

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

PINHO, Kátia Liane Rodrigues; MACHADO, Maria Lúcia Teixeira.

RESUMO

Esta pesquisa teve por objetivo analisar as experiências de sete dispositivos de inclusão social pelo trabalho na área da saúde mental, do estado de São Paulo, sob o olhar do campo Ciência, Tecnologia e Sociedade. O estudo buscou relacionar as atividades de geração de trabalho e renda, desenvolvidas nos dispositivos, como formas de promoção de cidadania, de construção de tecnologias sociais e de economia solidária. Para a realização de pesquisa procedemos revisão bibliográfica acerca dos temas: reforma sanitária brasileira, políticas públicas em saúde mental, economia solidária e tecnologias sociais. A pesquisa de campo contou com uma visita aos dispositivos estudados para realização de entrevista semi-estruturada, dirigida aos gestores dos mesmos. O roteiro de entrevista proporcionou respostas objetivas e quantitativas, bem como permitiu uma análise qualitativa acerca das experiências dos dispositivos. O estudo possibilitou sistematizar as experiências, identificando seus elementos comuns e os principais desafios para se consolidar uma política pública nacional de cooperativismo social e economia solidária no campo da saúde mental. Os resultados apontaram que esses dispositivos se assemelham as experiências de incubadoras públicas do campo da economia solidária por desenvolverem atividades de apoio e fomento a estruturação de projetos de geração de renda e empreendimentos solidários.

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

Introdução

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

A conquista de uma legislação tem garantido a transformação de um modelo asilar, fundado nas internações de longa permanência e no isolamento social, por um novo paradigma de cuidado. Propondo a construção de uma rede substitutiva, de base territorial

e comunitária, com o objetivo do cuidado integral, com vistas a Inclusão Social e a promoção de uma cidadania plena.

Neste contexto de reestruturação do cuidado, despontaram diversas experiências de geração de trabalho e renda nos serviços de saúde mental. Nossa reflexão buscará trazer contribuições acerca da organização e da operacionalização cotidiana de funcionamento de alguns desses dispositivos.

Os dispositivos aqui estudados são aqueles que longo da história da reforma psiquiátrica foram especializando suas estratégias de cuidado e atenção e, atualmente, dedicam-se exclusivamente a proporcionar inclusão social pelo trabalho.

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

A escolha pelo desenvolvimento de suas ações pautadas pelos princípios da economia solidária e do cooperativismo social tem justificativas na história desses dispositivos. Segundo Paul Singer, (Coordenador Nacional de Economia Solidária) da Secretaria Nacional de Economia Solidária (SENAES) do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), as raízes ideológicas da economia solidária e da reforma psiquiátrica propiciam de modo nato um encontro possível entre os dois movimentos:

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

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

Saúde Mental e Economia Solidária

A Reforma Psiquiátrica brasileira fez uma opção de consolidar como seu objetivo estratégico a inclusão social e a cidadania plena dos usuários da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A progressiva extinção dos manicômios, o acesso à moradia e a cidade imprimiu nos portadores de transtorno mental, novos sujeitos, à possibilidade de ir e vir com dignidade. O poder de compra e de troca, não só mercadorias, mas também de afeto fomentou a necessidade do trabalho, como fonte de vida e de sonhos.

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

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

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

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

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

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

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

É preciso construir condições objetivas, por meio de políticas públicas e da participação da sociedade, para que tais experiências se consolidem, ampliem, superem e possam atender com mais efetividade às necessidades dos usuários, propiciando uma cooperação solidária de toda a sociedade com o processo de superação do manicômio (BRASIL, 2005, p.8).

A partir desta publicação, o MS lançou um primeiro edital (chamada pública) voltado ao apoio e financiamento desses projetos, oficinas e empreendimentos solidários e o MTE, através da SENAES, passou a incluir em seus editais de financiamento à economia solidária, o público do cooperativismo social¹. Avanços importantes para o reconhecimento social e produtivo dessas iniciativas no que tange a Inclusão Social pelo Trabalho.

No ano de 2007, a Unisol Brasil² - Central de Cooperativas – organizou o Seminário *Economia Solidária e as Cooperativas Sociais: inclusão, ressocialização e trabalho digno*, inaugurando no cenário nacional a participação da sociedade civil no movimento do cooperativismo social.

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

O ano de 2010 foi marcado por dois eventos importantes. O *Seminário Reflexões sobre as Diferentes Experiências de Cooperativismo Social*, promovido pela Unisol Brasil e a *I Conferência Temática de Cooperativismo Social*, organizada de modo interministerial, com o tema central - *Trabalho e Direitos: Cooperativismo Social como Compromisso Social, Ético e Político*, teve como um de seus objetivos: “Subsidiar as Conferências Nacionais de Economia Solidária e de Saúde Mental para contribuir com a formulação e a consolidação de políticas intersetoriais de apoio ao cooperativismo social” (BRASIL, 2010, p. 8).

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

¹ As iniciativas de cooperativismo social são empreendimentos formados por pessoas em situação de desigualdade em razão de condições físicas, mentais e situações sociais específicas e têm por objetivo promover a inclusão social e econômica dessas pessoas. São consideradas pessoas em situação de desigualdade: pessoas com transtorno mental; pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas; pessoas presas ou egressas do sistema penitenciário; pessoas com deficiência física, mental e/ou sensorial; adolescentes e jovens, em idade adequada ao trabalho, que estejam em situação de risco ou vulnerabilidade social, em especial aqueles que estão cumprindo medidas socioeducativas e aqueles egressos do sistema socioeducativo.

² Associação com fins não econômicos, de âmbito nacional, cujos fundamentos são o compromisso com a defesa dos reais interesses da classe trabalhadora, a melhoria das condições de vida e de trabalho das pessoas, a eficiência econômica e o engajamento no processo de transformação da sociedade brasileira com base nos valores da democracia e da justiça social. www.unisolbrasil.org.br

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

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

Considerando que a articulação em rede é um dos princípios da economia solidária, pois fortalece os pequenos produtores, permitindo mais visibilidade e maior possibilidade de participação no mercado produtivo, acreditamos que a metodologia de organização dessas oficinas de trabalho, projetos de geração de renda e/ou empreendimentos solidários tem possibilitado aos grupos alçarem novos desafios quando, ao adentrarem em um campo novo de conhecimento, se vêem discutindo políticas públicas e os impactos sociais dessas iniciativas econômicas.

O recorte desse artigo na relação da saúde mental e economia solidária se dará nos dispositivos que tem como objetivo central a Inclusão Social pelo Trabalho, desenvolvendo metodologias e novas tecnologias sociais para a promoção de estratégias de reabilitação psicossocial e de ampliação da contratualidade social dos usuários da RAPS.

No Estado de São Paulo existem 07 dispositivos com essa centralidade. São eles: Associação Arte e Convívio (AAC), Núcleo de Oficinas e Trabalho (NOT), Casa das Oficinas de Campinas, Casa das Oficinas de Piracicaba, Núcleo de Trabalho e Arte (Nutrarte), Núcleo de Projetos Especiais (Nupe) e Projeto Tear.

Análise dos dados

A análise do campo de pesquisa permitiu a composição do quadro abaixo:

Quadro 1 – Análise descritiva e quantitativa do campo de pesquisa

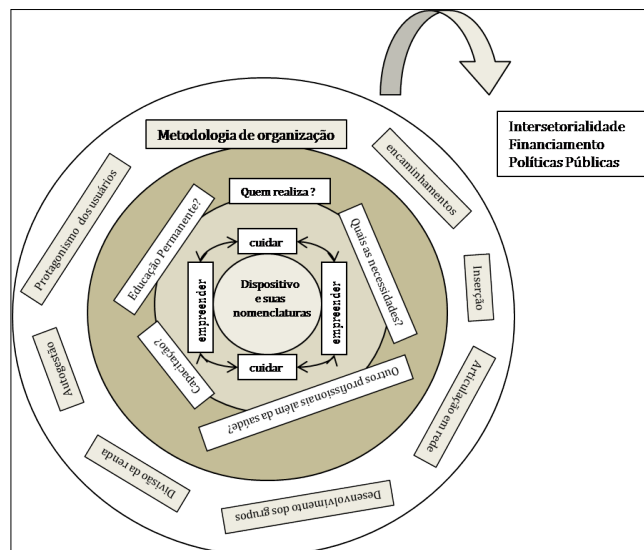
Dispositivo	Localização	Fundação	Estabelecimento SUS	Cadastro junto ao CNES	Formalização	Ponto fixo de comercialização	Nº de pessoas inseridas	Nº de oficinas	Tipos de atividades		Equipe					
									Produção	Prestação de Serviços	Atividades de arte e cultura	Universitários	Monitores	Apoio administrativo		

AAC	Botucatu	1995	Não	N/A	Sim	Sim	86	4	3	1	2	8	0	3	1
NOT	Campinas	1991	Sim	Ambu- latório	Sim	Sim	300	14	10	4	0	12	26	4	6
Casa de Campinas	Campinas	2005	Sim	Ambu- latório	Não	Sim	50	3	2	1	0	3	2	2	0
Casa de Piracicaba	Piracicaba	2009	Não	N/A	Não	Sim	25	4	4	0	0	1	2	1	0
Nutrarte	Sao Bernardo do Campo	2011	Não	N/A	Não	Sim	70	3	2	1	0	6	2	1	0
Tear	Guaratingos	2003	Sim	CAPS	Sim	Sim	108	7	7	0	3	8	9	7	1
Nupe	Santo André	1997	Sim	Ambu- latório	Não	Não	65	12	9	3	0	5	9	2	1

Após a análise descritiva-quantitativa aprofundaremos algumas reflexões qualitativas. Para a organização dos resultados dividimos as informações em: nomenclaturas, ações desenvolvidas, equipe técnica, capacitação e educação permanente, metodologia de organização, ações intersetoriais, financiamento e estratégias para geração de renda.

O caminho metodológico para análise dos dados partiu de uma análise da dinâmica interna dos dispositivos e seus processos de organização, culminando com as articulações intersetoriais e desafios, conforme aponta a figura 1.

Figura 1 – O caminho metodológico



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

- 1) Denominação para as atividades;
- 2) Denominação para as pessoas inseridas;

3) Denominação para equipe técnica.

Na categoria nomenclaturas utilizadas para referenciar as atividades, encontramos as mais diversas justificativas, para embasar o conceito *oficina*, a nomenclatura mais comumente utilizada, conforme trechos das entrevistas a seguir.

São oficinas porque o nome foi herdado dos CAPS assim; porque tem sentido de ofício, de lugar onde se produz coisas; porque não são ferramentas estritamente terapêuticas como as desenvolvidas em serviços de saúde mais clínico-centrados; porque importou-se a nomenclatura de um projeto bem sucedido e que usava a mesma denominação; porque é um conceito em vigência há muito tempo nas RAPS, está assimilado e não se tem questões com relação a isso; oficina de trabalho e não terapêutica porque quem determina as produções são os clientes e não o grupo; oficinas porque, muitas vezes, é necessário dividir a produção de uma peça o que num contexto terapêutico nem sempre seria possível.

A nomenclatura Empreendimento Econômico Solidário (EES) foi citada por alguns dispositivos como uma terminologia nova, mais recente na cultura e, portanto, não tão apropriada por trabalhadores e usuários dos dispositivos.

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

A análise demonstrou que o uso do termo *oficina*, apesar de responder um pedaço do todo que envolve o rol de atividades desenvolvidas nos dispositivos, simboliza de modo mais forte o lado terapêutico das ações, apesar de um forte apelo por parte desses dispositivos de buscarem se consolidarem enquanto empreendimentos.

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

Na categoria nomenclatura utilizada para referenciar as pessoas inseridas, ocorreu um equilíbrio entre o uso da denominação *usuários e oficinairos*, com 3 citações para cada

uma delas, representando 43% para cada, e apenas uma citação, representando 14% do total, indicou o uso da denominação *participantes*.

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

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

Para efeito desta pesquisa optaremos por usar a denominação oficineiros, pois entendemos que é a que mais retrata o potencial das atividades desenvolvidas pelas oficinas.

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

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

As justificativas encontradas foram: *coordenador porque o profissional está ali para ajudar a organizar o processo produtivo; categoria profissional em virtude do contrato de trabalho porém com reconhecimento de que isso denota um caráter mais de terapeuta ao profissional; orientador porque todos os trabalhadores atuam para orientar o desenvolvimento de alguém ou de um negócio; profissional ou técnico de referência porque os profissionais devem referenciar, dar um suporte ao grupo, quando necessário.*

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

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

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

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

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

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

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

Quadro 2 – Ações realizadas pelos dispositivos

Ações referentes ao cuidar em saúde mental	Ações referentes ao empreender trabalho e renda
Evolução de prontuários	Organização do processo produtivo da oficina
Produção de RAS	Gestão empreendedora
Acolhimento, identificação de crise e encaminhamentos	Avaliação de função e desempenho
Articulação com serviços da rede SUS	Articulação com redes de empreendimentos
Condução de Projetos Terapêuticos Singulares	Despotencialização do cunho terapêutico das atividades
Flexibilização da jornada de trabalho	Cobrar produção e qualidade
Participação em reuniões de equipe, planejamento e supervisões	Pesquisa de tendências de mercado
Acompanhamento terapêutico	Controle das horas de trabalho e cálculo da bolsa oficina
Mediação de conflitos	Capacitação para trabalho coletivo
Construção coletiva das ações	Criação de produtos e elaboração de preços
Invenção de saídas criativas para acolher pessoas que desejam trabalhar mas nem sempre estão em condições	Comercialização, vendas e contatos com clientes
	Controle de estoque
	Manutenção de equipamentos
As rodas de conversa são consideradas dispositivos híbridos pois permitem cuidar e gerenciar as relações de trabalho e de produção	
O mesmo destaque se deu para as atividades de acompanhamento terapêuticos para participação em feiras e em compras de materiais	

Considerando a importância desses dois campos de ações, ficou claro que essas ações se complementam. A maior parte dos dispositivos referiu que não é possível uma separação deles no dia-a-dia.

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

Outro ponto abordado na coleta de dados, diante da questão de qual a missão desses dispositivos nas RAPS, colocou-se a necessidade de ter ou não profissionais de fora da área da saúde, frente às atividades.

De modo unânime, ou seja, 100% dos dispositivos referenciaram que o profissional da saúde não é formado para ser gestor de um negócio. Neste sentido, profissionais das áreas de administração, economia, marketing, publicidade, design, arquitetura, vendas são sugeridos como categorias que muito tem a contribuir com o desenvolvimento dos dispositivos.

Esses profissionais são vistos como recursos que podem favorecer a gestão otimizada dos recursos, o controle e fluxo de caixa, a comunicação do dispositivo com o mundo externo, o fortalecimento das marcas, o desenvolvimento de produtos, o cálculo de preços, a organização do processo produtivo, a captação de recursos, etc., porém a atual forma de registro/cadastro dos dispositivos ou ausência deles não permite aos dispositivos fazer essas contratações. Um dispositivo voltado para geração de trabalho e renda, inserido e financiado, exclusivamente, no universo da saúde tem nesse fato importante limitador de seu desenvolvimento.

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

Este mesmo dispositivo conta com um profissional com experiência em economia solidária que é responsável por fazer um diagnóstico de cada empreendimento, desenvolver ferramentas para o desenvolvimento do grupo e os técnicos de referência são responsáveis por garantir que as prioridades sejam feitas como momentos de criação e reuniões com o grupo.

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

Os dispositivos referenciaram reuniões de equipe como espaço de formação permanente. Outras iniciativas citadas foram: atividades do percurso formativo organizado pela CNSM, supervisão clínica e institucional, participação em fóruns e redes, grupos de estudos, cursos em técnicas artesanais e sobre tendências de mercado (moda, cor e design), formação em cooperativismo social, comércio justo e redes solidárias. Destacou-se a falta de formação em gestão de empreendimentos e técnicas de administração.

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

Nesse âmbito nos deparamos com arranjos/procedimentos os mais diversos possíveis. Desde não se ter nenhum protocolo formal para encaminhamento e/ou inserção, dispositivo porta aberta, acolhedor de demandas espontâneas, até estruturas mais formais com agendamento de triagem, formulário próprio para coleta de informações sobre história de vida pessoal, ocupacional e de adoecimento e ainda, uso de instrumentos científicos de auto-avaliação do funcionamento ocupacional (SAOF).

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

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

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

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

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

O modo de divisão da renda gerada pelas oficinas mostrou pontos em comum. A denominação utilizada por cinco dispositivos é *bolsa oficina*, um deles refere *bolsa trabalho* e outro *pagamento*. Para fins desta pesquisa, utilizaremos a denominação *bolsa oficina*, por compreendermos ser esta a melhor tradução para justificar a divisão da renda

O saldo líquido³ do mês e o fluxo de caixa⁴ se apresentaram como elementos determinantes na composição da bolsa oficina dosicineiros. De modo geral, os dispositivos compõem, através das vendas e de acordo com percentuais combinados, que podem variar de 10% a 50%, um fundo reserva do dispositivo. Os dispositivos que contam

³ Saldo líquido é elaborado de acordo com a movimentação financeira entre as entradas referentes as vendas e as saídas com despesas para reposição de materiais, manutenção de equipamentos e imprevistos.

⁴ Fluxo de caixa se caracteriza pelas reservas financeiras que as oficinas conseguem manter para fazer a gestão mensal dos recursos.

com uma entidade jurídica de apoio (ex: associações) contribuem mensalmente com algo em torno de 10% da comercialização à essa entidade. São as chamadas *taxa administrativa*⁵.

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

Algumas experiências dispõem de caixas individualizados por oficina, permitindo as mesmas maior autonomia com relação à gestão dos recursos. Nestas, encontramos a avaliação de desempenho e a distinção de funções como itens que compõem a decisão sobre a composição da bolsa oficina. Pudemos identificar que aquelas que dispõem de contratos fixos de prestação de serviços conseguem manter um valor mais fixo de bolsa e geralmente são de melhores valores. As de produção de artesanatos e, que dependem da comercialização mensal, operam com o saldo líquido do mês.

O modo como dos dispositivos operam o uso dos recursos financeiros denotam que princípios cooperativistas e solidários fazem parte da rotina desses serviços. Diante disso, foi possível compreender quais outras estratégias são utilizadas para incentivar a autogestão e o protagonismo dos usuários no mundo do trabalho.

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

Com o objetivo de proporcionar esse protagonismo assembleias coletivas, rodas de conversa, estímulos as capacidades individuais e a participação em redes e fóruns, são estratégias para problematizar temas como: inovação de produtos, qualidade da produção, compromisso com o trabalho, escala de atividades, controle de estoque, lista de compras, decisão sobre investimentos, acesso ao caixa, ao envelope de dinheiro, ao controle de

⁵ Taxa administrativa é um percentual sobre a movimentação financeira que fica para as associações que incubam esses grupos com o objetivo de custear despesas administrativas como taxas bancárias, contador, emissão de nota fiscal, sistema operacional, pagamento e comissão de vendedores, taxas de cartão de crédito e débito e outras despesas.

horas, a responsabilidade sobre a execução das vendas, contato com fornecedores, cotação de preços, auxílio na dinâmica do dia de trabalho da oficina, entre outros.

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

As articulações intersetoriais ainda são fracas e/ou incipientes. Parceiros governamentais citados foram: Secretarias de Trabalho e Renda, de Desenvolvimento Social, de Assistência Social e de Cultura; Centros Públicos de Trabalho, Renda e Economia Solidária; Fundo Social Municipal de Solidariedade; Centrais de Trabalho e Renda. Ressalvas, com raras exceções, foram de que esses parceiros são apoiadores para ações pontuais e, que na prática, não há políticas públicas concretas que os coloquem com parceiros efetivos.

O campo da economia solidária se destacou com a participação dos dispositivos em redes e fóruns locais e regionais; conferências municipais, estaduais e nacional; redes locais e estadual de fundos rotativos solidários⁶. Movimentos sociais como fóruns de saúde mental, conselhos municipais de assistência social, de saúde, das pessoas com deficiência, de cultura e movimentos de luta antimanicomial também são citados.

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

Neste quesito, foram encontradas três situações distintas:

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

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

⁶ São metodologias que auxiliam grupos a gerir coletivamente recursos comuns. Uma espécie de poupança comunitária com o objetivo de fortalecer as iniciativas solidárias. Essa poupança é formada por meio da doação voluntária de recursos por cada membro/grupo participante do fundo, ou ainda, pode ser constituída a partir de ações e recursos externos, destinadas ao coletivo.

maior reconhecimento as ações desenvolvidas pois permite incluir em seu rol de atividades as produções dos demais profissionais.

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

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

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

Diante de todos os apontamentos que a pesquisa nos possibilitou concluirmos que os dispositivos estratégicos de inclusão social pelo trabalho na saúde mental, cumprem um papel fundamental no que tange a produção de novos sujeitos sociais e produtivos e no desenvolvimento de novas metodologias e tecnologias sociais voltadas aos públicos em vulnerabilidade social.

Considerações finais

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

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

formação e articulação em rede desses dispositivos vêm os tornando ferramentas de transformação institucional, política e social.

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

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

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

- Ausência de formalização institucional dos dispositivos;
- Despreparo técnico sobre conteúdos de administração e empreendedorismo pelos gestores e equipe técnica;
- Necessária ampliação e/ou fortalecimento das parcerias intersetoriais;
- Ausência de financiamento carimbado;
- Dependência de políticas locais (municipais) para continuidade dos projetos;
- Impossibilidade de contratar profissionais especializados em captação de clientes e projetos;

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

A primeira delas é referente à questão de formalização dos dispositivos, com financiamentos apropriados para as realizações de suas ações. No âmbito do SUS, sendo as iniciativas reconhecidas pela CNSM como eixo reabilitação psicossocial da RAPS, os mesmos deveriam contar com cadastro apropriado no CNES como dispositivos de saúde voltados a Inclusão Social pela Arte, Cultura e Trabalho.

Essa decisão corrigiria as dificuldades que alguns dispositivos enfrentam por necessitar criar adaptações em seus registros, que não correspondem às práticas institucionais desempenhadas, não lhes garantindo um financiamento apropriado para as ações desenvolvidas.

No âmbito das políticas de trabalho e renda, poderia ser uma alternativa um dispositivo voltado à promoção de projetos de trabalho, de desenvolvimento de atividades de formação e capacitação profissional, de incubação de EES e de encaminhamento de usuários para o mercado de trabalho. E, com isso, poderiam contar com uma política de apoio para a constituição de associações ou cooperativas mistas de trabalho.

O levantamento bibliográfico, a coleta e análise dos dados apontaram que os dispositivos de inclusão social pelo trabalho, apesar de já terem estabelecido suas atividades econômicas e se reconhecerem enquanto coletivos de produção, ainda, têm dificuldades inerentes a abertura de mercado, a inovação e a produtividade. O que gera objetivamente uma situação de fragilidade em relação à geração de renda.

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

Essa problemática poderia ser mais bem enfrentada com formas de financiamento mais adequadas, que permitiriam a contratação de profissionais não da área da saúde, para o desenvolvimento de atividades que possibilitariam a inovação nas linhas de produtos, a ampliação da comercialização e a melhor otimização dos recursos.

A junção dessas duas problemáticas – formalização e inexistência de políticas públicas adequadas de fomento e investimento – demonstra uma tensão existente entre as duas tecnologias necessárias para o desenvolvimento dos dispositivos. As tecnologias de saúde, com seus conhecimentos e práticas de cuidado, bem como as de tecnologias de trabalho, com a promoção de atividades de geração de renda por meio da economia solidária.

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

As incubadoras públicas de empreendimentos populares e solidários são espaços que promovem ações de assessoria, capacitação, fomento aos empreendimentos, apoiando a sua organização, consolidação, estudo de viabilidade, apoio à constituição de espaços de trocas e de redes solidárias de produção, consumo e comercialização, conhecimento e informação visando à sustentabilidade de empreendimentos econômicos solidários.

Nesse sentido, os referidos dispositivos se aproximam da conceituação de incubadoras públicas que atuam junto ao público do cooperativismo social, capazes de desenvolver processos, tecnologias sociais e transformar vidas através da inclusão social pelo trabalho.

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

Referências bibliográficas

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

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

BRASIL. Casa Civil. **Lei 10216/01**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em: 10 abr. 2014.

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

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

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

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