curitiba-PR: Editora da UFPR, 2001.
- BORGES, C. F. & BAPTISTA, T.W.F. *O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004*. *Cad. Saúde Pública*, 24(2) fev. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz, 2008.
- BOURDIEU, P. *Questões de sociologia*. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1983.

_____. As duas faces do Estado. Texto extraído do livro *Sur l'État. Cours au Collège de France, 1989-1992*. Raisons d'agir-Seuil. Le Monde Diplomatique Paris, 05.01.2012a. Disponível em: <https://www.diplomatique.org.br/artigo.php?id=1080>. Acesso em: 19.01.2014, as 10hrs:29min.

_____. Como se fabricam os debates públicos. Texto extraído do livro *Sur l'État. Cours au Collège de France, 1989-1992*. Raisons d'agir-Seuil. Le Monde Diplomatique Paris, 05.01.2012b. Disponível em : <http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCgQFjAA&url=http%3A%2F%2Fxa.yimg.com%2Fkq%2Fgroups%2F20194435%2F1705720863%2Fname%2FComo%2Bse%2Bfabricam%2Bos%2Bdebates%2Bp%25C3%25BAblicos.doc&ei=880EU5XzHZHLkAeC8oDoBA&usg=AFQjCNFc9fG84CK1sOakY8qjQN78k0htfQ>. Acesso em 19.02.2014, as 10hrs:31min.

BRASIL/CÂMARA DOS DEPUTADOS. Seminário Direito à Saúde Mental: regulamentação e aplicação da lei 10.216. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2002.

BRASIL/MS. *Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

_____. *Relatório Final da II Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: MS, 1994. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf_mental.pdf, acesso em 13.08.2013, as 16hrs:35min.

_____. *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002.

_____. *Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. *Legislação em Saúde Mental: 1990-2004*. Brasília: MS, 2004b.

_____. *Relatório da Oficina de Geração de Renda de Usuários de Saúde Mental*. Brasília: ATSMAD/SAS/MS, 2005a.

_____. *Critérios para a escolha dos representantes (1 titular e 1 suplente) da Rede de Experiências de Geração de Renda e Trabalho em Saúde Mental e Economia Solidária, para o Grupo de Trabalho instituído pela Portaria GM nº 353, de 7 de março de 2005*. 24.05.2005. Brasília: ATSMAD/SAS/MS, 2005b.

_____. *Saúde Mental e Economia Solidária: Inclusão Social pelo Trabalho*. Brasília: MS, 2005c.

_____. *Relato da I Reunião do Grupo de Trabalho Saúde Mental e Economia Solidária*. Brasília: ATSMAD/SAS/MS, 10.07.2005d.

_____. *Relato da II Reunião do Grupo de Trabalho Saúde Mental e Economia Solidária*. Brasília: ATSMAD/SAS/MS, 05.10.2005e.

_____. *Plano de Trabalho do Subgrupo marco jurídico do Grupo de Trabalho Saúde Mental e Economia Solidária*. Brasília: ATSMAD/SAS/MS, 16 e 17.08.2005f.

_____. *Relato da III Reunião do Grupo de Trabalho Saúde Mental e Economia Solidária*. Brasília: ATSMAD/SAS/MS, 09.03.2006a.

_____. *Relatório final do Grupo de Trabalho Saúde Mental e Economia Solidária, instituído pela Portaria nº 353 de 7 de março de 2005*. Brasília: ATSMAD/SAS/MS, 2006b.

_____. *Transcrição da Cerimônia de entrega do relatório final do Grupo de Trabalho Interministerial Saúde Mental e Economia Solidária e da Turma Nacional de Formação em Economia Solidária para gestores da saúde mental*. Brasília: ATSMAD/SAS/MS, 2006c.

_____. *A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo*. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, 2006d.

_____. *Relatório de Gestão 2003-2006*. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Brasília: ATSMAD/SAS/MS, 2007.

_____. *II CHAMADA PARA SELEÇÃO DE PROJETOS DE ARTE, CULTURA E RENDA NA REDE DE SAÚDE MENTAL*. Portaria GM 1169, de 07.07.05. Brasília: ATSMAD/SAS/MS, 2009.

_____. *II CHAMADA PARA SELEÇÃO DE PROJETOS DE ARTE, CULTURA E RENDA NA REDE DE SAÚDE MENTAL: Expansão e Consolidação da Rede Brasileira de Saúde Mental e Economia Solidária*. Portaria GM 1169, de 07.07.05. Brasília: ATSMAD/SAS/MS, 2010.

_____. *IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial: relatório final*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

_____. *Relatório de Gestão 2007-2010*. Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Brasília: MS, 2011b.

_____. *CIST- Cadastro de Iniciativas de Inclusão Social pelo Trabalho*. Atualizado em 2012. Brasília: ATSMAD, 2012.

BRASIL/MTE. *Documento Final*. I CONAES. Economia Solidária como Estratégia e Política de Desenvolvimento. Brasília: SENAES/MTE, 2006.

_____. *Sistema Nacional de Informações em Economia Solidária – SIES. Cd-rom: Base de dados/SIES/2005-2007*. Brasília: SENAES/MTE, 2009.

_____. *Conferência Temática de Cooperativismo Social*. Caderno Temático. Brasília: 2010a.

_____. *Documento Final*. CONAES. Pelo direito de produzir e viver em cooperação de maneira sustentável. Brasília: SENAES/MTE, 2010b.

_____. *Avaliação do Programa Nacional de Incubadoras Tecnológicas de Cooperativas e Empreendimentos Solidários – PRONINC: Relatório Final*. Recife-PE: MTE/IADH, 2011.

_____. *Avanços e desafios para as políticas públicas de economia solidária no governo federal – 2003/2010*. 8 anos de economia solidária no governo federal. Brasília: 2012.

BRASIL/PR. *Acordo de Cooperação Internacional entre Brasil e as Regiões Italianas de Úmbria, Marche, Toscana e Emilia Romagna*. Tema Cooperativismo Social. Relatório de

Atividade: Missão Interministerial e de representantes da Sociedade Civil brasileira à Itália. Brasília: PR, 2009.

BURITY, J. A. *Cultura e identidade nas políticas de inclusão social*. In BURITY, J. A. & AMRAL JR. A. (orgs). *Inclusão social identidade e diferença: perspectivas pós-estruturalistas de análise social*. São Paulo: Annablume, 2006.

CAILLÉ, A. *Reconhecimento e sociologia*. RBCS Vol. 23 n°. 66. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v23n66/10.pdf>, acesso em: 12.05.2013, as 21hrs:41min.

CAMILLO, O. *Relato da Reunião do Subgrupo legislação do Grupo de Trabalho Saúde Mental e Economia Solidária*. Santo André-SP: 19.08.2005.

CASTEL, R. *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*. Petrópolis-RJ: Vozes, 1998.

CARMO, P. S. *História e ética do trabalho no Brasil*. Coleção Polêmica. São Paulo: Editora Moderna, 1998.

CARNEIRO, V. *Entre o público e o privado: uma reflexão sobre o lugar da ação política na prática da economia solidária no Brasil*. In HESPANA, P. & SANTOS, A. *Economia Solidária: Questões Teóricas e Epistemológicas*. Coimbra-Portugal: Edições Medina, 2011.

CARRANO, A. *Cantos Malditos*. Rio de Janeiro: Ed Rocco, 1990.

CARRETA, D. Y. R. *Pessoas com deficiência organizando-se em cooperativas: uma alternativa de trabalho? Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) Centro de Ciências Exatas e de Tecnologia, Universidade Federal de São Carlos*. São Carlos: 1999.

CARRETEIRO, T. C. *Perspectivas da cidadania brasileira: entre as lógicas do direito, do favor e da violência*. ARAUJO, J. N. G. & CARRETEIRO, T. C. (orgs). *Cenários sociais e abordagem clínica*. São Paulo: Escula; Belo Horizonte: FUMEC, 2001.

Carta de Baurú. Baurú-SP, 1987. Disponível em:

http://www.direitos.org.br/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=4290. Acesso em: 20.09.2013, as 13hrs:34min.

Carta de Direitos dos Usuários e Familiares dos Serviços e Saúde Mental. Santos-SP, 1993. Disponível em:

http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCgQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.abrasme.org.br%2Farquivo%2Fdownload%3FID_ARQUIVO%3D3721&ei=s9sEU_r9CJPrkAeBxoHABw&usq=AFQjCNEUfsCBZq40cOzPo2ASwibiU2WI7A. Acesso em:19.07.2013, as 11hrs:30min.

CONSELHO FERDERAL DE PSICOLOGIA/CFP. *IV CNSM-I. Por uma IV Conferência Antimanicomial: contribuições dos usuários*. Brasília: CFP, 2010.

COOPCAPS. *Relato sobre a Cooperativa Social do Centro de Atenção Psicossocial – Coopcaps*. Fortaleza-CE: Coopcaps, 2013.

COOPERATIVA MISTA PARATODOS. *Cartilha Cooperativa de Trabalho Mista Paratodos*. Santos/SP: 1994.

COSTA-ROSA, A. & DEVERA, D. *Marcos históricos da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na práxis*. Revista de Psicologia da UNESP 6(1), 2007. São Paulo: UNESP, 2007. Disponível em: <http://www2.assis.unesp.br/revpsico/index.php/revista/article/viewFile/46/88>, acesso em: 17.08.2013, as 14hrs:50min.

CUNHA, G. C. *Redes de relações no desenvolvimento de políticas públicas: notas de pesquisa sobre as ações do governo federal voltadas à economia solidária*. Cadernos do IPEA. Brasília: IPEA, 2011a.

_____. *Economia Solidária e pesquisa em ciências sociais: desafios epistemológicos e metodológicos*. In HESPANA, P. & SANTOS, A. *Economia Solidária: Questões Teóricas e Epistemológicas*. Coimbra-Portugal: Edições Medina, 2011b.

_____. *Outras políticas para outras economias: contextos e redes na construção de ações do governo federal voltadas à economia solidária (2003-2010)*. Tese de doutorado. Brasília: UnB, 2012.

DEJOURS, C. *A banalização da injustiça social*. Rio de Janeiro: Ed FGV, 2006.

DELGADO, P.G.G. *Pedro Gabriel Godinho Delgado: depoimento* [Rio de Janeiro, 08.03.2013]. Entrevistadora: Rita de Cássia Andrade Martins. Material sonoro transcrito. Tabatinga-AM: Pesquisa de doutorado de Rita de Cássia Andrade Martins (PPG/SOL-UnB), 2013.

DINIZ, D. *O que é deficiência?* São Paulo: Brasiliense, 2007.

DIWAN, P. *Raça pura: uma história da eugenia no Brasil e no mundo*. São Paulo: Contexto, 2007.

FBES. *A trajetória do movimento da economia solidária no Brasil: do Fórum Social Mundial ao Fórum Brasileiro de Economia Solidária*. Disponível em: www.fbes.org.br. Acesso em 26.12.2013, as 11hrs:03min.

_____. *Documento Final*. V Plenária Nacional de Economia Solidária. *Economia Solidária: bem viver, cooperação e autogestão para um desenvolvimento justo e sustentável*. Brasília: FBES, 2013.

FERNANDES, A. B; MAIA, R. C. M. *O movimento antimanicomial como agente discursivo na esfera pública política*. RBCS, vol.17, nº48, fevereiro, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v17n48/13954.pdf>. Acesso em: 08.11.2007.

FERREIRA, C. V., BARFKNECHT, K. & BERTUOL, M. *GerAção-POA*. In *Saúde Mental em Porto Alegre. I Mostra da Produção em Saúde*. Ano 1/nº1, 2004.

- FIRMINO, H. *Nos porões da loucura*. Rio de Janeiro editado: Coleção Edições do PASQUIM, volume 104, Editora Codecri, 1982.
- FOUCAULT, M. *A ordem do discurso*. Aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. São Paulo: Edições Loyola, 2009.
- FRASER, N. *Da redistribuição ao reconhecimento? Dilemas da justiça na Era Pós-Socialista*. In: SOUZA, J. (org). *Democracia Hoje: novos desafios para a teoria democrática contemporânea*. Brasília: Ed UnB, 2001.
- _____. *Reconhecimento sem ética?* São Paulo: Lua Nova, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ln/n70/a06n70.pdf>. acesso em: 21.11.2013, as 13hrs:45min.
- _____. *Igualdade, identidades e justiça social*. Le Monde Diplomatique Brasil, junho 2012.
- GHIRARDI, M. I. G. *Trabalho e deficiência: as cooperativas como estratégia de inclusão social*. In: *Revista de Terapia ocupacional da Universidade de São Paulo*. São Paulo: FMUSP, Vol 15, 2004.
- GIRARD, C. *Economia solidária em tempos sombrios*. In KUYUMJIAN, M.M.M. (org). *Ser Social: Revista do Programa de Pós-graduação em Política Social do Dpto de Serviço Social da UnB*. Nº 5 (jul/dez/1999). Brasília: UnB, 1999.
- _____. *Os elos horizontais da economia solidária: desafios e perspectivas*. In MARTINS, P. H.; NUNES, B.F (orgs). *A nova ordem social: Perspectivas da solidariedade contemporânea*. Brasília: Ed Paralelo 15, 2004.
- _____. *Integração e capital social a partir de uma reflexão sobre políticas de trabalho no campo da economia solidária*. In FRANÇA, G. C., et al (orgs). *Ação pública e economia solidária: uma perspectiva internacional*. Porto Alegre: Ed da UFRGS, 2006.
- _____. *Cooperativas: uma possível transformação identitária para os trabalhadores do setor informal?*. *Soc. estado*. v. 16, n. 1-2. Brasília: Ed UnB, 2001 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922001000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20.02.2014, as 13hrs:20min.
- GOMES, J. B. B. *O Debate Constitucional sobre as ações afirmativas*. Disponível em: <http://lpp-uerj.net/olped/documentos/ppcor/0049.pdf>. Acesso em: 03.04.2009.
- GOULART, M. S. B. *Em nome da razão: quando a arte faz história*. *Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano*. 2010; 20(1). Disponível em: <http://www.journals.usp.br/jhgd/article/viewFile/19941/22021>. acesso em 12.11.2013, as 10hrs:44min.
- GUIMARÃES, G. *Gonçalo Guimarães: depoimento* [Rio de Janeiro-RJ, 05.03.2013]. Entrevistadora: Rita de Cássia Andrade Martins. Material sonoro transcrito. Tabatinga-AM: Pesquisa de doutorado de Rita de Cássia Andrade Martins (PPG/SOL-UnB), 2013a.
- _____. *Gonçalo Guimarães: depoimento* [17.09.2013]. Entrevistadora: Rita de Cássia Andrade Martins. Material sonoro transcrito. Tabatinga-AM: Pesquisa de doutorado de Rita de Cássia Andrade Martins (PPG/SOL-UnB), 2013b.

HARDER, E. & SILVA, E. F. *Relatório do grupo temático - Trabalho e inclusão social*, ocorrido no dia 30/06/2006. Seminário Brasil – Itália. Brasília: Núcleo de Direito Cooperativo da UFPR, 2006.

HONNETH, A. *Democracia como cooperação reflexiva*. John Dewey e a teoria democrática hoje. Dilemas da justiça na Era Pós-Socialista. In. SOUZA, J. (org). *Democracia Hoje: novos desafios para a teoria democrática contemporânea*. Brasília: Ed UnB, 2001.

_____. *Luta por reconhecimento*. A gramática moral dos conflitos sociais. São Paulo: Ed. 34, 2009.

ITCP/COPPE/UFRJ. *Projeto Rede Brasileira de Saúde Mental e Economia Solidária. Relatório Final do Projeto*. Relatório referente ao curso de Gestão de Empreendimentos Solidários para a Saúde Mental, realizado na modalidade de Educação à Distância, através de parceria entre o Ministério da Saúde e a Incubadora Tecnológica de Cooperativas Populares da Universidade Federal do Rio de Janeiro (COPPE/UFRJ). Rio de Janeiro: ITCP/COPPE/UFRJ, 2012a.

_____. *Transcrição do II Encontro Nacional de Experiências de Geração de Trabalho e Renda da Saúde Mental com o Cooperativismo Social*. Rio de Janeiro: [mimeo], 2012b.

KINKER, F. *Trabalho como produção de vida*. In: Revista de Terapia ocupacional da Universidade de São Paulo. São Paulo: FMUSP, Vol 1, 1990.

KRUPPA, S. M. P; GONÇALVES, A. F.; MACDONALD, J. B. (et alli). *Regime Jurídico das Cooperativas Populares e Empreendimentos em Economia Solidária*. Série Pensando o Direito, vol. 46. Brasília: Ministério da Justiça, 2012.

LACLAU, E. *Inclusão, exclusão e a construção de identidades*. In BURITY, J. A. & AMARAL JR. A. (orgs). *Inclusão social identidade e diferença: perspectivas pós-estruturalistas de análise social*. São Paulo: Annablume, 2006.

LAUTIER, B. *Trabalho ou labor?* Dimensões históricas e culturais. In KUYUMJIAN, M.M.M. (org). *Ser Social: Revista do Programa de Pós-graduação em Política Social do Dpto de Serviço Social da UnB*. Nº 5 (jul/dez/1999). Brasília: UnB, 1999.

LEAL, E.M. *Trabalho e reabilitação psiquiátrica fora do contexto hospitalar*. In COSTA, C. M & FIGUEIREDO, A.C. (org). *Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2004.

LECHAT, N. M. P. *As Raízes Históricas da Economia Solidária e seu Aparecimento no Brasil*. Palestra proferida na UNICAMP por ocasião do II Seminário de incubadoras tecnológicas de cooperativas populares no dia 20/03/2002. Disponível em: <http://sunnet.com.br/a-solida-mainmenu-101/188-as-ras-histas-da-economia-solida.html> Acesso em: 13.11.2013, as 12hrs:45min.

LUCHMANN, L. H. H. & RODRIGUES, J. *O movimento antimanicomial no Brasil*. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: v. 12, n. 2, Apr. 2007. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19.02. 2014, as 10hrs:26min.

MARIN, I. *Isabel Marin*: depoimento [Trieste-Itália, 18.04.2013]. Entrevistadora: Rita de Cássia Andrade Martins et al. Material sonoro transcrito. Tabatinga-AM: Pesquisa de doutorado de Rita de Cássia Andrade Martins (PPG/SOL-UnB), 2013.

MARTINS, R. C. A. *Saúde Mental e Economia Solidária*: construção democrática e participativa de políticas públicas de inclusão social e econômica. In CARTEGOSO, A. L. LUCAS, M. G (org). *Psicologia e economia solidária: interfaces e perspectivas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

_____. *Cooperativas Sociais no Brasil*: debates e práticas na tecitura de um campo em construção. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Programa de Pós-graduação em Sociologia. Brasília: Universidade de Brasília, 2009.

_____. *Economia Solidária e Saúde Mental*: debates e práticas sobre políticas públicas e direito ao trabalho. In SAGAWA, R. (org). *Os enlces da economia solidária*. Curitiba: Editora CRV, 2012.

_____. *Cooperativismo Social, Economia Solidária e Saúde Mental*: debates e práticas sobre políticas públicas e direito ao trabalho. In *Revista Bahia Análise & dados*. Salvador-BA: vol3, n1, jan-mar 2013. Disponível em: <http://www.bahiaoperativo.coop.br/download/bahia-analise-e-dados.pdf>. Acesso em: 19.02.2014, as 11hrs:07min.

_____. *Relatório Temático Detalhado sobre missão à Itália sobre Cooperativismo Social*. Brasília: Programa Brasil Próximo, 2013.

MENDES, S. M. O. *Saúde Mental e Trabalho*: Transversalidade das Políticas e o Caso de Juiz de Fora. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviços Social/Faculdade de Serviço Social. Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, 2007.

MONNERAT, T. *Palestra proferida durante a I Oficina de Geração de Renda e Trabalho de Usuários de Serviços de Saúde Mental*, realizada em Brasília pelo Ministério da Saúde com apoio da SENAES/MTE. In BRASIL. *Saúde Mental e Economia Solidária: Inclusão Social pelo Trabalho*. Brasília: MS, 2005.

MORAES, L. *História do Hospício Pedro II*. Mimeo, s/d.

NERA, L. *Mais por menos*. São Paulo: Jornal Folha de São Paulo, 22.02.2005.

NICÁCIO, F. *O processo de Transformação da Saúde Mental em Santos*: Desconstrução de saberes, instituições e cultura. Dissertação (mestrado). São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1994.

NOGUEIRA, F. *O direito ao trabalho*: um instrumento no processo de desconstrução do manicômio em Santos, São Paulo. In: *Revista de Terapia ocupacional da Universidade de São Paulo*. São Paulo: FMUSP, Vol 1, 1990.

ODA, A.M.G.R & PICCININI, W.J. *História da Psiquiatria*. A loucura e os legisladores. Março de 2006 - Vol.11 - Nº 3. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/ano06/wal0306.php>. Acesso em 27.12.2013, as 18hrs:30min.

OFFE, C. *Trabalho: a categoria chave da sociologia?* Revista Brasileira de Ciências Sociais. Vol VI, nº10, Jun, 1989.

OGAWA, R. Trabalho: liberdade versus exclusão. In: Revista de Terapia ocupacional da Universidade de São Paulo. São Paulo: FMUSP, Vol 1, 1990.

ORGANISTA, J. H. C. O debate sobre a centralidade do trabalho. São Paulo: Expressão Popular, 2006.

PACHECO, J. *GerAção/POA*: relato de experiência em saúde mental e economia solidária. Texto apresentado durante a Turma Nacional de Formação em Economia Solidária para Gestores da Saúde Mental. Brasília: mimeo, 2006.

PACHECO, M. L. *Milena Leal Pacheco*: depoimento [Brasília-DF, 11.12.2012]. Entrevistadora: Rita de Cássia Andrade Martins. Material sonoro transcrito. Tabatinga-AM: Pesquisa de doutorado de Rita de Cássia Andrade Martins (PPG/SOL-UnB), 2013a.

_____. *Saúde Mental e Economia Solidária*: trabalho como dispositivo de autonomia, rede social e inclusão (Dissertação de Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília. Brasília: UnB, 2013b.

PADILHA, A. & TYCANORI, R. Artigo sobre Crack no jornal Estado de São Paulo. Edição 30.08.2011. Disponível em: <http://www.estadao.com.br/noticias/impresso,crack-solucao-e-acolher-e-reconstruir-vidas,765866,0.htm>. Acesso em 25.11.2013, as 22hrs:34min.

PEDROZA, A. P. et al. *Articulação saúde mental e economia solidária*: relato de projeto de inclusão social. Disponível em www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/229. Acesso em 21.01.2014, as 12hrs:13min.

PITTA, A. *O que é Reabilitação Psicossocial no Brasil, hoje?* In PITTA, A. Reabilitação Psicossocial no Brasil. São Paulo: Editora Hucitec, 2001.

PUTNAM, R. D, LEONARDI, R, NANETTI, R. *Comunidade e democracia*: a experiência da Itália moderna. Rio de Janeiro: Ed FGV, 1996.

RATTON, E. *Helvécio Ratton* [depoimento novembro de 2011]. Entrevistado por Daniele Arbex. Entrevista publicada no jornal Tribuna de Minas em sua edição de Novembro de 2011, as 06:00. Disponível em: <http://www.tribunademinas.com.br/cidade/entrevista-helvecio-ratton-cineasta-ali-tinha-crime-de-lesa-humanidade-1.99156825>
Acesso em: 02.01.2014, as 11hrs:28min.

REDE DE GESTORES DE POLÍTICAS PÚBLICAS EM ECONOMIA SOLIDÁRIA/SENAES/CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISA JOSOÉ DE CASTRO.

Políticas públicas em economia solidária: reflexões da Rede de Gestores. Recife/PE: Ed Universitária da UFPE, 2008.

RENILA. *Manifesto pela Luta Antimanicomial: em boa companhia.* Brasília: 2003. Disponível em: <http://osm.org.br/osm/sobre/>, acesso em: 11.09.2013, as 10hrs:46min.

ROBERTS, B.R. *A dimensão social da cidadania.* RBCS, nº3, ano 12, fev 1997. Disponível em: http://www.anpocs.org.br/portal/publicacoes/rbcs_00_33/rbcs33_01.htm. Acesso em: 19.08.2013, as 11hrs:15min.

RODRIGUES, R. C et al. *Reforma Psiquiátrica e Inclusão Social pelo Trabalho.* Ciência & Saúde Coletiva, 15, suplemento 1. 2010. Disponível em: www.scielo.org/pdf/csc/v15s1/073.pdf. Acesso em 21.01.2014, as 12hrs:08min.

ROLANDO, C. *Cláudia Rolando: depoimento* [Trieste-Itália, 18.04.2013]. Entrevistadora: Rita de Cássia Andrade Martins et al. Material sonoro transcrito. Tabatinga-AM: Pesquisa de doutorado de Rita de Cássia Andrade Martins (PPG/SOL-UnB), 2013.

ROTELLI, F; LEONARDIS, O. & MAURI, D. *La Empresa Social.* Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión, 1994.

_____. *Empresas Sociales en Italia: Balances y perspectivas.* In CENTRO DE DOCUMENTACIÓN EN POLÍTICAS SOCIALES DOCUMENTO 3º. Foro Intermunicipal Buenos Aires Sin Fronteras. Organizado por la Secretaría de Promoción Social. Buenos Aires: 27-29 de abril de 1998.

SADER, E. *Trincheira neoliberal, shopping é “paraíso sem povo”.* Publicado no sítio eletrônico Pambazuka em 2014-01-15, Edição 65. Disponível em: <http://pambazuka.org/pt/category/features/90227>. Acesso em 12.02.2014, as 09hrs:49min.

SAMPAIO, C. *Cristina Sampaio: depoimento* [Brasília-DF, 11.12.2012]. Entrevistadora: Rita de Cássia Andrade Martins. Material sonoro transcrito. Tabatinga-AM: Pesquisa de doutorado de Rita de Cássia Andrade Martins (PPG/SOL-UnB), 2013.

SANCHEZ, F. J. B. *A luta pelo direito ao trabalho associado: apontamentos sobre o marco jurídico da Economia Solidária.* BENINI, E. et al (orgs). *Gestão Pública e sociedade: fundamentos e políticas públicas de economia solidária.* São Paulo: Outras Expressões, 2012.

SARACENO, B. *Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio.* In PITTA, A. *Reabilitação Psicossocial no Brasil.* São Paulo: Editora Hucitec, 2001.

_____. *Reabilitação Psicossocial: uma prática à espera de teoria.* In PITTA, A. *Reabilitação Psicossocial no Brasil.* São Paulo: Editora Hucitec, 2001.

SCHIOCHET, V. *Políticas de Economia Solidária: breve trajetória e desafios.* BENINI, E. et al (orgs). *Gestão Pública e sociedade: fundamentos e políticas públicas de economia solidária.* São Paulo: Outras Expressões, 2011.

_____. *Valmor Schiochet*: depoimento [Brasília-DF, 11.12.2012]. Entrevistadora: Rita de Cássia Andrade Martins. Material sonoro transcrito. Tabatinga-AM: Pesquisa de doutorado de Rita de Cássia Andrade Martins (PPG/SOL-UnB), 2013.

SCHERER-WARREN. *Inclusão e cidadania*: a perspectiva das organizações, redes e movimentos. In BURITY, J. A. & AMRAL JR. A. (orgs). *Inclusão social identidade e diferença: perspectivas pós-estruturalistas de análise social*. São Paulo: Annablume, 2006.

SERAFIM, M. P. & DIAS, R. *Conceitos e ferramentas para análise de Política Pública*. BENINI, E. et al (orgs). *Gestão Pública e sociedade: fundamentos e políticas públicas de economia solidária*. São Paulo: Outras Expressões, 2011.

SILVA, M. A. et al. *Trabalho, marginalidade e invalidação social*: a população carcerária do Distrito Federal. In KUYUMJIAN, M.M.M. (org). *Ser Social: Revista do Programa de Pós-graduação em Política Social do Dpto de Serviço Social da UnB*. Nº 5 (jul/dez/1999). Brasília: UnB, 1999.

SILVA, R. *O direito ao trabalho e a reinvenção da cidadania para o louco*: questões para formulação de uma política pública antimanicomial de trabalho. In BRASIL/SAS/DAPES/ATSMAS. *Saúde Mental e Economia Solidária: Inclusão Social pelo Trabalho*. Brasília: MS, 2005.

SILVINO, M. L. B. & OLIVEIRA, R. F. *Relatório COOPCAPS*. Fortaleza-CE: COOPCAPS, 2011.

SINGER, P. *Economia Solidária contra do desemprego*. São Paulo: Folha de São Paulo, 11.07.1996, Opinião, Tendências e Debates, p.3.

_____. *A crise das relações de trabalho*. In M. R. NABUCO & A. CARVALHO NETO (orgs). *Relações de Trabalho Contemporâneas*. Belo Horizonte: Instituto de Relações de Trabalho da PUC-MG, 1999.

_____. *Introdução à Economia Solidária*. São Paulo: Ed Perseu Abramo, 2002.

_____. *Palestra proferida durante o I Congresso Brasileiro dos Centros de Atenção Psicossocial*, realizado pelo Ministério da Saúde, em São Paulo/SP, 2004.

_____. *Paul Singer*: depoimento [Brasília-DF, 12.12.2012]. Entrevistadora: Rita de Cássia Andrade Martins. Material sonoro transcrito. Tabatinga-AM: Pesquisa de doutorado de Rita de Cássia Andrade Martins (PPG/SOL-UnB), 2013.

STEPAN, N. L. *A hora da eugenia*: raça, gênero e nação na América Latina. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

TENÓRIO, F. *A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Marca D'água: 2001.

_____. *A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais*: história e conceito. *História, Ciências, Saúde* . Manguinhos. vol. 9(1):25-59, jan.-abr. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

TYCANORI, R. *Contratualidade e Reabilitação Psicossocial*. In PITTA, A. Reabilitação Psicossocial no Brasil. São Paulo: Editora Hucitec, 2001.

_____. *Roberto Tycanori: depoimento* [Brasília-DF, 12.12.2012]. Entrevistadora: Rita de Cássia Andrade Martins. Material sonoro transcrito. Tabatinga-AM: Pesquisa de doutorado de Rita de Cássia Andrade Martins (PPG/SOL-UnB), 2013.

UNISOL BRASIL. *Seminário. Economia Solidária e as Cooperativas Sociais: Inclusão, Ressocialização e Trabalho Digno*. São Bernardo do Campo-SP: UNISOL BRASIL, 2007a.

_____. *Grupo I: os processo de inclusão por meio das cooperativas sociais. Eixos para o PL sobre Cooperativas Sociais*. São Bernardo do Campo-SP: UNISOL BRASIL, 2007b.

VASCONCELOS, E. M. *Tipologia e desafios dos dispositivos participativos e de empoderamento de usuários, familiares e trabalhadores no campo da saúde mental*. Rio de Janeiro: Escola de Serviço Social da UFRJ, Projeto Transversões, versão provisória não publicada, 2004. Disponível em: <http://rubedo.psc.br/artigosb/perfusua.htm>. Acesso em: 04.06.2008.

_____. *Dispositivos associativos de luta e empoderamento de usuários, familiares e trabalhadores em Saúde mental no Brasil*. Vivência, 2007. Disponível em: http://www.cchla.ufrn.br/Vivencia/sumarios/32/PDF%20para%20INTERNET_32/CAP%2012_EDUARDO%20MOURAO%20VASCONCELOS.pdf, acesso em 13.08.2013, as 15hrs:45min.

_____. *Desafios políticos no campo da saúde mental na atual conjuntura: uma contribuição ao debate da IV Conferência Nacional*. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/desafios_politicos.pdf, acesso em: 26.08.2013, as 16hrs:50min.

_____. *Impasses políticos atuais do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA) e propostas de enfrentamento: se não nos transformarmos, o risco é a fragmentação e a dispersão política!* Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, v.4, n.8, jan-jul. Rio de Janeiro:UFSC, 2012.

VENTURA, Roberto. *Estilo tropical: História cultural e polêmicas literárias*. São Paulo: Cia das Letras, 1991.

ZAMBRONI-DE-SOUZA, P. C. *Trabalho, organização e pessoas com transtornos mentais graves*. Cadernos de Psicologia Social e Trabalho, 2006, vol.9, n.1, pp91-105. Disponível em: http://scielo.bvpspsi.org.br/scielo.php?pid=S1516-37172006000100007&script=sci_arttext. Acesso em: 08.05.2008.

SÍTIOS ELETRÔNICOS

Centro Cultural da Saúde: www.ccs.saude.gov.br

Cooperativa da Praia Vermelha:

www.cooperativismopopular.ufrj.br/cooperativapraiavermelha

Fórum Brasileiro de Economia Solidária: www.fbes.gov.br

Ministério da Saúde: www.saude.gov.br

Ministério do Trabalho e Emprego: www.mte.gov.br

Movimento Nacional da Luta Antimanicomial:

http://movimentonacionaldelutaantimanicomial.blogspot.com.br/2011/11/blog-em-construcao_20.html

Instituto Franco Basaglia: www.ifb.org.br

Inverso: www.inverso.org.br

Portal da Rede Brasileira de Saúde Mental e Economia Solidária:

www.cooperativismopopular.ufrj.br/saude_mental

Programa Brasil Próximo:

Observatório de Direitos Humanos do Conselho Federal de Psicologia:

<http://osm.org.br/osm/sobre/>

Sistema Nacional de Informação em Economia Solidária: www.sies.mte.gov.br

Rede Nacional de Empreendimentos Solidários da Saúde Mental
www.cooperativismopopular.ufrj.br/saude_mental

Trabalharte: www.trabalharte.org.br

LEGISLAÇÕES

BRASIL. *Código Civil e Constituição Federal*/ obra coletiva da autoria da Editora Saraiva com a colaboração de Antônio Luiz de Toledo Pinto, Márcia Cristina Vaz dos Santos Windt e Livia Céspedes. 15ª ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

_____. *Decreto nº 7.357*, de 17 de novembro de 2010. Dispõe sobre o Programa Nacional de Incubadoras de Cooperativas Populares - PRONINC, e dá outras providências.

_____. *Decreto nº 7.508*, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

_____. *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.

_____. *Lei nº 5.764*, de 16 de dezembro de 1971. Define a Política Nacional de Cooperativismo, institui o regime jurídico das sociedades cooperativas, e dá outras providências.

_____. *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.

_____. *Lei nº 10.216*, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

_____. *Portaria Interministerial n° 383*, de 7 de março de 2005. Institui o Grupo de Trabalho de Saúde Mental e Economia Solidária e dá outras providências.

_____. *Portaria n° 396*, de 07 de julho de 2005. *Determina diretrizes para os Centros de Convivência e Cultura. Esta portaria foi suspensa ao final de 2005.*

_____. *Portaria Interministerial n° 1.169*, de 7 de julho de 2005. 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.

_____. *Portaria GM n° 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).

_____. *Portaria n° 132*, de 26 de janeiro de 2012. Institui incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento do componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS).

_____. *Projeto de Lei n° 4.688*, apresentado em 29 de junho de 1994. Dispõe sobre a criação e o funcionamento de cooperativas sociais, visando à integração social dos cidadãos.

ITÁLIA. *Decreto legislativo n° 155*, del 26 marzo 2006. Disciplina dell'impresa sociale, a norma della legge 13 giugno 2005, n. 118" pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 97 del 27 aprile 2006. Disponível em: <http://www.camera.it/parlam/leggi/deleghe/Testi/06155dl.htm>. Acesso em: 07.03.2009.

_____. *Decreto n° 276/2003* – estabelece que com a lei de cotas as cooperativas sociais podem responder à obrigatoriedade de inserção de trabalhadores com desabilidade. Desta forma, a cooperativa social deixa de ser um meio de inserção para se tornar o próprio espaço de inserimento.

_____. *Lei n° 180/1978* - Lei Basaglia – Lei de Reforma Psiquiátrica Italiana.

_____. *Lei n° 381*, de 8 de novembro de 1990. Dispõe sobre as cooperativas sociais.

_____. *Lei n° 68*, de 12 de março de 1999 – Lei de cotas - estabelece que empresas com mais de 15 empregados deve contratar pessoas com desabilidade.

_____. *Lei nacional n° 142/2001* - resguarda toda cooperativa, não só as cooperativas sociais, de que uma retirada mínima deverá ser garantida aos cooperados. Com exceção do chamado plano de crise, onde os cooperados podem doar horas de trabalho voluntário à cooperativa.

_____. *Lei regional n° 20/2006*. Normatiza as cooperativas sociais na região de Friuli Venezia Giulia.

ANEXO 1

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 especifica.

O Presidente da República

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º As Cooperativas Sociais, constituídas com a finalidade de inserir as pessoas em desvantagem no mercado econômico, por meio do trabalho, fundamentam-se no interesse geral da comunidade em promover a pessoa humana e a integração social dos cidadãos, e incluem entre suas atividades:

- I - a organização e gestão de serviços socio sanitários e educativos; e
- II - o desenvolvimento de atividades agrícolas, industriais, comerciais e de serviços.

Art. 2º Na denominação e razão social das entidades a que se refere o artigo anterior, é obrigatório o uso da expressão "Cooperativa Social", aplicando-se-lhes todas as normas relativas ao setor em que operarem, desde que compatíveis com os objetivos desta Lei.

Art. 3º Consideram-se pessoas em desvantagem, para os efeitos desta Lei:

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

§ 1º (Vetado)

§ 2º As Cooperativas Sociais organizarão seu trabalho, especialmente no que diz respeito a instalações, horários e jornadas, de maneira a levar em conta e minimizar as dificuldades gerais e individuais das pessoas em desvantagem que nelas trabalharem, e desenvolverão e executarão programas especiais de treinamento com o objetivo de aumentar-lhes a produtividade e a independência econômica e social. § 3º A condição de pessoa em desvantagem deve ser atestada por documentação proveniente de órgãos da administração pública, ressalvando-se o direito à privacidade.

Art. 4º O estatuto da Cooperativa Social poderá prever uma ou mais categorias de sócios voluntários, que lhe prestem serviços gratuitamente, e não estejam incluídos na definição de pessoas em desvantagem.

Art. 5º (Vetado)

Parágrafo único. (Vetado)

Art. 6º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 10 de novembro de 1999; 178º da Independência e 111º da República.

Fernando Henrique Cardoso

José Carlos Dias

Francisco Dornelles

Waldeck Ornelas

ANEXO 2

PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 353, DE 7 DE MARÇO DE 2005.

Institui o Grupo de Trabalho de Saúde Mental e Economia Solidária e dá outras providências.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE e O MINISTRO DE ESTADO DO TRABALHO E EMPREGO, no uso das atribuições que lhes são conferidas pelo art. 87, parágrafo único, inciso I, da Constituição, e

Considerando as atribuições da Secretaria Nacional de Economia Solidária, do Ministério do Trabalho e Emprego, que busca construir a política nacional de fortalecimento da economia solidária e da autogestão, estimular a criação, a manutenção e a ampliação de oportunidades de trabalho e renda, por meio de empreendimentos autogestionados, organizados de forma coletiva e participativa, bem como colaborar com outros órgãos de governo em programas de desenvolvimento e combate ao desemprego e à pobreza;

Considerando as diretrizes da política nacional de saúde mental, que busca construir um efetivo lugar social para os portadores de transtornos mentais, por intermédio de ações que ampliem sua autonomia e melhore as condições concretas de vida;

Considerando as diretrizes gerais de ambas as políticas, Economia Solidária e Reforma Psiquiátrica, que têm como eixos a solidariedade, a inclusão social e a geração de alternativas concretas para melhorar as condições reais da existência de segmentos menos favorecidos; e

Considerando as deliberações da I Oficina Nacional de Experiências de Geração de Renda e Trabalho de Usuários de Serviços de Saúde Mental, realizada na Universidade de Brasília, nos dias 22 e 23 de novembro de 2004, convocada pelos Ministérios da Saúde e do Trabalho e Emprego, resolvem:

Art. 1º Fica instituído o Grupo de Trabalho de Saúde Mental e Economia Solidária, a ser composto por representantes (um titular e um suplente) das instituições e instâncias abaixo, sob coordenação da primeira:

I - Ministério da Saúde;

II - Ministério do Trabalho e Emprego;

III - Colegiado Nacional de Coordenadores de Saúde Mental;

IV - Rede de Gestores de Políticas Públicas de Fomento à Economia Solidária;

V - Fórum Brasileiro de Economia Solidária;

VI - Rede de Experiências de Geração de Renda e Trabalho em Saúde Mental; e

VII - Usuários de Saúde Mental inseridos em Experiências de Geração de Renda e Trabalho vinculados a Serviços de Saúde Mental.

Parágrafo único. O Grupo de Trabalho ora instituído poderá convidar outros ministérios e instituições para participar de suas atividades de acordo com os temas que serão objeto de discussão e proposição.

Art. 2º O Grupo de Trabalho de Saúde Mental e Economia Solidária terá as seguintes atribuições:

I - propor e estabelecer mecanismos de articulação entre as ações das políticas de saúde mental e economia solidária;

II - elaborar e propor agenda de atividades de parceria entre as duas políticas;

III - realizar mapeamento das experiências de geração de renda e trabalho, cooperativas, bolsa-trabalho e inclusão social pelo trabalho, realizadas no âmbito do processo de reforma psiquiátrica;

IV - propor mecanismos de apoio financeiro para as experiências de geração de renda e trabalho;

V - propor atividades de formação, capacitação e produção de conhecimento na interface saúde mental e economia solidária, bem como do marco jurídico adequado;

VI - estabelecer condições para a criação de uma Rede Brasileira de Saúde Mental e Economia Solidária; e

VII - propor mecanismos de parceria interinstitucional, no âmbito nacional e internacional.

Art. 3º Fixar o prazo mínimo de 15 (quinze) dias úteis para que o coordenador do Grupo de Trabalho convoque seus membros para as reuniões.

Art. 4º Estabelecer o prazo de 2 (dois) meses, a partir da publicação desta Portaria, para que os titulares das instituições e instâncias relacionadas no artigo 1º indiquem seus respectivos membros, titulares e suplentes.

Art. 5º Estabelecer o prazo de seis 6 (seis) meses, prorrogáveis uma única vez, para o Grupo de Trabalho apresentar suas conclusões aos dois Ministérios.

Art. 6º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

HUMBERTO COSTA

RICARDO BERZOINI

Ministro de Estado da Saúde

Ministro de Estado do Trabalho e Emprego

ANEXO 3

PORTARIA Nº 1.169, DE 7 DE JULHO DE 2005.

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.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições,

Considerando as determinações da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, e da Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que cria o Programa De Volta para Casa e institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações;

Considerando as recomendações da III Conferência de Saúde Mental, ocorrida em Brasília, de 11 a 15 de dezembro de 2001;

Considerando as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental, que buscam construir um efetivo lugar social para os portadores de transtornos mentais, por intermédio de ações que ampliem sua autonomia e melhore as condições concretas de vida, entendendo que as ações de inclusão social pelo trabalho são atividades laborais de geração de renda, inserção econômica na sociedade e emancipação do usuário;

Considerando as diretrizes gerais das Políticas de Economia Solidária e da Reforma Psiquiátrica, que têm como eixos a solidariedade, a inclusão social e a geração de alternativas concretas para melhorar as condições reais da existência de segmentos menos favorecidos;

Considerando a Portaria Interministerial nº 353, dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e Emprego, de 7 de março de 2005, que institui o Grupo de Trabalho de Saúde Mental e Economia Solidária, resolve:

Art. 1º Destinar incentivo financeiro para os municípios que se habilitarem junto ao Ministério da Saúde para o desenvolvimento de atividades de inclusão social pelo trabalho destinadas a pessoas portadoras de transtornos mentais e/ou de transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

Art. 2º Estabelecer os seguintes critérios para a habilitação dos municípios:

I - possuir rede de atenção à saúde mental extra-hospitalar, de base comunitária e territorial (Centros de Atenção Psicossocial, Residências Terapêuticas, Ambulatórios e outros serviços);

II ter habilitação prévia no Programa De Volta para Casa; e

III estar incluído no Cadastro de Iniciativas de Inclusão Social pelo Trabalho -CIST, elaborado e acompanhado pelo Grupo de Trabalho Saúde Mental e Economia Solidária.

Art. 3º Definir como prioritários para o recebimento do incentivo financeiro os municípios que:

I - tenham número elevado de leitos de longa permanência em hospital psiquiátrico;

II - tenham implantado Serviços Residenciais Terapêuticos;

III - tenham aderido ao Programa De Volta pra Casa, e

IV - apresentem articulações efetivas entre a área de saúde mental e a rede de economia solidária.

Art. 4º Estabelecer, como exigência para que o repasse do incentivo financeiro seja efetivado, que o gestor do município encaminhe ao Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas - DAPE - Área Técnica de Saúde Mental, da Secretaria de Atenção à Saúde, deste Ministério, e para a Secretaria Estadual correspondente, se for o caso, os seguintes documentos:

I - ofício assinado pelo gestor solicitando o incentivo financeiro e identificando o projeto ou o conjunto de projetos que será beneficiado;

II - termo de compromisso do gestor local assegurando a aplicação integral do incentivo financeiro no projeto ou no conjunto de projetos em até 3 (três) meses após seu recebimento; e

III - plano de aplicação do recurso.

Art. 5º Definir os valores a seguir descritos para o incentivo de que trata esta Portaria:

I - R\$ 5.000,00 para municípios que possuam entre 10 e 50 usuários de serviços de saúde mental em projetos de inclusão social pelo trabalho;

II - R\$ 10.000,00 - para municípios que possuam entre 51 e 150 usuários de serviços de saúde mental em projetos de inclusão social pelo trabalho; e

III - R\$ 15.000,00 - para municípios que possuam mais de 150 usuários de serviços de saúde mental em projetos de inclusão social pelo trabalho.

Art. 6º Determinar que o incentivo seja transferido em parcela única ao respectivo fundo, do estado, do município ou do Distrito Federal, sem onerar os respectivos tetos da assistência de média e alta complexidade.

Art. 7º Estabelecer que o Fundo Nacional de Saúde adote as medidas necessárias para a devolução dos recursos recebidos, caso haja o descumprimento do prazo de aplicação efetiva definido nesta Portaria.

Art. 8º Definir que serão destinados, para as ações previstas nesta Portaria, recursos da ordem de R\$ 750.000,00 (setecentos e cinquenta mil reais), para o exercício de 2005, e 1.900.000,00 (um milhão e novecentos mil reais) para o exercício de 2006, oriundos do orçamento do Ministério da Saúde, nas seguintes ações:

I - 10.302.1312.8529 - Serviços Extra-Hospitalares de Atenção aos Portadores de Transtornos Mentais e de Transtornos decorrentes do Uso de Álcool e outras Drogas; e

II - 10.571.1312.8525 Fomento a Estudos e Pesquisas sobre a Saúde de Grupos Populacionais Estratégicos e em Situações Especiais de Agravo.

Art. 9º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

HUMBERTO COSTA

Ministro de Estado da Saúde

ANEXO 4

Resoluções da I Conferência Temática de Cooperativismo Social

BRASIL/MTE. *Conferência Temática de Cooperativismo Social*. Caderno Temático. Brasília: 2010.

Eixo I – Marco conceitual

1. As iniciativas de cooperativismo social são empreendimentos formados por pessoas em situação de desvantagem por condições físicas, mentais e situações sociais específicas e têm por objetivo promover a inclusão social e econômica dessas pessoas.
São consideradas pessoas em situação de desvantagem:
 - Pessoas com transtorno mental;
 - Pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas;
 - Pessoas presas ou egressas do Sistema Penitenciário;
 - Pessoas com deficiência física, mental e/ou sensorial;
 - Adolescentes e jovens, em idade adequada ao trabalho, que estejam em situação de risco ou vulnerabilidade sociais, em especial aqueles que estão cumprindo medidas socioeducativas e aqueles egressos do Sistema Socioeducativo.
2. As iniciativas de cooperativismo social devem ter composição mista, com a participação dos diferentes segmentos incluídos na lei 9867/1999.
3. Os conceitos de rede e cadeia de produção e comercialização devem permear a discussão sobre o cooperativismo social. É preciso instituir novos paradigmas, que contenham redes de poder horizontais, formas inovadoras de intervir no território, permitindo a construção de novos laços sociais.
4. As iniciativas de cooperativismo social da saúde mental devem se constituir em espaços distintos dos locais de tratamento.
5. É necessário que a sociedade reconheça a importância da atividade econômica das iniciativas de cooperativismo social, assim como a existência de dificuldades, limitações e desafios que atingem aos segmentos incluídos na lei 9867/1999.
6. Os serviços substitutivos de saúde mental e entidades ligadas aos Direitos Humanos, Sistema Prisional e à Ação Social têm responsabilidade no fomento das iniciativas de cooperativismo social e devem ser estimuladas e apoiadas pelos gestores locais (BRASIL/MTE, 2010:9).

Eixo II – Marco Jurídico

7. Que a Lei de Cooperativas Sociais nº 9.867, de 11 de novembro de 1999, seja regulamentada por meio de instrumentos normativos que se apliquem (Decreto, Portarias e/ou Projeto Lei).
8. Que a Lei de Cooperativas Sociais garanta a proporcionalidade dos membros das iniciativas de cooperativismo social, tendo como princípio que a maioria dos sócios cooperados deve ser de pessoas em situação de desvantagem.

9. Que as pessoas em desvantagem tenham seus direitos garantidos e possam ser cooperativadas e que não percam o benefício no teto de até 5 salários mínimos e que a Previdência Social crie um programa especial para os trabalhadores e trabalhadoras do cooperativismo social no sentido de assegurar a manutenção do benefício enquanto permanência na cooperativa social.
10. Que os municípios criem instrumentos legais que fomentem e apoiem a participação das iniciativas de cooperativismo social nos processos licitatórios.
11. Que haja alteração na lei de redução de pena para que o trabalho do apenado em cooperativa social possibilite redução de pena assim como ocorre no trabalho subordinado.
12. Que a inserção dos usuários da rede de saúde mental interditados civilmente em empreendimentos econômicos solidários possa ser utilizada como instrumento nos processos de suspensão da curatela.
13. Que as iniciativas de cooperativismo social, através de lei específica, sejam consideradas isentas de tributos e reconhecidas como sendo de utilidade pública.
14. Que as diferentes instâncias do poder judiciário e do Ministério Público, reconheçam que empreendimentos constituídos por pessoas em situação de desvantagem nos moldes cooperativistas, é uma iniciativa de cooperativismo social e não uma “cooperगतo” (cooperativa que não atende os princípios do cooperativismo).
15. Que seja criado grupo de trabalho que discuta as diferentes proposições de leis sobre cooperativismo e rediscutir a Lei (nº9867/99), traduzida em uma linguagem acessível a todos/as. Há necessidade da Lei para reconhecimento do grupo social e do controle social. É importante que a lei seja sustentada por política integrada a uma rede ampliada.
16. Que se constitua nova legislação para o cooperativismo social, de forma a abranger todas as necessidades já identificadas (BRASIL/MTE, 2010:10).

Eixo III – Políticas Públicas

17. O cooperativismo social deve ser considerado política de Estado.
18. O poder público, nos três níveis de gestão, deve assumir como estratégia de inclusão das populações em situação de desvantagem o cooperativismo social. Criar comissão nacional e fórum de discussão permanente com a participação do Ministério Público do Trabalho e Estaduais, do Ministério da Saúde/Coordenação Geral de Saúde Mental, do Ministério do Trabalho e Emprego/Secretaria Nacional de Economia Solidária, do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, da Secretaria Especial de Direitos Humanos, do Conselho Nacional de Justiça, das Defensorias Públicas e sociedade civil, tendo por finalidade enfrentar as diversas dificuldades encontradas pelas iniciativas de cooperativismo social.
19. Constituir redes de proteção social com ações voltadas às iniciativas de cooperativismo social através da articulação intersetorial.
20. Possibilitar a criação de uma Política Nacional de Fomento, Financiamento e Apoio para iniciativas de cooperativismo social.
21. Avançar na formação para o trabalho - formação profissional e aumento da escolaridade – dos participantes de iniciativas do cooperativismo social – e na qualificação para gestão do empreendimento.

22. Garantir às iniciativas de cooperativismo social acesso a programas governamentais que tenham como propósito promover a qualidade dos produtos, desenvolvimento tecnológico e inovação.
23. Garantir acesso aos Fundos e Compras Públicas como estratégia de consolidação das iniciativas de cooperativismo social.
24. Garantir a aprovação do Sistema Nacional do Comércio Justo e Solidário para a certificação das iniciativas de cooperativismo social.
25. Criar Políticas Públicas para estimular iniciativas de cooperativismo social em programas que atendam jovens em conflito com a lei.
26. Criar dispositivos de difusão das experiências de cooperativismo social e economia solidária, através da Secretaria Nacional de Economia Solidária do Ministério do Trabalho e Emprego.
27. Criar políticas públicas direcionadas às iniciativas de cooperativismo social de usuários dos serviços de saúde mental em conflito com a lei, tendo em vista a especificidade desta população.
28. Usar os recursos do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) para a qualificação dos trabalhadores das iniciativas de cooperativismo social, estabelecendo política de qualificação profissional e de gestão de empreendimentos para os segmentos contemplados pela Lei de Cooperativas Sociais.
29. Criar bolsa de formação para o trabalho para usuários/empreendedores/associados com definição de critérios e limitação de tempo assegurando a sustentabilidade do percurso formativo, técnico e prático em iniciativas de cooperativismo social. O processo formativo deverá ser desenvolvido de forma a garantir a efetiva inclusão dos usuários/empreendedores/associados como sócio-cooperados.
30. Constituir grupo de trabalho em parceria com o Ministério da Previdência para discutir e apontar soluções para situação das pessoas com transtorno mental, aposentadas por invalidez que participam de iniciativas de cooperativismo social.
31. Estabelecer programa de fomento para as iniciativas de cooperativismo social aos moldes dos Pontos de Cultura do Ministério da Cultura.
32. Recomendar a integração de políticas públicas da economia solidária, do trabalho, da saúde, da previdência e assistência social, da justiça, ciência e tecnologia e cultura para o fomento do Cooperativismo Social.
33. No ato de fiscalização do Ministério Público do Trabalho em iniciativas de cooperativismo social, que a SENAES passe a fazer parte do processo e decisão final para aplicar ou não o TAC – Termo de Ajustamento de Conduta, junto ao tomador de serviço/contratante do trabalho ou produto desta cooperativa.
34. Garantir o acesso aos programas e recursos já existentes do Ministério de Ciência e Tecnologia e outros correlatos, como incentivo ao desenvolvimento das iniciativas de cooperativismo social.
35. Que sejam estabelecidos prazos especiais para as iniciativas de cooperativismo social com vistas adequação às exigências da legislação ambiental, trabalhista e sanitária.
36. Envolver as universidades, as prefeituras, o Ministério da Justiça e a Secretaria Nacional de Economia Solidária do Ministério do Trabalho e Emprego, além de outros órgãos públicos, e entidades não governamentais, em ação intersetorial, para que os trabalhadores em desvantagem das iniciativas de cooperativismo social possam obter apoio através de bolsas, como aquelas fornecidas pelo PRONASCI (Programa Nacional de

Segurança Pública e Cidadania do Ministério da Justiça), bem como possibilitar a formação profissional dos adolescentes em conflito com a lei e em situação de vulnerabilidade.

37. Enfatizar nas conferências a necessidade de reconstrução da tessitura dos laços do território para atender o recorte dos adolescentes em conflito com a lei através da economia solidária, tendo as cooperativas sociais como um importante instrumento na reconstrução dos territórios periféricos das cidades.
38. Assegurar que os órgãos públicos, principalmente as prefeituras, incentivem, apoiem e viabilizem a estruturação e o funcionamento das iniciativas de cooperativismo social da saúde mental em espaços na comunidade.
39. Produzir cartilha com informações sobre o cooperativismo social e os princípios da economia solidária, contemplando informações sobre os recursos para investimento e custeio de empreendimentos solidários.
40. Garantir, por parte dos Conselhos, maior controle social sobre a gestão local na divulgação das informações sobre os repasses recebidos como no cumprimento da aplicação dos respectivos recursos, tornando pública estas informações.
41. Assegurar processos de formação ampla e integrada de adolescentes em conflito com a lei.
42. Assegurar Assessoria Técnica para o desenvolvimento das iniciativas de cooperativismo social no processo de incubação desses empreendimentos.
43. Garantir a realização do I Encontro Brasileiro de Cooperativismo Social como estratégia de Desenvolvimento Nacional, com data prevista para novembro de 2010.
44. Encaminhar às Comissões Organizadoras das Conferências Nacionais de Saúde Mental e Economia Solidária uma solicitação para montar um espaço/stand/praca dentro das duas conferências destinado à divulgação e exposição de iniciativas de cooperativismo social como à promoção do debate sobre o cooperativismo social.
45. Encaminhar à Comissão Organizadora da Conferência Nacional de Economia Solidária moção para viabilizar a participação de 15 representantes da Conferência Temática de Cooperativismo Social para contribuir e promover debates quanto às propostas apresentadas acima (BRASIL/MTE, 2010:11-13).

ANEXO 5

Resoluções sobre saúde mental e cooperativismo social no documento final da II Conaes

47. É preciso avançar também na constituição de uma nova legislação para o cooperativismo social, de forma a abranger todas as necessidades já identificadas e não contempladas pela lei 9867/99, tais como: isenção de tributos; reconhecimento dos empreendimentos como de utilidade pública; articulação com o poder judiciário e o Ministério Público para o reconhecimento destes empreendimentos; inserção dos usuários da rede de saúde mental interditados civilmente nos EES como instrumento nos processos de suspensão de curatela; possibilidade de redução de pena mediante o trabalho do apenado em cooperativas sociais; criação de instrumentos legais nos estados e municípios que fomentem e apoiem a participação das cooperativas sociais nos processos licitatórios; permissão para que as pessoas em desvantagem possam ser cooperativadas, assegurando a manutenção do benefício no teto de até 5 salários mínimos enquanto permanência na cooperativa social o que requer a criação de um programa especial da previdência social para esses trabalhadores; além de soluções para as necessidades que possam ser identificadas em grupo de trabalho interministerial, pactuando as políticas públicas de inclusão pelo trabalho (BRASIL/MTE, 2010b:21-22).

59. A Política Nacional de Economia Solidária deverá assegurar ainda que os empreendimentos econômicos solidários possam assumir diferentes formas societárias, inclusive cooperativas sociais, desde que contemplem as características acima citadas (op cit, p.24)

61. Além do reconhecimento dos direitos das formas organizativas econômicas solidárias, é preciso que haja a garantia de direitos de trabalhadoras(es) que optam pela forma do trabalho associado. Uma condição fundamental para o avanço e sucesso da economia solidária no Brasil é o acesso à seguridade social (saúde, assistência e previdência social) como direito universal que precisa ser garantido também a trabalhadores(as) dos empreendimentos econômicos solidários, na condição de segurado especial, contemplando as especificidades do público do cooperativismo social (op cit, p.24).

125. Políticas sociais. A economia solidária também contribui para o combate à exclusão social através da organização social e econômica de sujeitos nas mais variadas situações de exclusão e de vulnerabilidade. Por isso, é fundamental que as políticas sociais do país incorporem ações de fomento à economia solidária e se articulem com a Política Nacional de Economia Solidária nas três esferas governamentais (op cit, p.37).

126. Dentre estas políticas, vale destacar, em especial, as seguintes: Segurança Alimentar e Nutricional; Desenvolvimento Social e Inclusão Sócio-produtiva (pelo incentivo de produção e trabalho via economia solidária para famílias que recebem auxílio social como o bolsa-família); Emprego, Trabalho e Renda; Agricultura Familiar e Desenvolvimento Rural Sustentável; Reforma Agrária; Agricultura urbana e periurbana, apoio aos Povos e Comunidades Tradicionais; Educação; Cultura; Habitação; Saúde do Trabalhador; Resíduos Sólidos; Saúde Mental; Direitos Humanos de pessoas com deficiência; Gênero; Turismo; Saúde Sexual (DST-AIDS) e de combate às drogas (op cit, p.37).

Resoluções sobre trabalho, cooperativismo social e economia solidária no documento final da IV CNSM- Intersetorial

Bloco temático 1 – princípios e diretrizes:

655. O aprofundamento da reforma psiquiátrica e da consequente reorientação e ampliação da atenção em saúde, na perspectiva da integralidade e intersetorialidade, implica em criar e implantar, nas três esferas de governo (municipal, estadual/distrital e federal), uma política de inclusão produtiva no mercado formal de trabalho e de criação de projetos de trabalho e renda para as pessoas com transtornos mentais, com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, ou ainda para presidiários ou egressos do sistema prisional com transtornos mentais.

656. Para isso, é necessário desenvolver, fortalecer e qualificar, através de articulação intersetorial (assistência social, trabalho, educação e cultura), programas de geração de emprego/renda, economia solidária e programas de sustentabilidade, capazes de assegurar o direito ao trabalho e garantir a melhoria da renda familiar, a continuidade do tratamento, a promoção da qualidade de vida e a integridade física e mental dos usuários dos serviços de saúde mental, resgatando neles a dignidade de ser sujeito, o exercício da cidadania e o sentimento de inclusão nos diversos meios sociais.

657. Várias propostas também enfatizam, de forma particular para o campo da saúde mental, a importância da ampliação da Política de Economia Solidária e Inclusão Social e do Programa Nacional de Cooperativismo Social. Nestes, é ressaltada a centralidade do protagonismo dos usuários e familiares, incentivando a formação de associações de usuários e familiares e ações que produzam a participação em eventos socioculturais baseados nestes princípios, a geração de trabalho e renda sustentáveis, a melhoria da qualidade de vida, o fortalecimento dos vínculos, a socialização e inserção social, e a promoção de autonomia e autoestima de usuários e familiares, levando em conta as suas potencialidades e demandas particulares.

658. Isso exige criar linhas de financiamento intersetorial nas três esferas de governo, uma política tributária e subsídios diferenciados, bem como implementar incentivos para que as empresas viabilizem esta inclusão no mercado formal de trabalho e assegurem os respectivos direitos trabalhistas e benefícios sociais. Também é necessário potencializar e ampliar programas já existentes, como o Programa Primeiro Emprego, os vários programas de reabilitação profissional e de trabalho protegido.

659. Em paralelo, esta perspectiva implica também em garantir, através do fomento e desenvolvimento de programas intersetoriais, a acessibilidade à educação, a melhoria do nível de escolaridade, a inclusão digital e a capacitação técnica para o trabalho de todo este conjunto dos usuários da rede de saúde mental. Para isso, é lembrada a importância das parcerias com o Serviço Social da Indústria (SESI), o Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI), o Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas (SEBRAE), e com o Plano Nacional de Qualificação Profissional do Ministério do Trabalho (BRASIL/MS, 2011: 118).

Bloco temático 2 - financiamento e incentivos para o trabalho:

660. Criar Emenda Orçamentária que priorize o consumo pelas instituições governamentais dos produtos das oficinas de geração de renda ligadas aos serviços da rede de saúde mental.

661. Introduzir na Lei de Licitações (Lei 8.666) critérios que possibilitem a participação dos empreendimentos de economia solidária da saúde mental e outros nos processos de compras públicas.

662. Destinar um percentual dos recursos oriundos dos fundos públicos, nas três esferas de governo, para a implantação de projetos de geração de renda e economia solidária voltados para os usuários dos serviços de saúde mental e desenvolvidos, em parceria com o comércio justo, por associações de usuários, familiares e outras afins, com a garantia de que os projetos a serem implantados incluam estratégias para o escoamento dos produtos, respeitem os princípios e diretrizes da economia solidária e assegurem o papel disparador dos serviços substitutivos no estabelecimento dessa prática de inserção social.

663. Instituir uma política tributária diferenciada, com mecanismos regulatórios, redução de impostos e outros subsídios, de modo a criar uma linha de financiamento a fundo perdido ou rotativo para os projetos de cooperativismo social e de empreendimentos produtivos voltados para os usuários dos serviços de saúde mental.

664. Instituir nos três níveis de governo a Bolsa Trabalho para os usuários e familiares empreendedores solidários dos serviços de saúde mental, capacitando-os tecnicamente para o trabalho solidário, e assegurando, através da definição de critérios, prazos e modo de devolução, com avaliações periódicas, o escoamento das produções e a sustentabilidade do empreendedor e do empreendimento.

665. Garantir a ampliação e a regularidade dos recursos do Governo Federal, Portaria 1.169/2005, voltados para projetos de geração de trabalho e renda destinados a pessoas com transtornos mentais e a pessoas com uso prejudicial de álcool e outras drogas.

666. Criar linhas de financiamento (a fundo perdido ou rotativo) que favoreçam o acesso a recursos tecnológicos e facilitem a aquisição de matérias primas, máquinas e equipamentos destinados a projetos de geração de renda e empreendimentos produtivos desenvolvidos pelos usuários dos serviços de saúde mental e seus familiares (op cit, p.119).

Bloco temático 3 - estratégias para geração de renda:

667. Garantir o fomento de programas de inclusão produtiva para usuários da rede pública de saúde mental, participantes de projetos ou empreendimentos coletivos de trabalho, com critérios definidos e por tempo determinado, de modo a garantir a sustentabilidade dos usuários e dos empreendimentos produtivos.

668. Solicitar ao Ministério da Saúde que recomende enfaticamente para que as unidades de atenção integral à saúde mental incluam em seus projetos terapêuticos mecanismos de acompanhamento dos usuários em sua inserção no mercado de trabalho, de acordo com o disposto no programa federal saúde mental e economia solidária.

669. Garantir a implementação de programas de geração de renda para pessoas com transtornos mentais através da criação de convênios com redes de abrangência nacional.

670. Incentivar as associações de usuários e familiares dos serviços de saúde mental, de modo a favorecer a criação de projetos de geração de renda e a capacitação dos usuários, respeitando as habilidades individuais, para a confecção de produtos e prestação de serviços, possibilitando assim a atuação destes como profissionais autônomos ou como trabalhadores inseridos no mercado de trabalho, estimulando também as parcerias com as universidades públicas.

671. Regulamentar, na Política Nacional de Saúde Mental, a implantação e consolidação dos projetos e oficinas de geração de trabalho e renda, priorizando a sua realização em sedes próprias, fora dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), reafirmando que o espaço destinado ao acolhimento de pessoas com transtornos mentais e particularmente à crise (Centro de Atenção Psicossocial) deve ser distinto do espaço de trabalho.

672. Implantar, em áreas urbanas e rurais, a partir da articulação entre os Ministérios da Saúde, do Desenvolvimento Agrário e das Cidades, projetos de agricultura familiar com sustentabilidade ambiental voltados para famílias vinculadas à rede de saúde mental.

673. Garantir, através de legislação específica, mecanismos de estímulo à comercialização de produtos oriundos da economia solidária, como por exemplo, um percentual de espaço em atividades de culturais e comerciais nas cidades (feiras, eventos populares, culturais e outros), com divulgação na mídia, para a comercialização os produtos oriundos dos serviços, dos movimentos sociais, das associações de usuários e familiares e dos empreendimentos solidários de usuários da saúde mental e de outros indivíduos em vulnerabilidade social (op cit, p.120).

Bloco temático 4 - inserção no mercado formal de trabalho:

674. Desenvolver políticas de inclusão social para as pessoas com transtornos mentais, ampliando as leis que criam cotas de trabalho em empresas públicas e privadas e incentivando a criação de cooperativas, oficinas de geração de renda e entidades de economia solidária, de modo a promover a autonomia e valorização pessoal.

675. Oportunizar a criação de vagas de trabalho em empresas, com flexibilidade de carga horária e/ou função, para os usuários dos serviços de saúde mental e para aqueles liberados pelo INSS após o tratamento, aumentando a inclusão através do Programa Primeiro Emprego, e dos vários programas de reabilitação profissional e de trabalho protegido.

676. Garantir que as unidades de atenção integral à saúde mental incluam em seus projetos terapêuticos mecanismos de acompanhamento dos usuários em sua inserção no mercado de trabalho, de acordo com o disposto na política nacional de saúde mental e de economia solidária (op cit, p.121).

Bloco temático 5 - estímulo ao cooperativismo e economia solidária:

677. Fomentar e fortalecer, de maneira intersetorial, cooperativas populares, associações, núcleos e iniciativas de geração de trabalho e renda, com base nos princípios da *economia solidária*, com a finalidade de incluir nos projetos ou fomentar a produção e comercialização de bens e serviços diretamente pelos usuários da rede de saúde mental, garantindo apoio técnico e jurídico no processo de organização, capacitação e comercialização de seus produtos.

678. Criar, através de articulação intersetorial, equipes de economia solidária envolvendo os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e outros segmentos sociais do território, com o objetivo de mediar e articular os projetos de trabalho e geração de renda com a rede social local, ampliando com esta estratégia a política pública de saúde mental e trabalho.

679. Promover a criação de Centros de Convivência e Cooperativa (CECCO), através do financiamento intersetorial da infraestrutura e dos recursos humanos e materiais necessários ao pleno funcionamento das oficinas.

680. Propor alteração da Lei de Cooperativas Sociais com o reconhecimento dos empreendimentos sociais e de outros grupos.

681. Propor adequação e flexibilização da legislação referente às cooperativas para que esta inclua indivíduos em situação de vulnerabilidade social e garanta investimentos intersetoriais a nível nacional, estadual e municipal para a sustentabilidade de projetos de inclusão social pelo trabalho na área de saúde mental (op cit, p.121).

Bloco temático 6 - direitos relacionados ao trabalho:

682. Assegurar, legalmente, que os atestados de sanidade mental exigidos para a ocupação de cargos públicos sejam substituídos por atestados de capacidade para o trabalho, visto que os atestados de sanidade mental excluem as pessoas com transtornos mentais mesmo quando estas não se encontram permanentemente incapacitadas para o trabalho.

683. Garantir o Benefício de Prestação Continuada (BPC) aos usuários dos serviços de saúde mental, mesmo estando estes inseridos em *cooperativas sociais*.

684. Garantir a Seguridade Social aos participantes do *cooperativismo social* e mecanismos de incentivos com redução de impostos.

685. Implicar as instâncias federais competentes – Ministérios do Trabalho e da Previdência Social, Secretarias, Conselhos Profissionais e outros – no reconhecimento da mudança operada sobre o conceito de deficiência na Convenção da Organização das Nações Unidas, ratificada pelo Brasil em 2008, que coloca o foco nas barreiras atitudinais e ambientais que impedem a inclusão social na comunidade e no mercado de trabalho (op cit, p.122).

Bloco temático 7 - educação e capacitação para o trabalho:

686. Reforçar as parcerias para inclusão digital das pessoas com transtornos mentais.

687. Viabilizar e promover, através de incentivos, incubadoras e outras iniciativas semelhantes (cooperativas, sociedades e organizações não governamentais) que capacitem as pessoas com transtornos mentais e seus familiares para o empreendedorismo, para a atividade produtiva e para a comercialização do produto final, segundo os princípios da *economia solidária*.

688. Garantir, por meio de lei, em parceria com entidades como o Serviço Social da Indústria (SESI), o Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI), o Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas empresas (SEBRAE) e outros, vagas para pessoas com transtornos mentais e com uso prejudicial de álcool e outras drogas em cursos de qualificação profissional adequados às realidades regionais e que ofereçam uma formação técnica capaz de facilitar o acesso ao mercado de trabalho, segundo princípios da economia solidária.

689. Destinar às pessoas com transtornos mentais vagas no Plano Nacional de Qualificação Profissional do Ministério do Trabalho e em outros projetos da mesma natureza (op cit, p.122).

Bloco temático 8 - garantia de direitos trabalhistas:

763. Propor junto ao legislativo a discussão e criação de leis que garantam a inclusão de usuários de saúde mental no mercado de trabalho formal e promover o fortalecimento e desenvolvimento de trabalho intersetorial (Assistência Social, Poder Judiciário, Ministério Público, Saúde, Trabalho, Educação) para orientação e empoderamento do usuário, a fim de garantir o cumprimento dos direitos trabalhistas previstos na Constituição, tais como: afastamento do trabalho para tratamento de saúde, inclusive saúde mental; impedir demissões irregulares após realização de tratamento; impedir discriminação e preconceito; impedir assédio moral, entre outros.

764. Garantir, em lei, de forma integral nas esferas municipal, estadual e federal, o direito da reserva de vagas em concursos públicos para usuários dos serviços de saúde mental aptos a desenvolverem atividades de trabalho.

765. Incluir pessoas com sofrimento psíquico na política de contratação por cotas em organizações de trabalho.

766. Garantir a modificação da lei que permite a demissão por justa causa dos trabalhadores usuários de álcool e outras drogas, garantindo o acesso ao tratamento.

767. Criar políticas ministeriais conjuntas de saúde e trabalho para que não haja discriminação das pessoas que trabalham e fazem uso de medicação psiquiátrica.

768. Promover discussões sistemáticas da coordenação municipal de saúde mental junto aos serviços de perícia médica (municipal, estadual e federal, e INSS – Instituto Nacional de Seguro Social) com o objetivo de ampliar a compreensão sobre doenças e transtornos mentais para melhorar as condições de atendimento destes usuários nos serviços periciais, inclusive com a concessão de licenças médicas integrais e parciais para os transtornos mentais, de forma a possibilitar ao usuário o tratamento adequado e a reinserção no trabalho.

769. Incluir pessoas com sofrimento psíquico na política de contratação por cotas em organizações de trabalho e garantir a responsabilização das empresas empregadoras sobre o tratamento de saúde mental de seus funcionários, facilitando a reinserção ao emprego com remanejamento de funções, se necessário, respeitando a condição particular do funcionário.

770. Garantir que o INSS inclua no NTEP (Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário), as CIDs (Classificação Internacional de Doenças) relacionadas aos transtornos mentais ocasionados pelo trabalho (op cit, p.132).

ANEXO 6

Minuta do Decreto que institui o Programa Nacional de Apoio ao Cooperativismo Social.

DECRETO Nº

Institui o Programa Nacional de Apoio ao Cooperativismo Social - PRONACOOOP SOCIAL, e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, inciso VI, alínea “a”, da Constituição,

DECRETA:

Art. 1º O Programa Nacional de Apoio ao Cooperativismo Social – PRONACOOOP SOCIAL tem por finalidade planejar, orientar, coordenar, executar e monitorar a implantação de ações voltadas às cooperativas sociais e aos empreendimentos econômicos solidários formados por pessoas em situação de desvantagem, conforme definidas pelo artigo 3º da lei 9867, de 10 de novembro de 1999.

Art. 2º Para os fins deste Decreto, entende-se por:

I - cooperativas sociais: os grupos de geração de trabalho e renda organizados na forma de cooperativas, com o objetivo de promover a inserção social, laboral e econômica de pessoas em desvantagem, nos termos do art. 3º da Lei nº 9.867, de 10 de novembro de 1999; e

II – empreendimentos econômicos solidários: organizações de caráter associativo que realizam atividades econômicas, cujos participantes sejam trabalhadores do meio urbano ou rural, e que exerçam democraticamente a gestão das atividades e a alocação dos resultados; no âmbito deste Decreto, constituídos por pessoas em situação de desvantagem.

Art. 3º São princípios do PRONACOOOP SOCIAL:

I – respeito à dignidade e independência da pessoa, inclusive a autonomia individual e coletiva;

II - não-discriminação e promoção de igualdade de oportunidades;

III - participação e inclusão de pessoas em desvantagem na sociedade e respeito pela diferença como parte da diversidade humana;

IV - geração de trabalho e renda a partir da organização do trabalho com foco na autogestão;

V - articulação e integração de políticas públicas para a promoção do desenvolvimento local e regional; e

VI – ação coordenada dos órgãos que desenvolvem políticas de geração de trabalho e renda para as pessoas em desvantagem.

Art. 4º São objetivos do PRONACOOOP-SOCIAL:

I - produção de diagnóstico e plano de desenvolvimento institucional para as cooperativas sociais e empreendimentos econômicos solidários formados por pessoas em situação de desvantagem;

II – incentivo à formalização dos empreendimentos econômicos solidários, constituídos por pessoas em situação de desvantagem, na forma de cooperativas sociais;

III - fortalecimento financeiro, de gestão e de organização do processo produtivo das cooperativas sociais e dos empreendimentos econômicos solidários, formados por pessoas em situação de desvantagem, bem como qualificação e formação dos cooperados e associados;

IV - viabilização de linhas de crédito;

V - acesso a mercados e à comercialização da produção proveniente das cooperativas sociais e dos empreendimentos econômicos solidários, formados por pessoas em situação de desvantagem;

VI- Incentivo à formação de redes e cadeias produtivas formadas por cooperativas sociais e empreendimentos econômicos solidários.

VII - monitoramento e avaliação dos resultados e alcances sociais e econômicos das políticas de apoio ao cooperativismo social; e

VIII - outras ações que venham a ser definidas pelo Comitê Gestor de que trata o art. 7º.

Art. 5º Para o cumprimento dos objetivos do PRONACOOOP SOCIAL, serão utilizados as seguintes políticas e instrumentos:

I - programas de formação continuada que deverão atender às necessidades dos trabalhadores das cooperativas sociais e dos empreendimentos econômicos solidários formados por pessoas em situação de desvantagem, visando à autonomia, à emancipação e à autogestão do grupo;

II - ampliação dos conhecimentos e habilidades dos trabalhadores por meio da oferta de padrões tecnológicos e gerenciais para a condução de suas atividades;

III - capacitação tecnológica e gerencial de pessoas em situação de desvantagem que desejem ingressar ou formar cooperativas sociais e empreendimentos econômicos solidários;

IV – criação de linha de crédito facilitada para as cooperativas sociais e empreendimentos econômicos solidários formados por pessoas em situação de desvantagem ; e

V – abertura de canais de comercialização dos produtos e serviços, possibilitando, inclusive, o acesso das cooperativas sociais e empreendimentos econômicos solidários, formados por pessoas em situação de desvantagem, às compras públicas.

VI – Transferência de recursos, a título de auxílio, previstos no artigo 12º, § 6º, da Lei nº 4320, de 1964, conforme definidos pelos incisos III, IV e VIII do artigo 36º da lei nº 12.309, de 9 de agosto de 2010, para as cooperativas sociais e empreendimentos econômicos solidários formados por pessoas em situação de desvantagem.

Parágrafo único. O PRONACOOP-SOCIAL terá seus objetivos desenvolvidos em regime de parceria entre os órgãos e as entidades da administração pública federal, estadual, distrital e municipal, a iniciativa privada e as pessoas em situação de desvantagem, seus familiares e suas organizações sociais.

Art. 6º O PRONACOOP SOCIAL será coordenado por um Comitê Gestor, que terá as seguintes atribuições:

I - acompanhar e coordenar a implementação das ações previstas neste Decreto;

II - estabelecer as diretrizes, metas e normas operacionais para o Programa;

III - promover estratégias de articulação de programas, projetos e atividades voltadas ao desenvolvimento do cooperativismo social;

IV - propor ações de formação e capacitação em cooperativismo social para técnicos e gestores que atuem junto às pessoas em situação de desvantagem;

V - estabelecer critérios para aprovação de projetos, aplicação de recursos e avaliação dos resultados das cooperativas sociais e empreendimentos econômicos solidários formados por pessoas em situação de desvantagem;

VI - propor mecanismos para a concessão de crédito;

VII - disciplinar os critérios para o repasse dos recursos e de financiamento e fiscalizar a sua aplicação.

VIII - manter banco de dados atualizado do cooperativismo social no Brasil; e

IX – estabelecer acordos de cooperação e parcerias com entidades nacionais e internacionais com vistas a desenvolver o cooperativismo social no Brasil.

Art. 7º O Comitê Gestor do PRONACOOP SOCIAL será composto por um representante, titular e suplente, dos seguintes órgãos e entidades:

I - Ministério do Trabalho e Emprego;

II - Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome;

III - Ministério da Saúde;

IV – Ministério da Justiça;

V – Secretaria de Direitos Humanos; e

VI – Secretaria-Geral da Presidência da República.

§ 1º Serão convidadas a participar do Comitê Gestor representantes da sociedade civil e do Conselho Nacional de Justiça, sendo:

I – seis representantes de entidades da sociedade civil, de caráter nacional, indicados pelo Comitê e designados pelo Ministro de Estado do Trabalho e Emprego, a partir de processo de decisão baseado em critérios objetivos previamente definidos no regimento interno do Comitê Gestor; e

II – um representante do Conselho Nacional de Justiça.

§ 2º O Comitê Gestor do PRONACOOP SOCIAL será coordenado pela Secretaria Nacional de Economia Solidária do Ministério do Trabalho e Emprego.

§ 3º O regimento interno do Comitê Gestor disporá sobre o seu funcionamento, forma de atuação e detalhamento de atribuições, devendo ser aprovado pela maioria absoluta de seus membros e publicado por portaria do Ministro de Estado do Trabalho e Emprego.

§ 4º O Comitê Gestor poderá convidar para participar das reuniões representantes de outros Ministérios, de instituições públicas e da sociedade civil.

§ 5º Os membros do Comitê Gestor e seus respectivos suplentes, a que se referem os incisos I a VIII do art. 8º, serão indicados pelos titulares dos órgãos e entidades representados e designados pelo Ministro de Estado do Trabalho e Emprego.

§ 6º Os membros do Comitê Gestor e seus respectivos suplentes, a que se referem os incisos I e II do § 1º do art. 8º, serão indicados e designados pelos titulares das respectivas entidades.

§ 7º A participação dos membros do Comitê Gestor é considerada serviço público relevante e não será remunerada.

Art. 8º As despesas necessárias ao funcionamento do Comitê Gestor, bem como as decorrentes da execução das ações e projetos do PRONACOOP SOCIAL advirão das dotações orçamentárias próprias consignadas anualmente nos orçamentos dos órgãos e entidades envolvidos no Programa, observados os limites estipulados na legislação orçamentária e financeira.

Art. 9º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, de _____ de 2011; 189º da Independência e 122º da República.

ANEXO 7

PORTARIA Nº 132, DE 26 DE JANEIRO DE 2012.

Institui incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento do componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a Lei nº 9.867, de 10 de novembro de 1999, que dispõe sobre a criação e funcionamento de cooperativas sociais, visando à integração social das pessoas em situação de desvantagem por condição física, sensorial, mental ou situação social específica;

Considerando a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;

Considerando a Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que cria o Programa De Volta para Casa e institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações;

Considerando o Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, com a finalidade de dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, de forma a garantir o cuidado integral à saúde, regionalizado e hierarquizado, com base no mapa de situação de saúde e em determinantes sociais;

Considerando a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria nº 3.088/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011, que 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 SUS;

Considerando as diretrizes gerais das Políticas de Economia Solidária de acesso ao trabalho, solidariedade, inclusão social, cooperação, autogestão e geração de alternativas concretas para melhorar as condições reais da existência de segmentos menos favorecidos;

Considerando a existência, no âmbito do SUS, de iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais desenvolvidas no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial que atuam na perspectiva de reabilitação psicossocial e econômica das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; e

Considerando as recomendações da IV Conferência de Saúde Mental - Intersetorial, ocorrida entre 27 de junho e 1º de julho de 2010; da I Conferência Temática de Cooperativismo Social, ocorrida nos dias 28 e 29 de maio de 2010; e da II Conferência Nacional de Economia Solidária, ocorrida entre 16 a 18 de junho de 2010, todas em Brasília, resolve:

Art. 1º Fica instituído incentivo financeiro de custeio para o desenvolvimento do componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. O componente Reabilitação Psicossocial constitui-se de iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais.

Art. 2º O incentivo financeiro instituído no art. 1º será destinado ao ente federado que desenvolva programa de reabilitação psicossocial que obedeça aos seguintes critérios:

I - estar inserido na Rede de Atenção Psicossocial;

II - estar incluído no Cadastro de Iniciativas de Inclusão Social pelo Trabalho (CIST) do Ministério da Saúde; e

III - ter estabelecido parceria com Associações de Usuários, Familiares e Técnicos, Cooperativas, Incubadoras de Cooperativas ou Entidades de Assessoria e Fomento em Economia Solidária para apoio técnico e acompanhamento dos projetos.

Art. 3º O incentivo de que trata esta Portaria terá os seguintes valores:

I - R\$ 15.000,00 (quinze mil reais) para programas de reabilitação psicossocial que beneficiem entre 10 e 50 usuários;

II - R\$ 30.000,00 (trinta mil reais) para programas de reabilitação psicossocial que beneficiem entre 51 e 150 usuários; e

III - R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) para programas de reabilitação psicossocial que beneficiem mais de 150 usuários.

Parágrafo único. Os programas de reabilitação enquadrados no inciso I do caput deste artigo dispensam o cumprimento do requisito previsto no inciso III do art. 2º.

Art. 4º A solicitação de recebimento do incentivo financeiro de que trata esta Portaria será encaminhada pelo gestor de saúde do ente interessado ao Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DAPES/SAS/MS), acompanhada dos seguintes documentos:

I - ofício assinado pelo gestor de saúde solicitando o incentivo financeiro e identificando o projeto ou o conjunto de projetos que serão beneficiados;

II - projeto de reabilitação psicossocial constituído por iniciativa(s) de geração de trabalho e renda, empreendimento(s) solidário.

s) e cooperativa(s) social(s), com plano de aplicação de recursos detalhado; e

III - termo de compromisso do gestor local assegurando a aplicação integral do incentivo financeiro no projeto ou no conjunto de projetos, em até 6 (seis) meses a contar da data do repasse dos recursos.

Art. 5º Terão prioridade para recebimento do incentivo financeiros entes que:

I - tenham implantado Serviços Residenciais Terapêuticos, instituídos pela Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000, com as alterações incluídas pela Portaria nº 3090, de 23 de dezembro de 2011;

II - tenham aderido ao Programa De Volta pra Casa, estabelecido pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003; e

III - possuam usuários em internação de longa permanência em hospitais psiquiátricos ou hospitais de custódia;

§ 1º Terá preferência o ente que cumprir todos os requisitos previstos nos incisos do caput, e assim por diante.

§ 2º Em caso de cumprimento de apenas um ou dois dos requisitos previstos no caput, a ordem em que estão colocados será considerada ordem de preferência.

§ 3º Para os fins desta Portaria, será considerada de longa permanência a internação de 2 (dois) ou mais anos ininterruptos.

Art. 6º O incentivo financeiro de que trata esta Portaria será transferido em parcela única pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS/MS) ao Fundo de Saúde do Estado, Município ou Distrito Federal, sem incorporação aos respectivos tetos de assistência de média e alta complexidade.

Art. 7º Caberá à Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do DAPES/SAS/MS o monitoramento da aplicação do incentivo financeiro de que trata esta Portaria, sem prejuízo da competência do Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS/SGEP/MS).

Parágrafo único. Em caso de descumprimento do prazo previsto no inciso III do art. 4º, a Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas solicitará ao FNS/MS que adote as medidas necessárias para a devolução dos recursos recebidos.

Art. 8º Os recursos orçamentários de que trata essa Portaria correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, onerando os Programa de Trabalho 10.302.1220.20B0.0001 Atenção Especializada em Saúde Mental - Nacional.

Art. 9º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 10. Fica revogada a Portaria nº 1.169/GM/MS, de 7 de julho de 2005.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

ANEXO 8

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.

A PRESIDENTA DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, **caput**, inciso VI, alínea a, da Constituição,

DECRETA:

Art. 1 Fica instituído o Programa Nacional de Apoio ao Associativismo e ao Cooperativismo Social - Pronacoop Social, com a finalidade de planejar, coordenar, executar e monitorar as ações voltadas ao desenvolvimento das cooperativas sociais e dos empreendimentos econômicos solidários sociais.

Parágrafo único. O Pronacoop Social será desenvolvido pela União em parceria com Estados, Distrito Federal e Municípios, a iniciativa privada, e pessoas em situação de desvantagem, seus familiares e entidades de representação.

Art. 2 Para os fins deste Decreto, consideram-se:

I - cooperativas sociais - cooperativas cujo objetivo é promover a inserção social, laboral e econômica de pessoas em desvantagem, nos termos do art. 3 da Lei nº 9.867, de 10 de novembro de 1999; e

II - empreendimentos econômicos solidários sociais - organizações de caráter associativo que realizam atividades econômicas, cujos participantes sejam pessoas em desvantagem, nos termos do art. 3º da Lei nº 9.867, de 1999, e exerçam democraticamente a gestão das atividades e a alocação dos resultados.

Art. 3 São princípios do Pronacoop Social:

I - respeito à dignidade e independência da pessoa, inclusive a autonomia individual e coletiva;

II - não discriminação e promoção de igualdade de oportunidades;

III - participação e inclusão de pessoas em desvantagem na sociedade e respeito pela diferença como parte da diversidade humana;

IV - geração de trabalho e renda a partir da organização do trabalho com foco na autonomia e autogestão;

V - articulação e integração de políticas públicas para a promoção do desenvolvimento local e regional; e

VI - coordenação de ações dos órgãos que desenvolvem políticas de geração de trabalho e renda para as pessoas em desvantagem.

Art. 4 São objetivos do Pronacoop Social:

I - incentivar a formalização dos empreendimentos econômicos solidários sociais em cooperativas sociais;

II - promover o fortalecimento institucional das cooperativas sociais e dos empreendimentos econômicos solidários sociais, e a qualificação e formação dos cooperados e associados;

III - promover o acesso ao crédito;

IV - promover o acesso a mercados e à comercialização da produção das cooperativas sociais e dos empreendimentos econômicos solidários sociais;

V - incentivar a formação de redes e cadeias produtivas constituídas por cooperativas sociais e empreendimentos econômicos solidários sociais; e

VI - monitorar e avaliar os resultados e alcances sociais e econômicos das políticas de apoio ao cooperativismo e ao associativismo social.

Art. 5 Serão utilizados os seguintes instrumentos para o cumprimento dos objetivos do Pronacoop Social:

I - programas de formação continuada que atendam às necessidades dos trabalhadores das cooperativas sociais e dos empreendimentos econômicos solidários sociais;

II - oferta de padrões tecnológicos e gerenciais para a condução de suas atividades;

III - capacitação tecnológica e gerencial de pessoas em situação de desvantagem que desejem ingressar ou formar cooperativas sociais e empreendimentos econômicos solidários sociais;

IV - linhas de crédito existentes ou a serem criadas, nos termos da lei;

V - abertura de canais de comercialização dos produtos e serviços, que possibilitem o acesso das cooperativas sociais e empreendimentos econômicos solidários sociais às compras públicas; e

VI - transferência de recursos, nos termos da legislação vigente.

Parágrafo único. O acesso dos empreendimentos econômicos solidários sociais aos instrumentos previstos nos incisos IV, V e VI do **caput** depende de sua constituição como pessoa jurídica.

Art. 6 O Pronacoop Social será coordenado por um Comitê Gestor, que terá as seguintes atribuições:

I - coordenar e acompanhar a implementação das ações previstas neste Decreto;

II - propor metas e normas operacionais para o Programa;

III - promover estratégias de articulação de programas, projetos e atividades voltadas ao desenvolvimento do cooperativismo e do associativismo social;

IV - propor ações de formação e capacitação em cooperativismo e associativismo social para técnicos e gestores que atuem junto às pessoas em situação de desvantagem;

V - propor critérios para aprovação de projetos, aplicação de recursos e avaliação dos resultados das cooperativas sociais e dos empreendimentos econômicos solidários sociais, observada a legislação em vigor;

VI - propor iniciativas para o acesso ao crédito;

VII - manter banco de dados atualizado do cooperativismo e do associativismo social no Brasil; e

VIII - propor adequações e aperfeiçoamentos ao marco legal das cooperativas sociais.

Art. 7 O Comitê Gestor do Pronacoop Social será composto por um representante, titular e suplente, dos seguintes órgãos:

I - Ministério do Trabalho e Emprego;

II - Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome;

III - Ministério da Saúde;

IV - Ministério da Justiça;

V - Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República; e

VI - Secretaria-Geral da Presidência da República.

§ 1 Serão convidados a compor o Comitê Gestor seis representantes de entidades da sociedade civil, de caráter nacional, a serem selecionadas segundo critérios objetivos previamente definidos em ato conjunto dos órgãos previstos nos incisos I a VI do **caput**.

§ 2 O Comitê Gestor será coordenado pela Secretaria Nacional de Economia Solidária do Ministério do Trabalho e Emprego.

§ 3 O regimento interno do Comitê Gestor disporá sobre sua organização e funcionamento, e será aprovado pela maioria absoluta de seus membros e publicado por portaria do Ministro de Estado do Trabalho e Emprego.

§ 4 O Comitê Gestor poderá convidar representantes de outros órgãos e entidades públicas ou instituições da sociedade civil para participar das reuniões.

§ 5 Os membros a que se referem os incisos I a VI do **caput** e seus suplentes serão indicados pelos titulares dos órgãos e designados por ato do Ministro de Estado do Trabalho e Emprego.

§ 6 Os membros a que se refere o § 1 e seus suplentes serão indicados pelos titulares das entidades e designados por ato do Ministro de Estado do Trabalho e Emprego.

§ 7 A participação dos membros do Comitê Gestor é considerada prestação de serviço público relevante e não será remunerada.

Art. 8 As despesas decorrentes da execução das ações e projetos do Pronacoop Social serão custeadas pelas dotações orçamentárias da União, consignadas anualmente nos orçamentos dos órgãos e entidades envolvidos no Programa, observados os limites de movimentação, de empenho e de pagamento da programação orçamentária e financeira anual.

Parágrafo único. As despesas necessárias ao funcionamento do Comitê Gestor serão custeadas por dotações orçamentárias consignadas no orçamento do Ministério do Trabalho e Emprego.

Art. 9 Este Decreto entra em vigor na datada de sua publicação.

Brasília, 20 de dezembro de 2013; 192º da Independência e 125º da República.

DILMA ROUSSEFF

José Eduardo Cardozo

Manoel Dias

Alexandre Rocha Santos Padilha Tereza Campello

Gilberto Carvalho

Maria do Rosário Nunes

ANEXO 9

Quadro 9. Eventos do governo federal que abordam o tema da inserção laboral de usuários de serviços de saúde mental e seus desdobramentos em relação à constituição de conceitos, referências jurídicas e políticas públicas.

ANO	EVENTO	REFERENCIAL CONCEITUAL	REFERENCIAL JURÍDICO	POLÍTICAS PÚBLICAS
1999	Publicação da lei nº 9.867/1999 Institui as cooperativas sociais.	Cooperativas sociais são cooperativas que tem a finalidade de inserir pessoas em desvantagem no mercado econômico, por meio do trabalho, tendo como princípio o interesse geral da comunidade e a integração social dos cidadãos (Lei 9.867/1999, Art. nº1). A lei considera pessoas em desvantagem: deficientes, pessoas com transtorno mental, dependentes químicos, egressos do sistema prisional, condenados a penas alternativas a detenção, jovens em idade adequada ao trabalho em situação de risco e vulnerabilidade (Lei 9.867/1999, Art. 3).	Primeira normativa sobre cooperativa do ramo social no Brasil. Texto baseado na lei italiana de cooperativas sociais – lei nº 381/1991. Apesar dos vetos sofridos pela lei, permanece como referência importante para o movimento antimanicomial por assegurar o direito ao trabalho e a capacidade laboral de pessoas com transtorno mental.	Ações locais, a exemplo das frentes de trabalho em Santos-SP
2004	Oficina Nacional de Experiências Geração de Renda e Trabalho de Usuários de Serviços de Saúde Mental	Muitas dúvidas Trabalho terapêutico X geração de renda Aproximação de conceitos da economia solidária Publicação: BRASIL/SAS/DAPES/ATSMAS. <i>Saúde Mental e Economia Solidária: Inclusão Social pelo Trabalho</i> . Brasília: MS, 2005.	Reivindicações de regulamentação da lei 9867/1999. Discussões em torno dos outros impasses referentes à inserção laboral de pessoas com transtorno mental, tais como: tutela/curatela, capacidade civil e benefícios sociais. Criação de um Grupo de Trabalho que tivesse como uma de suas pautas o estudo da lei e, como resultado, uma proposta de regulamentação.	Desenho do cenário nacional e afirmação da parceria com a economia solidária Grupo de Trabalho para definição de uma política de parceria com a economia solidária Propostas em torno do tema financiamento.

2005	Publicação da Portaria nº 353/2055 – Cria o Grupo de Trabalho Saúde Mental e Economia Solidária	<p>Conceito de Iniciativas de geração de trabalho e renda atrelado à proposta da economia solidária</p> <p>Publicação: BRASIL/SAS/DAPES/ATSMAS. <i>Relatório final do Grupo de Trabalho Saúde Mental e Economia Solidária, instituído pela Portaria nº 353 de 7 de março de 2005</i>. Brasília: ATSMAD/SAS/MS, 2006.</p>	<p>Proposições de alteração da lei 9867/1999: composição mista (usuários e não usuários); incentivos fiscais especiais; priorização ou dispensa de processos licitatórios para aquisição de seus produtos e/ou serviços pelo poder público; bolsa trabalho para os sócios por tempo determinado – 12 meses; política de incentivo ao comércio justo e consumo ético.</p> <p>Discussões em torno dos outros impasses referentes à inserção laboral de pessoas com transtorno mental, tais como: tutela/curatela, capacidade civil e benefícios sociais.</p>	Plano de Trabalho para construção de uma política pública a partir dos eixos: 1- Mapeamento, Articulação, Redes de Comercialização e Produção; 2- Formação, Capacitação, Assessoria e Incubagem; 3- Financiamento; e 4- Legislação. Recomendações aos gestores das três esferas, incentivando ações em suas respectivas esferas de atuação.
2005	Publicação da Portaria nº 1169/2005 – Incentivo financeiro 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	Incentiva mobilizações entorno do tema inserção laboral nos serviços de saúde mental e nas gestões locais.	Destina recursos financeiros provenientes do Fundo Nacional de Saúde a projetos de inclusão social pelo trabalho.	Sensibilização dos gestores para a questão da inserção laboral dos usuários. Induz a capilarização da política de saúde mental e economia solidária.
2006	Turma Nacional de Formação de Gestores Públicos da Saúde Mental em Economia Solidária	Retomada de conceitos baseados na experiência italiana, aprofundamento conceitual sobre economia solidária. Ferramentas conceituais para elaboração de Planos de Ação Locais.	Introduziu o debate sobre marco jurídico do cooperativismo e problematizou diferentes formas jurídicas de organização, na perspectiva de oferecer aos gestores um conjunto de possibilidades que pudesse ser aplicado às especificidades de cada experiência local. Discussões em torno dos outros impasses referentes à inserção laboral de pessoas com transtorno mental, tais como: tutela/curatela, capacidade civil e benefícios sociais.	Subsídios à elaboração de Planos de Ação Locais.

2008-2009	Convênio com a COPPE executado pela ITCP/UFRJ – Criação da Rede Nacional de Saúde Mental e Economia Solidária	Disseminação de informações e debates conceituais, por municípios de diferentes partes do país, sobre reforma psiquiátrica, inserção laboral de usuários de saúde mental, cooperativismo, economia solidária.	Acúmulo de debates em torno da lei	Criação de um sítio eletrônico para disseminação de informações e intercâmbio entre as experiências. Veículo para divulgação de informações e ações do governo federal
2009	Comissão de Cooperativismo Social do Programa Brasil Próximo elabora proposta de Programa de Apoio ao Cooperativismo Social		Preserva o texto da lei 9.867/1999	Propõe reunir as ações do governo federal voltadas para inserção laboral de pessoas em situação de desvantagem. Proposição de uma política intersetorial.
2010	Conferência Temática de Cooperativismo Social	Cooperativismo Social como conceito guarda-chuva, que engloba as diferentes formas de inserção laboral. Define cooperativa social como uma das iniciativas de Cooperativismo Social, no esforço de não excluir grupos informais. Publicação: BRASIL/MTE/SENAES. <i>Conferência Temática de Cooperativismo Social</i> . Caderno Temático. Brasília: 2010.	São definidas resoluções que vão desde a regulamentação da lei 9.867/1999 até a aprovação da minuta do decreto que instituirá o PRONACOOP SOCIAL. As resoluções não se restringem aos segmentos do campo da saúde mental.	Define uma série de resoluções sobre o tema das políticas públicas, entre elas o PRONACOOP SOCIAL. dá amplitude ao tema da inserção laboral, incluindo outros segmentos do cooperativismo social. Servirá de subsídios a II Conaes e a IV CNSM-Intersectorial, o que influenciará as políticas de saúde mental e economia solidária.
2011	II Encontro Nacional de Experiências Geração de Trabalho e Renda de Usuários de Serviços de Saúde Mental: rumo ao Cooperativismo Social	Retoma desafios conceituais que vinham desde a Oficina Nacional, muitos em relação direta com reflexões trazidas pelos triestinos.	Reapresenta a proposta do PRONACOOP SOCIAL.	Há afirmação da estratégia intersectorial da política. Retoma as resoluções da Conferência Temática, II Conaes e a IV CNSM-Intersectorial. Aponta para a necessidade de investir na sustentabilidade dos empreendimentos. Propõem investimento técnico e financeiro diferenciado de acordo com a situação organizacional do empreendimento.

2011	Portaria nº 3.088/2011 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).	Estabelece em seu Art. 12 que o componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial é composto por iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais. Define reabilitação psicossocial a partir das experiências de geração de trabalho e renda. Atrela ao conceito noções da economia solidária e do cooperativismo social	Reorganiza a gestão do SUS. Estabelece que as ações de reabilitação psicossocial são um dos componentes da Rede de Atenção Psicossocial (Rede de Saúde Mental).	Institucionaliza as iniciativas de geração de trabalho e renda, os empreendimentos solidários e as cooperativas sociais como ações da PNSMAD e, por isso, como parte do processo de reabilitação dos usuários da rede SUS.
2012	PT 132 Institui incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento do componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS).	Reafirma a política de economia solidária e suas diretrizes, já citada na PT 1169/2005, agregando ainda como diretrizes as resoluções da Conferência Temática de Cooperativismo Social, da II CONAES e da IV CNSM-Intersetorial. Atrela a noção de reabilitação psicossocial a práticas que seguem os princípios cooperativistas e da economia solidária, conforme define a portaria 3.088/2011.	Institui incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento do componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS).	Aumenta o valor de repasse aos municípios, permite maior apoio e incentivo aos empreendimentos. Define que as parcerias com a economia solidária e o cooperativismo são elementos que determinam o apoio financeiro aos empreendimentos.
2013	Decreto nº 8.163/2013 PR, MS, MTE, MDS, MJ, SGPR, SDH Institui o Programa Nacional de Apoio ao Associativismo e Cooperativismo Social – PRONACOOP SOCIAL	Define cooperativa social como cooperativa cujo objetivo é promover a inserção social, laboral e econômica de pessoas em desvantagem, nos termos do art. 3 da Lei nº 9.867. Define como empreendimentos econômicos solidários sociais- organizações de caráter associativo que realizam atividades econômicas, cujos participantes sejam pessoas em desvantagem, nos termos do art. 3º da Lei nº 9.867, de 1999, e exerçam democraticamente a gestão das atividades e a alocação dos resultados. Inclui o termo associações sociais, mas não o define.	Cria um Programa de Apoio ao Cooperativismo social que tem por objetivo planejar, coordenar, executar e monitorar as ações voltadas ao desenvolvimento das cooperativas sociais e dos empreendimentos econômicos solidários sociais.	A mobilização que nasceu da articulação entre saúde mental e economia solidária ganha amplitude, agregando outros Ministérios, permitindo a criação de uma política intersetorial. Com o PRONACOOP SOCIAL as ações são interface entre saúde mental e economia solidária tendem a ser incorporadas pelo programa, que tem como estratégia reunir ações de diferentes ministérios para inserção laboral de pessoas em situação de desvantagem.