

MARISA PETRUCCI GIGANTE

Perfil das oficinas de geração de trabalho e renda no  
âmbito da atenção psicossocial no Brasil

Dissertação apresentada como requisito parcial à  
obtenção do grau de Mestre junto ao Programa de  
Pós-Graduação em Política Social do Departamento  
de Ciências Jurídicas, Econômicas e Sociais da  
Universidade Católica de Pelotas.  
Linha de pesquisa: Políticas Sociais,  
Direitos sociais e questão social.

Orientador: Prof. Dr. Elaine Tomasi

Pelotas

2011

MARISA PETRUCCI GIGANTE

Perfil das oficinas de geração de trabalho e renda no  
âmbito da atenção psicossocial no Brasil

Dissertação apresentada como requisito parcial à  
obtenção do grau de Mestre junto ao Programa de  
Pós-Graduação em Política Social do Departamento  
de Ciências Jurídicas, Econômicas e Sociais da  
Universidade Católica de Pelotas.  
Linha de pesquisa: Políticas Sociais,  
Direitos sociais e questão social.

BANCA EXAMINADORA:

---

Prof. Dr. Elaine Tomasi  
Orientador

---

Prof. Dr. Andréa Valente Heidrich  
Membro

---

Prof. Dr. Luciane Prado Kantorski  
Membro

Pelotas, 20 de abril de 2011

## DEDICATÓRIA

Aos usuários que participam  
da RETRATE e a todas as pessoas  
que acreditaram e acreditam em mim.

## **Agradecimentos**

Agradeço a todas as energias superiores que existem além de nosso ego, Deus, Deusas, Orixás, que me inspiram.

Ao meu pai por ter sido mais que um pai ter sido um pai com aço, um paião. Um companheiro para os jogos, para todos os filmes do Chaplin, para pensar e agir por um mundo melhor e por saber que ainda conto com ele.

À minha mãe e meus irmãos por serem meus guias e grilhões, meus anjos e demônios e por tanto me fazerem crescer.

Aos usuários dos CAPS de Pelotas especialmente os que participaram e participam da oficina de geração e renda de Pelotas a Reabilitação Trabalho e Arte (RETRATE) estes realmente foram a inspiração e o foco para este trabalho de mestrado e para acreditar na capacidade que todos temos. Não teria como citar a todos, mas sei que não estarei fazendo injustiça se citar os nomes da Denise, Luciana, Wilson, Silvio, André, Graça, Estela, Norma, entre tantos outros.

À colega Ângela que começou o trabalho comigo e que sempre acreditou em mim, nos usuários e na RETRATE e pelo exemplo de amor e dedicação com que encara tudo nessa vida.

As colegas Valmi e Gracia que se agregaram a este trabalho e fizeram e fazem com que a RETRATE continue existindo. Com elas muito me irritei, me magoei, me diverti, aprendi.

As estagiárias que trabalharam na RETRATE, trazendo questionamentos, novos saberes, novas propostas. Em especial à Gabriela que conosco trabalhou por mais de dois anos.

Aos professores e colegas do mestrado em Política Social da Universidade Católica de Pelotas, por contribuírem para meu crescimento pessoal e intelectual.

À minha orientadora que sempre esteve me apoiando neste trabalho, abrindo inclusive sua casa quando necessário.

As alunas Mara, Rahiza, Luana e Isadora da primeira turma do curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Pelotas que me auxiliaram na parte das ligações para os grupos.

Aos profissionais Terapeutas Ocupacionais que como eu acreditam e lutam pelo reconhecimento da importância desta profissão.

Aos meus amigos e amores que comigo convivem e conviveram nesses dois anos de aprendizagem e expressão.

Enfim, agradeço a todos que já passaram por minha vida e ajudaram na construção do que sou hoje.

## RESUMO

O objetivo do estudo foi caracterizar as iniciativas de geração de trabalho e renda de portadores de sofrimento psíquico registradas no Ministério da Saúde. A coleta dos dados foi através de correio eletrônico e telefone. Ao receber os questionários preenchidos, procedeu-se inicialmente à impressão. Para o conjunto dos instrumentos, foram seguidas as seguintes etapas: numeração, codificação das questões abertas, tabulação das questões fechadas e revisão geral. Em seguida, criou-se um banco de dados através do Programa EPI-INFO 6.04d para digitação, após o qual, os dados foram convertidos em um pacote estatístico para edição das variáveis e análise. Foram obtidas frequências simples das variáveis de interesse para a confecção dos gráficos e tabelas sintéticas. A maioria dos entrevistados eram técnicos, com horas cedidas ao empreendimento (47%), cerca de um terço eram técnicos com dedicação exclusiva. Todos os entrevistados tinham curso superior completo e estavam assim distribuídos: 29% Terapeutas Ocupacionais, 26% Psicólogos, 16% Enfermeiros, 13% Assistentes sociais, 4% Artistas Plásticos, 10% com outros cursos superiores. A maioria dos empreendimentos que responderam situava-se no Rio de Janeiro (24%) seguidos do Rio Grande do Sul (18%) e de São Paulo (13%). Uma das principais conquistas dos empreendimentos era manter a união do grupo/coletivo (89%) seguido por articulação com outros empreendimentos e com o movimento da Economia Solidária (ECOSOL) e efetivar participação e auto-gestão (61%). Para 80% dos grupos, o principal desafio é o de gerar renda e maiores ganhos, seguido de autogestão e o exercício da democracia (59%). As principais dificuldades relatadas pelos entrevistados disseram respeito a pouco apoio institucional e escassez de infra-estrutura e insumos. Além disso, questões referentes à comercialização e estratégias de desenvolvimento, como por exemplo, financiamento e formalização. Sobre os aspectos positivos, a maioria das manifestações foram relativas à inclusão social, a geração de renda, a valorização do trabalho, o resgate da autonomia e da auto-estima dos usuários envolvidos, levando a uma melhor qualidade de vida. Também houve relatos de redução da dependência química e das internações, bem como melhoria nos relacionamentos sociais. As principais sugestões foram no sentido de fortalecer vínculos com o Estado, de forma a garantir mais apoio e visibilidade às iniciativas. Outra sugestão recorrente foi em favor da realização de encontros e fóruns para troca de experiências e formação permanente.

## ABSTRACT

The aim of this study was to characterize the efforts of employment and income generation for the sufferers of psychic registered in Ministry of Health. Data collection was through electronic mail and contacts were made with group coordinators by telephone. Upon receiving the completed questionnaires was conducted over the first impression of those who came by e-mail. For all the instruments, we followed the following steps: numbering, coding of open questions, closed questions and tabulation of the general review. Next, we created a database using Epi-Info 6.04d for digitization, after which the data was converted into a statistical package for analysis and edition of the variables. We obtained simple frequencies of variables of interest for the elaboration of synthetic graphs and tables. Most respondents were technicians, with hours assigned to the project (47%), about one third were fully dedicated technicians. All respondents were college graduates and were distributed as follows: 29% Occupational Therapists, Psychologists 26%, 16% nurses, social workers 13%, 4% PI Artists? High energies, 10% with other courses. Most enterprises that responded was located in Rio de Janeiro (24%) followed by Rio Grande do Sul (18%) and Ontario (13%). One of the main achievements of the projects was to maintain a single group / collective (89%) followed by articulation with other enterprises and with the movement of ECOSOL and effective participation and self-management (61%). For 80% of the groups, the main challenge and to generate revenue and higher earnings, followed by self-management and the exercise of democracy (59%). The main difficulties reported by respondents said little about the institutional support and lack of infrastructure and inputs. In addition, questions regarding the commercialization and development strategies, such as financing and formalization. On the positive side, most of the manifestations were related to social inclusion, the generation of income, the appreciation of the work, the concept of autonomy and self-esteem of users involved, leading to a better quality of life. Also there were reports of reducing dependence on chemical and admissions as well as improvement in social relationships. The main suggestions were to strengthen linkages with the State to ensure greater support and visibility initiatives. Another suggestion applicant was in favor of the realization of meetings and forums to exchange experiences and ongoing formation.

## LISTA DE FIGURAS

	Página
Figura 1. Distribuição da amostra de acordo com a formação.	35
Figura 2. Empreendimentos na amostra por UF.	37
Figura 3. Principais motivos para a criação do empreendimento	39
Figura 4. Empreendimentos de acordo com o número de usuários	40
Figura 5. Principais produtos	41
Figura 6. Destino dos produtos dos empreendimentos	42
Figura 7. Fontes de matéria-prima para os produtos	42
Figura 8. Importância da renda para os sócios	43
Figura 9. Conquistas dos empreendimentos	46
Figura 10. Desafios dos empreendimentos	46

## LISTA DE TABELAS

	Página
Tabela 1. Distribuição da amostra de acordo com o tempo de participação no empreendimento.	34
Tabela 2. Distribuição dos empreendimentos de acordo com a disponibilidade de profissionais no início do projeto.	36
Tabela 3. Distribuição dos empreendimentos de acordo com a disponibilidade atual de profissionais no projeto.	36
Tabela 4. Valor médio da retirada de dinheiro pelos trabalhadores.	45

## **LISTA DE SIGLAS**

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CIST – Cadastro Nacional das Iniciativas de Inclusão Social pelo Trabalho

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental

EES – Empreendimentos de Economia Solidária

FBES – Fórum Brasileiro de Economia Solidária

FSM – Fórum Social Mundial

GT – Grupo de Trabalho

ITCP – Incubadora Tecnológica de Cooperativas Populares

MTE – Ministério do Trabalho e Emprego

MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

SENAES – Secretaria Nacional de Economia Solidária

SIES – Sistema Nacional de Informações de Economia Solidária

## SUMÁRIO

	Página
Introdução	11
Capítulo 1 - Reforma Psiquiátrica	14
Capítulo 2 - Economia Solidária	22
Capítulo 3 - Parceria entre Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e Emprego	28
Capítulo 4 – Metodologia	32
Capítulo 5 - Resultados e Discussão	34
5.1 Características das pessoas que responderam a pesquisa	34
5.2 Profissionais envolvidos com os empreendimentos	35
5.3 Caracterização dos empreendimentos	37
5.4 Percepção dos entrevistados sobre dificuldades, pontos positivos e sugestões	47
Capítulo 6 – Considerações finais	49
Referências	51
Anexo 1 – Instrumento de coleta de dados	53
Anexo 2 – Consentimento livre e informado	66



## Introdução

A Reforma Psiquiátrica, que se constituiu no Brasil a partir dos anos 90, é um projeto amplo de inclusão social e promoção da cidadania. Propôs a superação dos manicômios com outros tipos de atendimento às pessoas que sofrem com transtornos mentais. O atendimento nos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) e as internações em hospitais gerais são algumas destas estratégias. Estes novos mecanismos de atenção em saúde mental têm que enfrentar as dificuldades da reintegração social dos usuários dos serviços.

As mudanças profundas, recomendadas pela Lei 10.216, de 2002, já foram incorporadas no setor saúde como eficazes. Com certeza, ainda existem muitos problemas, mas, a mudança do modelo está acontecendo, com a criação de CAPS e leitos em hospitais gerais.

Novos desafios devem ser enfrentados, e existe a necessidade da participação de toda a sociedade. A inserção no trabalho das pessoas com transtornos mentais e com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas compreende o exercício de direitos, produção de autonomia e de fortalecimento da contratualidade, e é uma das estratégias fundamentais nos projetos de inclusão social, já sendo uma realidade em muitas cidades do país.

Os Ministérios da Saúde e do Trabalho e Emprego vêm trabalhando, sob a inspiração da Economia Solidária, desde 2004, quando realizaram a primeira Oficina de Geração de Renda e Trabalho de Usuários de Serviços de Saúde Mental. Naquele encontro já existiam no Brasil 239 experiências de inclusão social pelo trabalho (Ministério Da Saúde, Secretaria De Atenção À Saúde *et al.*, 2005).

A proposta de reabilitação psicossocial aliada à Economia Solidária (ECOSOL) tem como eixo promover ações em saúde, trabalho, educação e inclusão, através da troca de experiências e construção de conhecimentos entre os grupos e a sociedade. Ou seja, objetiva integrar pessoas que buscam novas possibilidades de saúde e inclusão, com a produção de empreendimentos solidários que possuam renda.

Os sujeitos que passam pela experiência psicopatológica têm comprometimento de algumas funções sociais, cognitivas e afetivas, em graus diferenciados. Estas características próprias, por vezes, dificultam a inserção no mercado de trabalho capitalista. A Economia Solidária, assim apresenta-se como uma possível forma de abrigar estes sujeitos, oferecendo, além de possibilidade de trabalho e renda, o exercício da autonomia, pelo modo próprio de organização do trabalho, baseado no caráter coletivo dos meios de produção, do processo de trabalho e da gestão(Martins, 2009).

Assim, a vivência de práticas regidas por valores de autogestão, cooperação, igualdade e solidariedade pode marcar novas experiências subjetivas, capazes de potencializar o seu desejo de cidadania. As práticas em Economia Solidária tendem ainda, a criar ou reforçar mecanismos de mediação ou representação social (associações, redes de cooperação), auxiliando na criação de uma rede social não vinculada somente aos trabalhadores daquele empreendimento, ampliando a possibilidade de inserção social, ao proporcionar contato com sujeitos participantes de outros empreendimentos.

Sabe-se que as oficinas de geração de trabalho e renda possuem aspectos terapêuticos. No entanto, nestas oficinas a terapêutica é um dos vieses. Em geral, as oficinas geram outro espaço para os usuários na família e na sociedade, mesmo que não estejam promovendo uma renda satisfatória, pois elas são mais um dispositivo de inclusão tanto na sociedade quanto no mercado de trabalho (Costa e Figueiredo, 2004)

As condições de trabalho possuem um significativo impacto sobre a saúde dos indivíduos (Codo e Jacques, 2003). O trabalho deve ser fonte de saúde para as pessoas e a organização social do trabalho deve contribuir para uma sociedade mais saudável, proporcionando meios estimulantes, satisfatórios e agradáveis.

Acredita-se que o trabalho é uma forma, assim como a arte e a cultura, para que os usuários possam se identificar e se tornarem cidadãos participativos. As oficinas de geração de trabalho e renda na saúde mental são uma nova tecnologia na área da reabilitação psicossocial. Já são parte das ações em atenção psicossocial e devem ser integradas à rede de atenção à saúde mental dos municípios.

Minha prática, de mais de 10 anos, no trabalho com oficinas de geração e renda e economia solidária está na base para o desenvolvimento dessa dissertação, que tem como tema as oficinas de geração de trabalho e renda e a atenção psicossocial.

O problema que se coloca é: Quais as características das oficinas de geração de trabalho e renda, oriundas de serviços de saúde mental, cadastradas no Ministério da Saúde, a partir de 2004? Esta problematização se apresentou a mim quando conheci uma variedade enorme de práticas denominadas de geração e renda.

Assim, o objetivo geral deste estudo foi traçar o perfil das iniciativas de geração de trabalho e renda que reúnem portadores de sofrimento psíquico registradas no Ministério da Saúde desde 2004.

Os objetivos específicos foram: 1) descrever as principais características: histórico, atividades desenvolvidas, finalidades das iniciativas de geração de trabalho e renda, 2) identificar as iniciativas de geração de trabalho e renda que mais se aproximam de empreendimentos econômicos solidários.

Trabalhou-se com a hipótese de que a maioria dos empreendimentos desenvolve atividades artesanais e a maioria dos empreendimentos são oficinas de geração de trabalho e renda.

A dissertação está dividida em cinco capítulos: o primeiro aborda a reforma psiquiátrica, seu histórico e suas principais características. Em seguida, dedica-se à economia solidária, também descrevendo seu histórico no Brasil e suas características. No terceiro capítulo, comenta-se a parceria firmada em 2004, entre Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho, para estimular a criação e ampliação de empreendimentos econômicos solidários na saúde mental e apresenta os dados encontrados em julho de 2009 no Cadastro Nacional das Iniciativas de Inclusão Social pelo Trabalho (CIST).

No capítulo 4 está descrita a metodologia do estudo e no capítulo 5 são apresentados os dados encontrados, as discussões e as conclusões da pesquisa.

## Capítulo 1 - Reforma Psiquiátrica

Historicamente os doentes mentais sempre foram tratados como, diferentes, pessoas que incomodam e que precisam ser escondidas, segregadas, excluídas.

No final da Idade Média, período compreendido aproximadamente entre a queda do Império Romano até o descobrimento da América (1492), a lepra desaparece no mundo ocidental deixando um vazio em seu lugar para o que era a encarnação do mal. Posteriormente esse mal foi substituído pelas doenças venéreas e por fim pela loucura (Foucault, 2004).

Na Renascença, período entre o fim do século XIII e a metade do século XVII, aconteceu muitas transformações na área da cultura, da arte e dos modos de viver do homem, além de ter sido um período de transição do feudalismo para o capitalismo. Nesse período:

“A “Nau dos loucos” transportava tipos sociais que embarcavam em uma grande viagem simbólica em busca de fortuna e da revelação dos seus destinos e de suas verdades. Esses barcos faziam parte do cotidiano dos loucos, que eram expulsos das cidades e transportados para territórios distantes. Foucault vê nessa circulação dos loucos mais do que uma simples utilidade social, visando à segurança dos cidadãos e evitando que os loucos ficassem vagando dentro da cidade (Vieira, 2007.p.3.).

E é justamente a partir da metade do século XVII que se pode localizar a ligação entre a loucura e o internamento. Os tratamentos eram realizados através da exclusão dessas pessoas do convívio com a família e da sociedade, e ocorriam dentro de instituições fechadas, como os hospitais psiquiátricos e manicômios.

Essa forma de tratamento causou ainda mais prejuízos para os doentes tendo em vista que quanto mais se isolavam maior incapacidade social adquiriam.

Foi a partir da metade do século XX que surgiram em todo o mundo vários movimentos que contestavam a prática da psiquiatria convencional, dos quais se destacam a denominada *Psiquiatria de Setor*, na França; as *Comunidades Terapêuticas*, na Inglaterra; e a *Psiquiatria Preventiva*, nos EUA. Esses movimentos se caracterizaram por visar a uma reforma do modelo de atenção psiquiátrica, constituindo-se em rearranjos técnico-científicos e administrativos da psiquiatria. Entretanto, nenhum deles era marcado pela radicalidade da desinstitucionalização proposta pelo movimento italiano a partir de 1960 (Oliveira e Alessi, 2005).

Interessa-nos para esse estudo a reforma psiquiátrica brasileira, que teve seu início na segunda metade da década de 1970, aproveitando o momento político de redemocratização do país, integrado ao “movimento sanitário” que segundo Sérgio Arouca:

“... é uma reforma democrática, não anunciada ou alardeada na área da saúde. A reforma sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os seguimentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado” (Arouca, 1998 Disponível em: <http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>).

De acordo com a conjuntura econômica e política da época, Medeiros lembra-nos que:

“Sem querer estabelecer relação causal e mecânica entre a conjuntura econômica da época e os rumos que a psiquiatria brasileira tomou a partir de 1970, Resende chama a atenção para o fato de que, naquele período, ocorria um aquecimento da economia nacional, com escassez de mão-de-obra. Por isso mesmo, não era simples coincidência que se propusesse “manter o doente na comunidade e não afastá-lo de seu vínculo com o trabalho” (Medeiros, 1994.p.24)

Nesse contexto, inicia-se em 1978 o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), quando profissionais que trabalhavam em hospitais psiquiátricos, de maneira organizada, denunciaram a violência, a ausência de recursos para a área, a negligência e a utilização da psiquiatria como instrumento técnico-científico de controle social. Além disso, reivindicaram a criação de projetos alternativos ao modelo asilar,

embasados na defesa dos direitos humanos e no resgate da cidadania dos doentes mentais.

Segundo Amarante 1995:

“a reforma psiquiátrica terá como berço para as idéias vindas da Itália, um momento político e social extremamente facilitador. A partir do final dos anos 1970 ocorreu o fim da Ditadura Militar brasileira e o início da Anistia Política, momento fundamental para a frutificação de idéias de liberdade, justiça e igualdade, principalmente para as minorias excluídas da sociedade. É nesse contexto que começam os questionamentos acerca das práticas em saúde mental. A proposta de reforma psiquiátrica italiana serve de modelo para o que vem sendo proposto no Brasil” (Rabelo e Torres, 2006.p.220).

Este mesmo autor faz uma retrospectiva desse movimento desde abril de 1978, que a princípio oscila entre uma proposta de transformação psiquiátrica e de uma organização de trabalhadores que reivindicam seus direitos. Esse movimento será denominado Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) (Amarante, 1998).

Foi em 1979 que ocorreu, em São Paulo, o I Encontro Nacional do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, cujas discussões estiveram centradas na necessidade de um estreitamento mais articulado com outros movimentos sociais(Amarante, 1998).

Na década de 80 destaca-se o protagonismo do programa do movimento sanitário à gestão efetiva dos serviços e das políticas públicas. Isso se deveu à vitória oposicionista nas eleições para governador, em 1982, em várias unidades da federação, à chamada co-gestão dos hospitais psiquiátricos do país, e à eleição, alguns anos depois, de Tancredo Neves e José Sarney para a presidência da República (Tenório, 2002).

Em 1986 a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) foi também um marco para a consolidação da reforma sanitária e para os movimentos de saúde. Ela foi, acima de tudo, o resultado de um grande movimento nacional em defesa da saúde pública. Forças

sociais e políticas, juntamente com o "movimento sanitário", juntaram-se em torno de um compromisso com o processo de mudança.

O processo de preparação da 8ª Conferência foi desencadeado através do estímulo e apoio à realização de pré-conferências estaduais e da ampla divulgação dos temas para a discussão na sociedade em geral.

Essa forma de organização concretizou a proposta do debate democrático, possibilitando que os representantes da sociedade civil organizada sentassem à mesma mesa de discussão com técnicos, profissionais de saúde, intelectuais e políticos, em fóruns representativos de debate (Amarante, 1998).

Contando sempre com a participação de mais de mil pessoas, foram aprovados relatórios finais que muito contribuíram como subsídios para o debate nacional. Essa organização, portanto, marca toda a diferença e dá o principal tom à 8ª Conferência. Superando todas as expectativas e estimativas feitas anteriormente, o evento contou com a participação de mais de quatro mil pessoas.

Em 1987 realizou-se o II Congresso Nacional do MTSM, cujo lema era “Por uma sociedade sem manicômios” e em junho do mesmo ano, como desdobramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorreu, na cidade do Rio de Janeiro, a I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM)(Amarante, 1998).

A Conferência contou com a participação de 176 delegados eleitos nas pré-conferências estaduais e demais segmentos representativos da sociedade. Sua estruturação constou de três temas básicos, Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental; II – Reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental; III – Cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental.

Os participantes, sob a forma de grupos de trabalho, debateram os referidos temas, resultando das discussões um documento que foi apreciado e votado em assembléia final e o seu relatório, ficou para a história do movimento da reforma psiquiátrica que fez prevalecer suas teses em praticamente todos os temas(Centro Cultural Da Saúde, 2001).

A II Conferência Nacional de Saúde Mental foi realizada em Brasília, no período de 1 a 4 de dezembro de 1992. Foi construída através da mobilização de milhares de pessoas e de diferentes atores sociais e setores, social, político, cultural, nas conferências municipais, regionais e estaduais.

Esse processo teve início com a constituição da Comissão Organizadora da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que contou com representantes dos segmentos envolvidos na reestruturação da atenção em saúde mental e na reforma psiquiátrica brasileira: associações de usuários e familiares, conselhos da área de saúde, prestadores, governos e entidades da sociedade civil.

A etapa nacional foi precedida por 24 conferências estaduais, realizadas entre abril e novembro de 1992. As etapas estaduais, por sua vez, foram precedidas por aproximadamente 150 conferências municipais ou de âmbito regional, em todo o país. Assim, a II Conferência Nacional de Saúde Mental representou a culminação de um amplo processo de participação e debate, obtido através dos trabalhos de 500 delegados eleitos nos eventos estaduais e com composição paritária dos quatro segmentos: usuários, sociedade civil, governo e prestadores de serviços. Estima-se que, nas três etapas, 20.000 pessoas estiveram diretamente envolvidas. A repercussão intensa nos meios de comunicação assegurou o generalizado alcance do debate nos distintos segmentos da sociedade.

Essa Conferência teve como indicador de mudança a participação efetiva dos usuários na realização dos trabalhos de grupo, nas plenárias, nos debates e tribunas

livres. Esta participação foi responsável pelo surgimento de uma nova dinâmica de organização do trabalho, onde os depoimentos pessoais, as intervenções culturais e a defesa dos direitos transformaram as relações e as trocas entre todos os participantes (Ministério Da Saúde, 1994).

A III Conferência aconteceu em 2001, com expressiva participação dos usuários e familiares e teve como tema “Cuidar, sim. Excluir, não. – Efetivando a Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social.”

Nesta Conferência discutiu-se a necessidade da reorientação do modelo assistencial por meio de eixos fundamentais como: controle social, acessibilidade e direitos, financiamento para a área e recursos humanos (Amarante, 1998).

Delgado lembra que nessa Conferência já apareceu:

“com muita clareza a proposta de buscar junto ao governo a criação de apoios para que essas experiências de geração de renda, inserção pelo trabalho, etc., pudessem ser menos fugazes e heróicas e se tornassem, de fato, um componente mais forte, mais permanente no processo de reforma... E um segundo ponto que apareceu na III Conferência Nacional, e é muito interessante, presente no Relatório Final, fala com muita clareza na idéia de criação de redes e explora bastante a questão da criação de redes no campo da saúde mental. O dispositivo da rede é alguma coisa que permite avançar na reforma, seja rede de usuários, rede de associações de familiares, rede de associações de amigos da reforma, rede de associações de oficinas de produção de arte, etc., enfim, essa idéia do dispositivo da rede social como dispositivo importante na consolidação do processo social da reforma (Ministério da Saúde 2005.p.82).

Nicácio enfatiza uma singularidade do processo de reforma psiquiátrica: a possibilidade de pensar a construção de políticas públicas a partir das experiências locais. Essa é uma riqueza que, muitas vezes, não é colocada de uma forma mais explícita, mas é uma riqueza desse processo, no qual a formulação das políticas tem como base a construção das experiências locais(Nicácio, 2005). Exemplos disso foram a criação e consolidação de experiências como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Prof. Luiz da Rocha Cerqueira em 1987 na cidade de São Paulo (SP), a criação do CAPS “Nossa Casa” em São Lourenço do Sul, RS, em 1988 e o fechamento da Casa de

Saúde Anchieta em 1989 na cidade de Santos (SP) pela total falta de cuidado que apresentava.

No ano de 2001, após uma mobilização intensa dos trabalhadores da área de saúde mental, dos usuários dos serviços, dos familiares e da mídia, que a lei 10.216, em tramitação no Congresso Nacional desde 1989, foi sancionada em 6 de abril de 2001 nos seguintes termos:

“dispõe sobre o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. Propõe que estas pessoas devem ser tratadas, preferencialmente, em serviços comunitários "com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar a saúde, visando alcançar sua inserção na família, no trabalho e na comunidade" (Art.2º, II). Segundo a Portaria nº 336/2002 do Ministério da Saúde, os CAPs (Centros de Atenção Psicossocial - I, II, III) seriam os mais representativos desses serviços, que têm como prioridade "o atendimento de usuários com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo" (Art.1º, 1).

Atendimento Intensivo: trata-se de atendimento diário, oferecido quando a pessoa se encontra com grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua. Este atendimento pode ser domiciliar se necessário.

Atendimento Semi-Intensivo: nesta modalidade de atendimento, o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês. Essa modalidade é oferecida quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia. Este atendimento pode ser domiciliar se necessário.

Atendimento Não-Intensivo: oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e /ou no trabalho, podendo ser atendido até três dias no mês. Este atendimento também pode ser domiciliar. (Ministério Da Saúde, Secretaria Executiva *et al.*, 2004).

Uma das diretrizes conceituais da reforma psiquiátrica brasileira é a reabilitação psicossocial que, para a *International Association of Psychosocial Rehabilitation* (1985) pode ser definida como:

... o processo de facilitar ao indivíduo com limitações, a restauração, no melhor nível possível, de autonomia do exercício de suas funções na comunidade. (...) O processo enfatizaria as partes mais sadias e a totalidade de potenciais do indivíduo, mediante uma abordagem compreensiva e um suporte vocacional, residencial, social, recreativo (Saraceno, 1996.p.19)

De acordo com Saraceno, a reabilitação psicossocial “é um processo de reconstrução, um exercício pleno da cidadania, e, também, de plena contratualidade nos três grandes cenários: habitat, rede social e trabalho com valor social” (Saraceno, 1996).

Nesse novo modelo de atenção ao doente mental os grupos, que também são conhecidos como oficinas, passam a exercer papel fundamental, tanto terapêutico quanto como geradores de renda e de autonomia do sujeito envolvido.

Assim, a partir dos anos 90, começam a surgir oficinas geradoras de rendas, tanto dentro quanto fora dos CAPS, com ou sem vínculo com a luta da Economia Solidária.

## Capítulo 2 - Economia Solidária

Desde a década de 70 vem tomando impulso no Brasil o que hoje chamamos de "economia solidária". São iniciativas que incluem grupos de produção, vendas, grupos de auto-gestão, cooperativas de trabalhadores, grupos de trocas, etc. Segundo Paul Singer,

“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, redes de trocas, instituições financeiras, escolas, entidades representativas, etc., que apontam para uma sociedade marcada pela solidariedade, da qual ninguém é excluído contra vontade” (Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde et al. 2005.p.11).

Ela é identificada por uma forma de gestão onde a propriedade é de todos que produzem e a administração é coletiva. São empresas autogeridas pelas pessoas que produzem e se articulam com mercados consumidores.

Cruz 2006 define economia solidária como:

“O conjunto das iniciativas econômicas associativas, nas quais (a) o trabalho, (b) a propriedade de seus meios de operação (de produção, de consumo, de crédito etc.), (c) os resultados econômicos do empreendimento, (d) os conhecimentos acerca de seu funcionamento e (e) o poder de decisão sobre as questões a ele referentes são compartilhados por todos aqueles que dele participam diretamente, buscando efetivamente relações de igualdade e de solidariedade entre seus partícipes (Cruz 2006. p.89).

Esta economia vem se apresentando como uma possibilidade de reinserção social de vários grupos que estiveram durante muito tempo fora do mercado de trabalho e das trocas sociais, como presidiários, ex-presidiários, usuários de saúde mental e comunidades carentes.

Para Schiochet:

A economia solidária surge de uma atitude crítica frente ao modelo de desenvolvimento que produz riquezas gerando miséria, subordinando e explorando o trabalho e a natureza (Schiochet, Silva et al. 2005. p. 41).

A experiência tem mostrado que tanto pessoas que fazem uma crítica a esse modelo, quanto pessoas que foram excluídas ou nunca incluídas nele, têm construído alternativas viáveis de trabalho e renda e também de luta por uma sociedade mais justa para todos (Ministério Da Saúde, Secretaria De Atenção À Saúde *et al.*, 2005).

Essa outra economia, que por ter em seus princípios e características a cooperação, autogestão, atuação econômica e solidariedade, acolhe uma infinidade de cidadãos, dando ao trabalhador a responsabilidade e liberdade frente ao trabalho, podendo assim ter respeitados seus corpos e suas subjetividades.

Singer, respondendo a Oliveira sobre o que é Economia Solidária, aponta que:

“...costumamos definir economia solidária como um modo de produção que se caracteriza pela igualdade. Pela igualdade de direitos, os meios de produção são de posse coletiva dos que trabalham com eles – essa é a característica central. E a autogestão, ou seja, os empreendimentos de economia solidária são geridos pelos próprios trabalhadores coletivamente de forma inteiramente democrática, quer dizer, cada sócio, cada membro do empreendimento tem direito a um voto(Oliveira 2008. p. 289).

No âmbito de políticas públicas, o Governo de Luiz Inácio Lula da Silva criou, em 2003, a Secretaria Nacional de Economia Solidária (SENAES), vinculada ao Ministério do Trabalho e Emprego (MTE).

Além da SENAES, existem outros programas governamentais voltados à economia solidária. Por exemplo, têm aumentado o apoio aos empreendimentos populares solidários, com destaque para os programas de microcrédito - Bancos do Povo - as ações de capacitação sócio-profissional, a implantação de centros populares de comércio, entre outras iniciativas. O intercâmbio entre tais iniciativas fez surgir uma rede de gestores governamentais para promover a troca de experiências e o fortalecimento das políticas públicas no âmbito da economia solidária a nível municipal, estadual e federal (Schiochet, Silva *et al.*, 2005).

A economia solidária no Brasil teve um forte impulso a partir de uma oficina denominada “Economia Popular Solidária e Autogestão” que ocorreu em 2001 durante o I Fórum Social Mundial (I FSM)<sup>1</sup>.

Uma das principais deliberações desta oficina foi a constituição do Grupo de Trabalho Brasileiro de Economia Solidária (GT- Brasileiro), composto por representantes de diferentes organizações associativas (F.B.E.S.2009).

No final de 2002, com a vitória do Governo Lula, o GT-Brasileiro elaborou uma Carta intitulada “Economia Solidária como Estratégia Política de Desenvolvimento”. O documento, aprovado pela I Plenária Brasileira de Economia Solidária, ocorrida em 2002, apresentava as diretrizes gerais da Economia Solidária e reivindicava a criação da SENAES.

A II Plenária realizada durante o II FSM (2003) definiu uma agenda de mobilização e de debates e sensibilização pelas regiões do país e legitimou o GT-Brasileiro como promotor do processo de mobilização da Economia Solidária.

Em junho de 2003 realizou-se a III Plenária Brasileira de Economia Solidária, com a participação de 900 pessoas de diversas partes do país. Neste evento foi criado o Fórum Brasileiro de Economia Solidária (FBES).

Além de definir a composição e funcionamento do FBES, foi iniciado um processo de interlocução do FBES com a SENAES e a criação dos fóruns estaduais e regionais que puderam garantir, por sua vez, a realização do I Encontro Nacional de

---

<sup>1</sup> De acordo com sua carta de princípios, o Fórum é um espaço democrático de idéias, aprofundamento da reflexão, formulação de propostas, troca de experiências e articulação de movimentos sociais, redes, organizações não governamentais (ONGS) e outras organizações da sociedade civil que se opõem ao neoliberalismo e ao domínio do mundo pelo capital e por qualquer forma de imperialismo.

Empreendimentos de Economia Solidária, em agosto de 2004, com 2.500 participantes advindos de todos os estados.

Em 2006, após a realização das Conferências Estaduais, quando foram escolhidos os delegados e definidas as reivindicações e propostas, realizou-se a I Conferência Nacional de Economia Solidária, em Brasília. Nesta oportunidade foram discutidas as resoluções voltadas à participação no Conselho Nacional de Economia Solidária e propostas para políticas públicas para a Economia Solidária (F.B.E.S 2009).

Quanto à organização e funcionamento, integram o FBES os três segmentos do campo da Economia Solidária: empreendimentos da economia solidária, entidades de assessoria e/ou de fomento e gestores públicos.

Empreendimentos econômicos solidários são organizações com as seguintes características: 1) são coletivas (organizações supra familiares, singulares e complexas, tais como associações, cooperativas, empresas autogestionárias, clubes de trocas, redes e grupos produtivos); 2) seus participantes ou sócios são trabalhadores que exercem coletivamente a gestão das atividades, assim como a alocação dos resultados; 3) são organizações permanentes, incluindo os empreendimentos que estão em funcionamento e os que estão em processo de implantação, com o grupo de participantes constituído e as atividades econômicas definidas; 4) podem ter ou não um registro legal, prevalecendo a existência real; 5) realizam atividades econômicas que podem ser de produção de bens, prestação de serviços, de crédito (finanças solidárias), de comercialização e de consumo solidário(F.B.E.S. 2009).

Entidades de assessoria e/ou fomento são organizações que desenvolvem ações nas várias modalidades de apoio direto junto aos empreendimentos solidários, tais como: capacitação, assessoria, incubação, pesquisa, acompanhamento, fomento ao crédito, assistência técnica e organizativa.

Gestores públicos são aqueles que elaboram, executam, implementam ou coordenam políticas de economia solidária no âmbito de prefeituras e governos estaduais(F.B.E.S, 2009).

Segundo dados do Sistema Nacional de Informações de Economia Solidária (SIES) existiam em 2007 no Brasil mais de 20.000 empreendimentos de economia solidária, 50% dos quais possuíam CNPJ.

Tabela 1. Distribuição dos empreendimentos de acordo com a forma de organização.

<b>FORMAS DE ORGANIZAÇÃO</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Grupo informal	7.978	36,50
Associação	11.326	51,81
Cooperativa	2.115	9,67
Sociedade mercantil por cotas de responsabilidade limitada	54	0,25
Sociedade mercantil em nome coletivo	56	0,26
Sociedade mercantil de capital e indústria	192	0,88
Outra	138	0,63
<b>TOTAL</b>	<b>21.859</b>	<b>100</b>

Retirado de <http://www.mte.gov.br/ecosolidaria/sies.asp>

Os motivos que levaram as pessoas a criarem os empreendimentos foram em sua maioria como uma alternativa para o desemprego (32%). Em seguida, os motivos mais citados foram obtenção de maiores ganhos em um empreendimento associativo (15%), uma fonte complementar de renda para os associados (14%) e condição exigida para ter acesso a financiamentos e outros apoios (13%). E depois vem com menos de 10% outros motivos como desenvolvimento de uma atividade onde todos são donos, desenvolvimento comunitário de capacidades e potencialidades, motivação social,

filantrópica ou religiosa e por último, recuperação por trabalhadores de empresa privada que faliu.

A maioria dos empreendimentos é das áreas rurais (49%) e estavam em funcionamento no momento da pesquisa (92%).

Quanto ao número de pessoas envolvidas como participantes dos empreendimentos tinha-se em 2007 aproximadamente 1.687.496. O faturamento médio mensal dos Empreendimentos de Economia Solidária (EES) era na maioria (35%) entre R\$ 1.001,00 a R\$ 5.000,00. Porém, 43% informaram faturamento mensal igual a R\$ 0,00(<http://www.mte.gov.br/ecosolidaria/sies.asp>).

### **Capítulo 3 - Parceria entre Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e Emprego**

Até aqui pudemos notar que tanto a economia solidária quanto a reforma psiquiátrica tem em comum a luta por uma sociedade diferente, mais justa e igualitária.

Como diz Delgado, citado por Singer:

“a economia solidária e o movimento anti-manicomial nascem da mesma matriz – a luta contra a exclusão social e econômica. Uns são excluídos (e trancafiados) porque são loucos, outros porque são pobres. Há ricos, que enlouquecem porque empobreceram e há pobres, que enlouquecem porque ninguém os nota (o que é uma forma particularmente cruel de exclusão). A matriz comum de ambos é uma sociedade que fabricam pobres e loucos de modo casual e inconsciente.”(Ministério da saúde, secretaria de atenção à saúde et al.,2005.p.11).

Assim, a partir dos anos 90 começam a surgir grupos de trabalho de usuários dos serviços de Saúde Mental, muitos deles já diretamente assessorados por incubadoras tecnológicas de cooperativas populares.

Exemplos com maior visibilidade são a Cooperativa da Praia Vermelha (RJ), o Núcleo de Oficinas Terapêuticas (SP), a Geração POA (RS), a Trabalharte (MG) e a Suricato (MG). Sabe-se que outras experiências existiam e existem nas capitais e no interior do País.

Em 2004 os Ministérios da Saúde e do Trabalho realizaram uma “Oficina de Experiências de Geração de Renda e Trabalho” que contou com a participação de 78 grupos de todo o Brasil.

Desta oficina foram encaminhadas três propostas: a criação e consolidação da Rede Nacional de Experiências de Geração de Renda e Trabalho em Saúde Mental; a criação de um mecanismo de articulação entre a Área Técnica de Saúde Mental e a Secretaria Nacional de Economia Solidária e suas respectivas políticas; a criação e

manutenção de incubadoras que apoiem, capacitem e fomentem iniciativas de Geração de Renda e Trabalho em Saúde Mental.

Nesse encontro o Ministério da Saúde contabilizava aproximadamente 239 experiências de inclusão social pelo trabalho mapeados no Brasil (Ministério Da Saúde, Secretaria De Atenção À Saúde *et al.*, 2005).

A partir dos encaminhamentos da oficina, criou-se um grupo virtual de discussões com participantes da oficina, culminando, em março de 2005, com a constituição de um Grupo de Trabalho (GT) interministerial Saúde Mental e Economia Solidária, através da Portaria Interministerial nº 353.

O Grupo de Trabalho foi composto por representantes do Ministério da Saúde; Ministério do Trabalho e Emprego; Colegiado Nacional de Coordenadores de Saúde Mental; Rede de Gestores de Políticas Públicas de Fomento à Economia Solidária; Fórum Brasileiro de Economia Solidária; Rede de Experiências de Geração de Renda e Trabalho em Saúde Mental; e Usuários de Saúde Mental inseridos em Experiências de Geração de Renda e Trabalho vinculados a Serviços de Saúde Mental.

As discussões do GT levaram à definição de quatro eixos principais de aprofundamento e debates durante os seis meses iniciais a partir de sua instalação: mapeamento (articulação/divulgação/ rede de produção e comercialização); formação (capacitação/assessoria/incubagem); financiamento; legislação (Ministério Da Saúde, 2006).

O GT conseguiu aprovar a portaria nº 1.169, de 7 de julho de 2005, que destina incentivo financeiro a 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.

Outra atividade do GT foi a organização da primeira Turma Nacional de Formação em Economia Solidária para gestores municipais de saúde mental, em 2006, que teve como objetivo subsidiar a elaboração de planos de ação para inserção laboral dos usuários de serviços de saúde mental. Além disso, realizou o mapeamento e cadastramento das experiências, resultando, em 2006, em 182 experiências cadastradas em 57 municípios situados em 17 estados(Saúde, 2006).

Em 2004, o Ministério da Saúde já tinha cadastradas 345 iniciativas de inclusão social pelo trabalho em todo o Brasil(Ministério Da Saúde, Secretaria De Atenção À Saúde *et al.*, 2005).

A coordenação nacional de saúde mental mantém o acompanhamento destas iniciativas através do Cadastro Nacional das Iniciativas de Inclusão Social pelo Trabalho (CIST)(Saúde, 2006).

Em julho de 2009, o CIST apresentava dados de 158 iniciativas que responderam o questionário. Destas, a maioria (92%) tinham como objetivo a geração de trabalho e renda para usuários de serviços de saúde mental os outros 8% tinham como finalidade a capacitação ou formação. Apenas duas das 158 iniciativas não informaram o endereço onde funcionavam.

A maioria das iniciativas que respondeu o CIST era da região Nordeste (42%), seguidos de Sudeste (34%), Centro-Oeste (15%), Sul (5%) e Norte (4%).

Praticamente todas as iniciativas afirmaram estar ligadas a um serviço de saúde (96%). A maioria das iniciativas funcionava como grupo de produção (62%), associação (12%) e cooperativas apenas 1%.

Para a venda dos produtos a maioria utiliza as feiras (83%), seguido de eventos (77%), lojas (30%) e redes de comércio (27%).

Quanto às parcerias, 91% das iniciativas estavam vinculadas com Secretaria de Saúde, 41% com Secretaria de Ação Social, 23% com Secretaria de Cultura. Ainda estavam vinculadas com os fóruns de economia solidária (26%), ONGs (15%) e escolas (14%). Cerca de 10% mantinham vínculo com SEBRAE, SESC/SENAC, centros comunitários e 9% com incubadoras universitárias.

## Capítulo 4 – Metodologia

Realizou-se um estudo descritivo, de corte transversal, cuja população-alvo foram os empreendimentos de economia solidária registrados junto ao Ministério da Saúde.

Desenvolveu-se um instrumento específico para a coleta de dados (Anexo I), previamente testado para auto-preenchimento.

O banco de dados do MS, disponibilizado em julho de 2010, sobre empreendimentos de geração de renda do Brasil contabilizou 390 empreendimentos.

Destes, conseguimos verificar que existiam 150 em duplicidade e foram eliminados.

Assim, a pesquisa buscou contato com um total de 240 empreendimentos, primeiramente por e-mail e após por telefone.

O contato por e-mail foi realizado de julho de 2010 a fevereiro de 2011, através de uma conta de e-mail especialmente criada para este fim. Foi criado também um perfil no Orkut para entrar em contato com grupos e participantes dos grupos.

Dez questionários foram encaminhados por correio e dois retornaram respondidos.

Quatro alunas do curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) prestaram auxílio nos contatos por telefone para os empreendimentos, e esta fase da coleta ocorreu entre os meses de novembro de 2010 e fevereiro de 2011.

Quarenta e dois questionários respondidos foram contatados por e-mail, dois por correio e onze responderam após contato telefônico. Duas pessoas responderam sobre o mesmo empreendimento e optou-se por contabilizar o questionário respondido pelo técnico que participa do empreendimento, totalizando assim 54 questionários respondidos.

Ao todo, foram 186 perdas: assim distribuídas: seis dos empreendimentos contatados não tem oficina de geração de renda; quatro não existem mais por mudança de gestão; três responderam que o recurso nunca foi aplicado e duas pessoas

encaminharam o questionário respondido de forma incompleta, por não conseguir abrir o questionário inteiro em seu computador.

As outras 171 foram perdas por e-mail e pelos telefones estarem desatualizados e não foi possível realizar este contato. Como mostra o quadro a baixo.

- 390 listados pelo MS
- 150 duplicados na listagem
- 240 procurados
- 186 perdas

171 (92%) → endereços e telefones desatualizados

15 (8%) → outras causas

- 54 respondentes

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Católica de Pelotas (2010/42) e todos os participantes receberam um termo de consentimento livre e esclarecido.

Ao receber os questionários preenchidos, procedeu-se inicialmente à impressão dos que vieram por e-mail. Para o conjunto dos instrumentos, foram seguidas as seguintes etapas: numeração, codificação das questões abertas, tabulação das questões fechadas e revisão geral.

Em seguida, criou-se um banco de dados através do Programa EPI-INFO 6.04d para digitação, após o que os dados foram convertidos em um pacote estatístico para edição das variáveis e análise.

Foram obtidas frequências simples das variáveis de interesse para a confecção dos gráficos e tabelas sintéticas.

## Capítulo 5 - Resultados e Discussão

### 5.1 Características das pessoas que responderam a pesquisa

A maioria dos entrevistados eram técnicos, com horas cedidas ao empreendimento (47%), cerca de um terço eram técnicos com dedicação exclusiva e 19% declararam outras relações, das quais se destacaram as de coordenador (30%) e de coordenador de Saúde Mental e gerente de CAPS, com 20% cada.

Podemos inferir que estes serviços não fazem parte da política de saúde mental dos municípios, uma vez que grupos deixaram de existir em função de troca de gestão e a maioria dos empreendimentos não conta com técnicos com dedicação exclusiva para este fim.

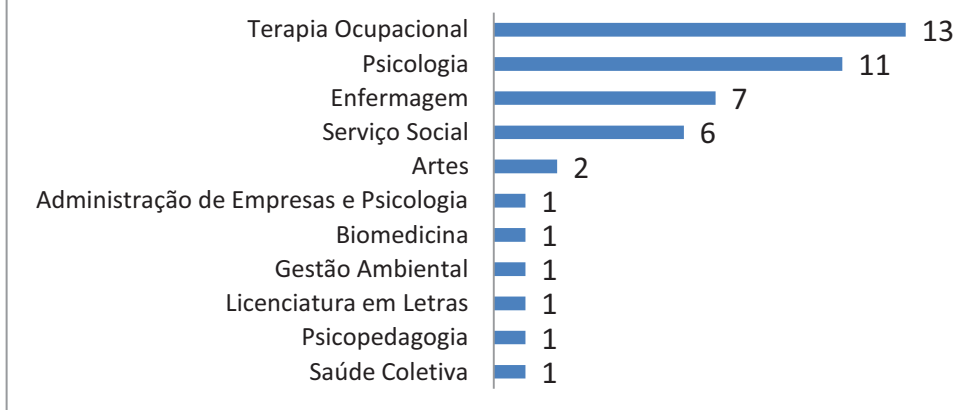
Dos respondentes da pesquisa 43% participava do grupo entre dois e seis anos, ou seja, mais da metade (72%) ainda não faziam parte do grupo antes da I Oficina de Geração de Renda e Trabalho de Usuários de Serviços de Saúde Mental realizada em Brasília 2004 (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição da amostra de acordo com o tempo de participação no empreendimento.

Tempo no grupo (anos)	n	%
Menos de 2	15	28,3%
De 2 a 6	23	43,4%
Mais de 6	15	28,3%
Total	53	100

Todos os entrevistados tinham curso superior completo e estavam assim distribuídos: 29% Terapeutas Ocupacionais, 26% Psicólogos, 16% Enfermeiros, 13% Assistentes sociais, 4% Artistas Plásticos, 10% com outros cursos superiores. (Figura 1)

**Figura 1. Distribuição da amostra de acordo com a formação.**



Os profissionais terapeutas ocupacionais são os que mais se envolvem nesta atividade. Isso se pode explicar por que o trabalho é uma categoria central para esta profissão. A Terapia Ocupacional é uma profissão que se utiliza do fazer humano, trabalho, lazer, atividades de vida diária, como forma de tratamento. A atividade trabalho é entendida aqui enquanto valorização, expressão e (re) construção da subjetividade (Francisco, 2001).

Nenhum dos entrevistados era usuário de saúde mental. O acesso por meio de e-mail e telefone constatou que os registros do MS são de profissionais que trabalham com esse tipo de oficinas e não dos próprios trabalhadores do empreendimento. Constata-se assim ainda uma ampla tutela por parte dos técnicos de saúde mental, dificultando assim a verdadeira autonomia que se deseja para esses sujeitos (Costa e Figueiredo, 2004).

## **5.2 Profissionais envolvidos com os empreendimentos**

No início do projeto os grupos contavam com os seguintes profissionais assim distribuídos: 65% tinham, no mínimo, um psicólogo e um terapeuta ocupacional no seu quadro; 43% tinham no mínimo um assistente social, 17% tinham artista plástico trabalhando no início do projeto e apenas 7% dos empreendimentos tinha um psiquiatra e 2% tinham dois psiquiatras no início do projeto. Portanto, 91% dos empreendimentos

não possuíam nenhum psiquiatra trabalhando no início do projeto, mesmo tomando-se como base que 56% destes empreendimentos começaram dentro de um CAPS. (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição dos empreendimentos de acordo com a disponibilidade de profissionais no início do projeto.

Profissional	%
Psicólogo	65%
Terapeuta Ocupacional	65%
Assistente Social	43%
Artista Plástico	17%
Artesão	46%
Técnico em assuntos educacionais	24%

Quanto aos técnicos de nível médio, 46% dos empreendimentos tinham no mínimo um artesão e 24% tinham técnicos em assuntos educacionais trabalhando no início do projeto.

Atualmente temos o seguinte quadro: 57% dos empreendimentos conta com pelo menos um terapeuta ocupacional, 43% pelo menos um psicólogo, 39% pelo menos um assistente social, 18% pelo menos um artista plástico e 7% pelo menos um psiquiatra trabalhando no projeto. Quanto aos técnicos de nível médio temos o seguinte: 46% tem pelo menos um artesão e 18% tem pelo menos um técnico em assuntos educacionais (Tabela 3).

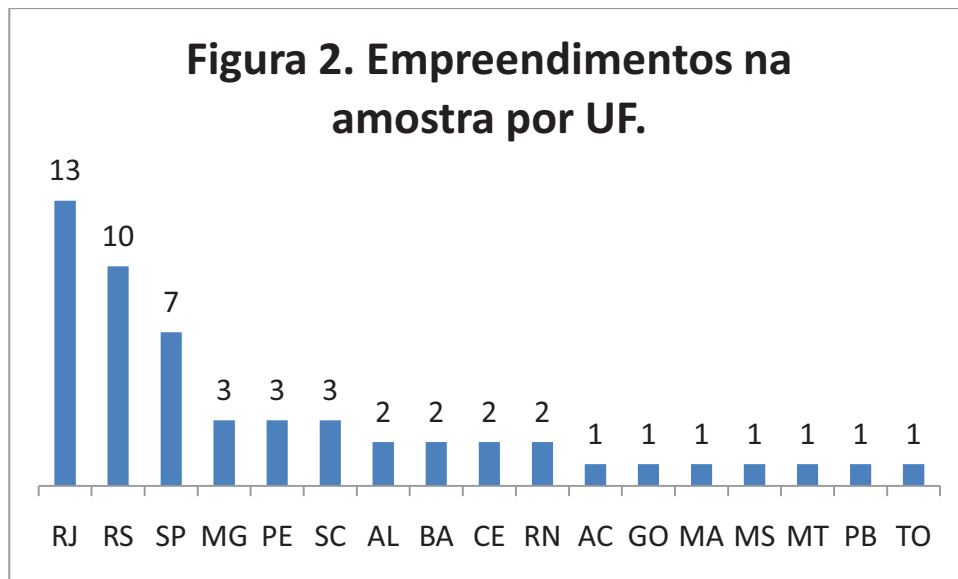
Tabela 3. Distribuição dos empreendimentos de acordo com a disponibilidade atual de profissionais no projeto.

Profissional	%
Terapeuta ocupacional	57%
Psicólogo	43%
Assistente Social	39%
Artista Plástico	18%
Psiquiatra	7%
Artesão	46%
Técnico em assuntos educacionais	18%

Quase todos os empreendimentos dispunham de técnico com dedicação exclusiva para o projeto, pois 91% têm até cinco. Também 87% têm até cinco técnicos com horas cedidas.

### 5.3 Caracterização dos empreendimentos

A maioria dos empreendimentos que responderam situava-se no Rio de Janeiro (24%) seguidos do Rio Grande do Sul (18%) e de São Paulo (13%). A região centro sul do Brasil abarcou 74% dos questionários respondidos. Os Estados do Amazonas, Distrito Federal, Espírito Santo, Pará, Paraná, Piauí, Rondônia e Sergipe estavam cadastrados pelo MS, mas em nenhum destes estados houve resposta aos questionários. (Figura 2).



Dos empreendimentos que responderam o questionário, mais da metade (57%) foram criados após 2004, data em que ocorreu a primeira oficina de empreendimentos de economia solidária na Saúde Mental. Pode-se entender que esse encontro e a portaria que criou o incentivo financeiro para estes empreendimentos estimularam e viabilizaram novos grupos em todo o País.

Destaca-se que 56% destes empreendimentos começaram dentro de um CAPS, 19% em local cedido. Destes, 70% foram cedidos pela Prefeitura e os outros 30% dividiram-se entre Governo do Estado (10%), Hospital Escola (10%) e Universidade (10%). Apenas 2%, ou seja, apenas um empreendimento começou em local próprio mantido pelo grupo. Estes dados demonstram que são poucos os grupos que começaram e que conseguem atualmente funcionar independentes dos CAPS. Quase todos (98%) necessitam de subsídios para manter um local para funcionamento do grupo.

Atualmente, 38% destes empreendimentos funcionam dentro de um CAPS, 32% em outro local e, destes, 7% dentro de hospital-dia e 6% em prédio alugado pela Prefeitura. Cerca de um quarto dos empreendimentos trabalham em local cedido, dos quais 64% é cedido pela Prefeitura Municipal e Secretaria Municipal de Saúde. Apenas 4% têm um local próprio mantido pelo grupo.

Este achado pode descaracterizar um importante papel das oficinas de geração e renda que é atuar no âmbito da sociedade, para desconstruir antigos preconceitos com relação à loucura. De acordo com Valladares e cols., a experiência do trabalho das oficinas é positiva quando contribui com a cidadania. Assim, tal experiência atua no âmbito social, trazendo a possibilidade de transformação da realidade atual no que diz respeito ao tratamento psiquiátrico(Valladares, 2003).

Os principais motivos para a criação do empreendimento foram o desenvolvimento de capacidades e potencialidades (63%), ser uma fonte complementar de renda para os associados (52%), ser uma alternativa ao desemprego (48%), uma alternativa organizativa e de qualificação (43%), incentivo de política pública (33%). A motivação social, filantrópica ou religiosa apareceu para 30% dos entrevistados.

A Figura 3 descreve os principais motivos para a criação do empreendimento.

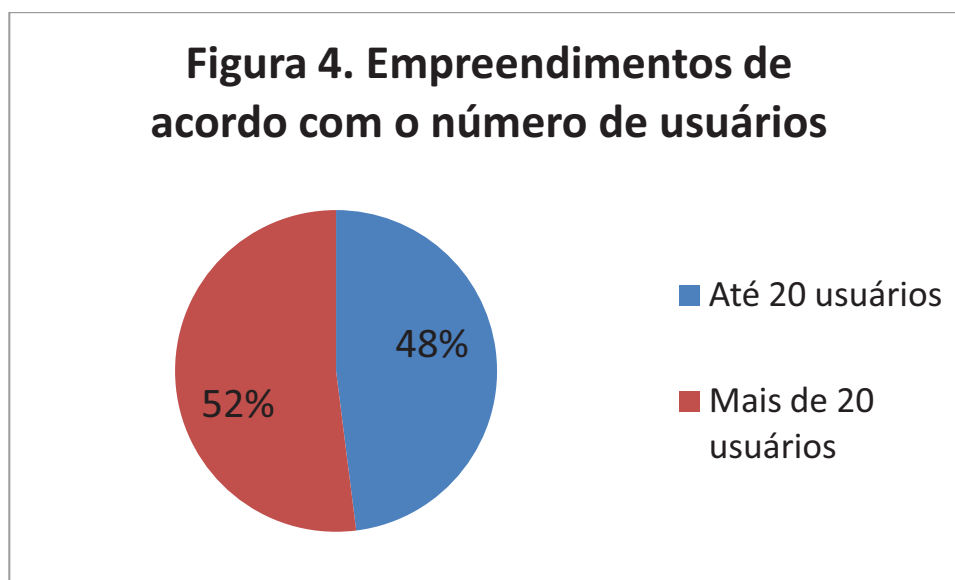


Além disso, 28% se referiram ao desenvolvimento de uma atividade onde todos são donos. Da mesma forma, 28% lembraram a possibilidade de atuação profissional em atividade econômica específica e 20% citaram a obtenção de maiores ganhos em um

empreendimento associativo. Todos os outros motivos para a criação do empreendimento não chegaram a 20%.

Ao responder sobre a natureza do empreendimento, 67% disseram que era uma Oficina de Geração de Trabalho e Renda, 13% que eram associação e 13% outro tipo de empreendimento. Destes, mais da metade (57%) referiram oficinas terapêuticas ou sem finalidade de geração de renda. Apenas (13%) dos empreendimentos tinham CNPJ.

A Figura 4 descreve a distribuição da amostra conforme o número de participantes do projeto, destacando-se que pouco menos de metade dos empreendimentos têm até 20 usuários.



Atualmente 52% dos empreendimentos têm mais de 20 usuários e 48% até 20. No início do projeto os dados apresentavam-se da seguinte forma: 37% dos empreendimentos tinham mais de 20 usuários e 63% menos de 20.

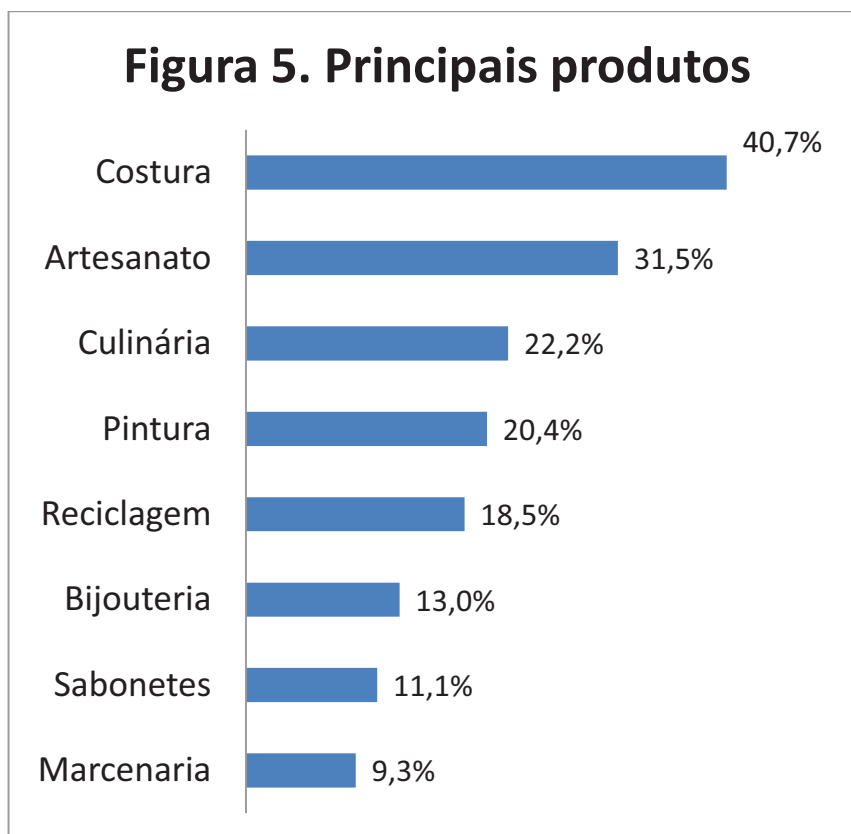
Podemos inferir destes dados que ainda é pequeno o número de usuários que participam das oficinas de geração e renda e que para a fundação de uma cooperativa é muito difícil uma vez que na legislação brasileira de cooperativas, para se constituir uma cooperativa precisa-se de no mínimo 20 associados.

Quanto aos familiares, temos que 92% dos empreendimentos contam com até 30 familiares que participam do projeto. A diferença do início do projeto é insignificante, uma vez que 91% dos empreendimentos contavam com até 30 familiares.

Pouco mais de metade (52%) dos empreendimentos recebiam apoio financeiro e destes, 70% recebiam este apoio de alguma esfera do governo, 67% recebiam algum apoio material e, destes, 62% recebia este apoio da prefeitura municipal, secretaria municipal de saúde e CAPS. O apoio técnico foi referido por 56% dos empreendimentos, dos quais apenas 14% de ITCP e 4% da Unitrabalho. Em relação aos dados de 2009, esta realidade pouco mudou, pois os empreendimentos ainda mantêm

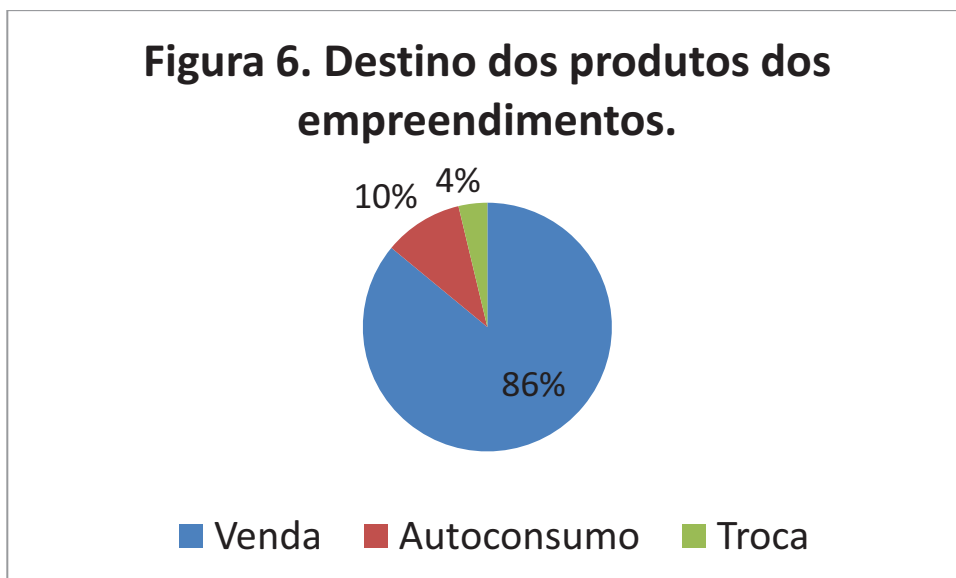
vínculos com Secretarias de Saúde e poucas são as iniciativas com apoio de incubadoras de cooperativas populares.

Em relação à produção, as principais atividades encontradas referiam-se a costura (41%), artesanato (32%), culinária (22%) e pintura (20%) (Figura 5).



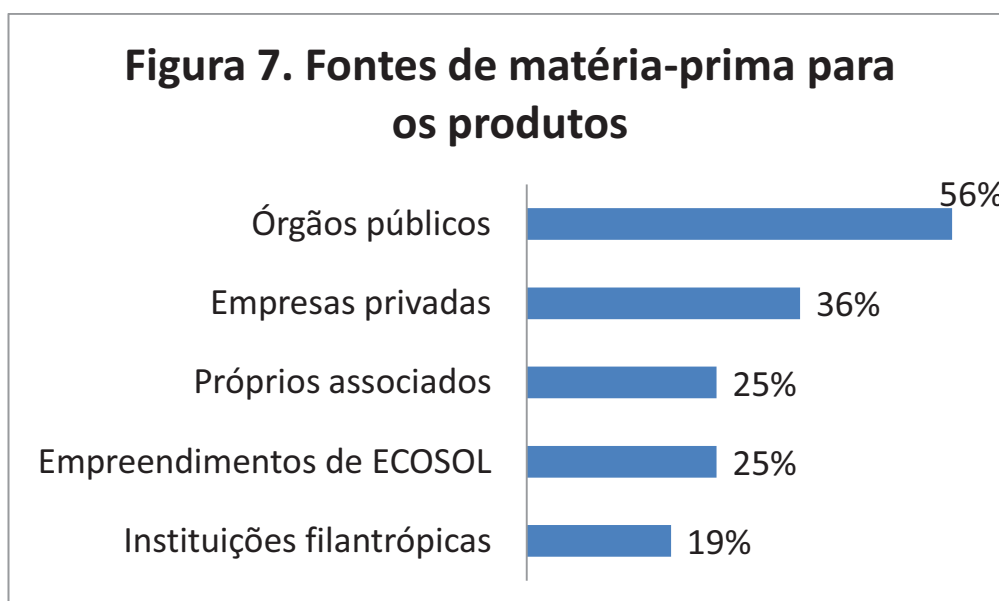
Para 86% dos empreendimentos o destino do produto era a venda, 10% o autoconsumo e apenas 4% a troca (Figura 6). Em cerca de 70% dos casos a comercialização era feita em locais próprios e/ou feiras. Foram inexpressivos os relatos de comercialização em lojas da cidade, de outras cidades e para empresas. Esta situação difere da encontrada pelo levantamento do CIST em 2009, que registrava vendas em lojas e redes de comércio para cerca de um terço dos empreendimentos.

**Figura 6. Destino dos produtos dos empreendimentos.**



Mais da metade dos que responderam a pesquisa disseram que a matéria prima que usavam de seus produtos provinha de órgãos públicos (56%), 19% de instituições filantrópicas, 25% dos próprios associados, 36% de empresa privada e 25% de empreendimentos da ECOSOL (Figura 7).

**Figura 7. Fontes de matéria-prima para os produtos**

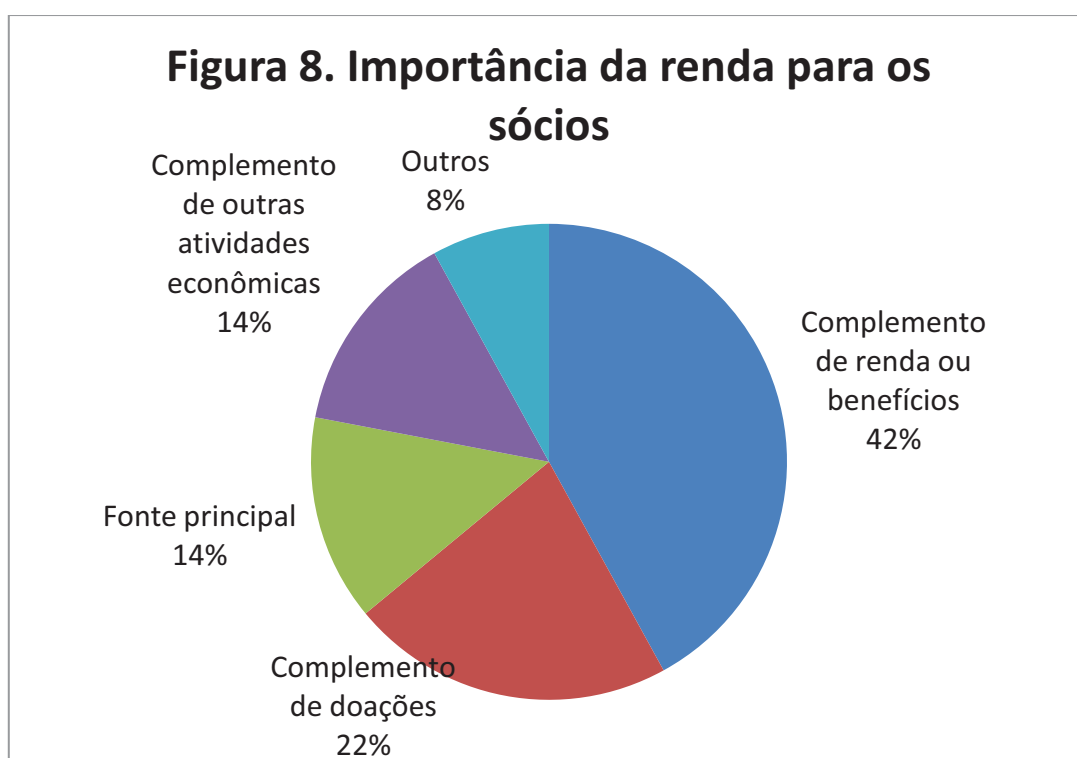


Novamente aparece aí a fragilidade destas iniciativas com relação a sua auto-sustentação.

Perguntados sobre remuneração, 42% disseram que a remuneração para os usuários era um complemento de rendimentos, aposentadorias e pensões, 22% relataram complementação de recursos recebidos por doações ou programas e apenas 14% disseram ser a fonte principal de renda e de complementação de rendimentos de outras atividades econômicas (Figura 8).

A percepção da remuneração como um complemento pode explicar o fato de apenas 13% dos empreendimentos terem CNPJ, uma vez que muitos dos trabalhadores recebem benefícios do INSS por incapacidade para o trabalho e não podem participar de cooperativas (Ministério Da Saúde, Secretaria De Atenção À Saúde *et al.*, 2005).

Esse fato também leva a muitos dos usuários trabalhadores terem receio de uma autonomia definitiva, pois temem deixar de receber um salário fixo por uma retirada mensal insuficiente.



Quanto às diferentes formas de retirada de remuneração, 84% disseram ser por função, 82% igual para todos, 53% por horas trabalhadas e 51% por produção. Em

relação à periodicidade, 43% dos empreendimentos conseguem fazer retiradas do dinheiro mensalmente, 29% de forma descontínua e 22% de outra forma. Destas, 55% não remuneram e 18% utilizam este dinheiro para manter a oficina, que como vimos conta com coordenadores contratados pela Prefeitura, e a grande maioria está instalada dentro de CAPS ou local cedido por órgãos públicos.

Quanto ao valor da retirada observou-se que 72% conseguiam fazer retiradas no valor de até R\$100,00 e 28% entre R\$100,00 e R\$500,00.

Tabela 4. Valor médio da retirada de dinheiro pelos trabalhadores.

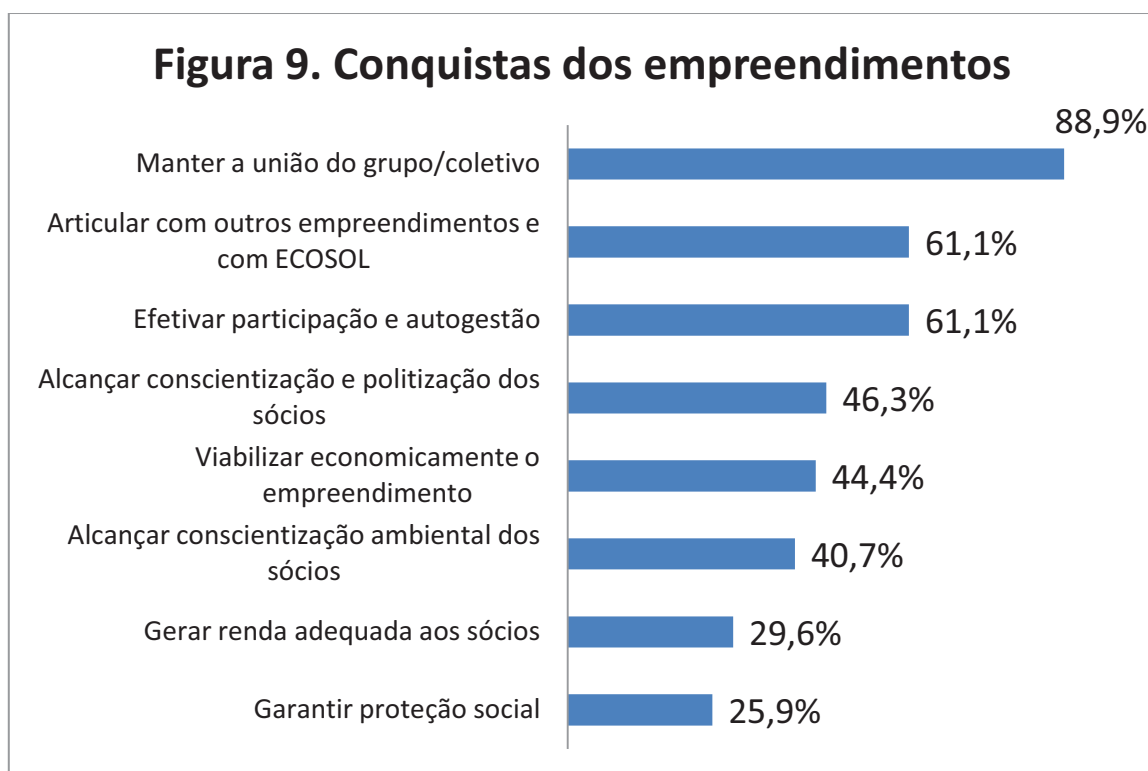
Valor médio da retirada (R\$)	n	%
Até 100	23	71,9%
De 101 a 500	9	28,1%
Total	32	100

Esses dados configuram uma situação alarmante, uma vez que ainda está aí a ideia arraigada de que o trabalho é bom por si só, para ocupar o tempo livre, já ultrapassada pelo movimento da reforma psiquiátrica (Saraceno, 1996; Amarante, 1998).

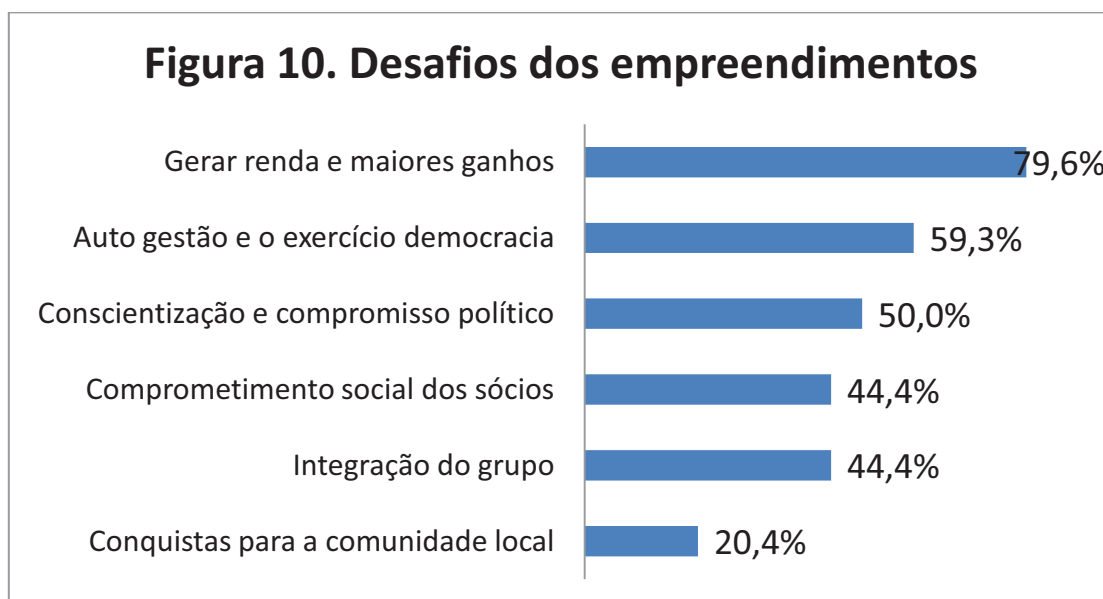
Com relação a receber ou não orientação na parte administrativa, vimos que 32% dos empreendimentos recebiam orientação de ITCPs, 11% do SEBRAE e nenhum recebia de incubadora de pequenas empresas.

Todos afirmaram ter participação em algum fórum ou articulação e, destes, 65% participam de um fórum ou rede de ECOSOL.

Na opinião dos entrevistados, uma das principais conquistas dos empreendimentos era, em primeiro lugar, manter a união do grupo/coletivo (89%) seguido por articulação com outros empreendimentos e com o movimento da ECOSOL e efetivar participação e auto-gestão (61%) (Figura 9).



Para 80% dos grupos, o principal desafio é o de gerar renda e maiores ganhos, seguido de autogestão e o exercício da democracia (59%) (Figura 10).



A maioria dos técnicos integrantes dos empreendimentos (64%) disse participar de movimentos sociais, 100% deles no movimento da reforma psiquiátrica, sendo que de outros movimentos não passou de 9%.

Esta escassa participação em outros movimentos sociais pode indicar uma falha justamente na questão da inclusão social, uma vez que ainda se continua participando dos movimentos referentes à saúde mental, mas não se agregam a outras lutas da comunidade como um todo.

“...não é mais possível concentrar todos os esforços num único movimento [...] dada a pluralidade de sujeitos que compõem esse campo, com suas diversas práticas – dos movimentos organizados verticalmente, aos pequenos grupos, às redes e outras formas [...] e, portanto, o grande desafio é articular esta pluralidade de métodos, ou formas organizativas e opções de intervenção política que fizeram avançar na formulação de um projeto de futuro que parece tomar a forma de um novo projeto para o Brasil, buscando ampliar ainda mais esse campo a partir do estabelecimento de identificações em referenciais mais gerais, tanto teórico-político quanto de valores, capazes de nessa pluralidade, sedimentar um sentido comum de direção.”(Paludo, 2001.p204).

#### **5.4 Percepção dos entrevistados sobre dificuldades, pontos positivos e sugestões**

As principais dificuldades relatadas pelos entrevistados disseram respeito a aspectos da gestão, traduzindo-se em pouco apoio institucional e escassez de infraestrutura e insumos. Além disso, questões referentes à comercialização e estratégias de desenvolvimento, como por exemplo, financiamento e formalização.

Questionados sobre os aspectos positivos, a maioria das manifestações foram relativas à inclusão social propiciada pelos projetos, a geração de renda, a valorização do trabalho, o resgate da autonomia e da autoestima dos usuários envolvidos, levando a uma melhor qualidade de vida. Também houve relatos de redução da dependência química e das internações, bem como melhoria nos relacionamentos sociais.

Solicitados a dar sugestões, as principais contribuições foram no sentido de fortalecer vínculos com o Estado, de forma a garantir mais apoio e visibilidade às iniciativas. Outra sugestão recorrente foi em favor da realização de encontros e fóruns para troca de experiências e formação permanente.

Uma das perguntas do questionário era: “Em sua opinião, existe diferença entre o que é feito em seu empreendimento e o que é feito em oficinas terapêuticas nos CAPS?” Esta questão foi respondida por 49 pessoas, das quais 37 (75%) achavam que sim, existe diferença entre o que é feito em seu empreendimento e o que é feito em oficinas terapêuticas nos CAPS, enquanto, 12 (25%) não acreditavam existir diferença.

Além disso, foi questionado sobre os motivos de acreditarem ou não existir diferença, através de perguntas abertas. Para quem respondeu afirmativamente, foi possível identificar dois grupos de argumentos: primeiro, que o objetivo do empreendimento é gerar renda e, segundo, que o objetivo é ser um espaço de trabalho.

Dos 12 que acreditavam não existir diferença apenas sete responderam e foram assim distribuídos: um disse não ter como foco principal a geração de renda, mas sim, uma proposta terapêutica; outro disse ser este empreendimento um complemento das oficinas terapêuticas; dois enfocaram a questão da qualidade do produto ser a mesma e três colocaram que como são realizadas dentro de CAPS e com usuários e profissionais dos CAPS, não viam diferença.

## Capítulo 6 - Considerações finais

O estudo conseguiu descrever aspectos relativos ao perfil das iniciativas de geração de trabalho e renda que reúnem portadores de sofrimento psíquico. Destacando-se as principais características: histórico, atividades desenvolvidas, finalidades das iniciativas de geração de trabalho e renda.

Não conseguiu identificar as iniciativas de geração de trabalho e renda da saúde mental que mais se aproximam de empreendimentos econômicos solidários.

A aproximação entre as OGTR e o movimento da ECOSOL ainda é muito tênue, uma vez que são poucas as experiências que são realmente incubadas pelas ITCPs.

A hipótese de que a maioria dos empreendimentos desenvolve atividades artesanais e a maioria dos empreendimentos são oficinas de geração de trabalho e renda, foi confirmada, e também a de que os profissionais Terapeutas Ocupacionais eram os que mais se envolviam neste tipo de trabalho.

Há que se considerar a expressiva taxa de não resposta obtida pelo estudo, apesar de todos os esforços realizados para os contatos. Acredita-se que boa parte dos empreendimentos não dispõe de meios de comunicação próprios - endereço eletrônico, telefone, fax – o que dificultou o acesso. Muitos projetos registrados junto ao MS dispunham apenas de endereços pessoais da coordenação.

A inclusão digital de usuários de serviços de saúde mental que já está começando em muitos municípios e Estados do Brasil pode ser uma ferramenta para reverter a situação de sua escassa participação na liderança dos empreendimentos.

Cabem nesse momento encontros regionais e nacionais com profissionais e usuários trabalhadores envolvidos com as OGTR para a formação de novos líderes e atualização.

Mais e melhores investimentos para as OGTR, são de suma importância, uma vez que são serviços que já se mostram capazes de diminuir a demanda de atendimentos nos CAPS e em internações.

Novos estudos precisam ser realizados, uma vez que ainda temos pouca produção sobre este tema.

## Referências

- Amarante, P. Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz. 1998
- Arouca, S. Reforma Sanitária. 1998 Disponível em: <http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>
- Centro Cultural Da Saúde. Memória da Loucura. Rio de Janeiro 2001.
- Codo, W. e M. G. Jacques. Saúde Mental & Trabalho: Leituras. Petrópolis: Vozes. 2003
- Costa, C. M. e A. C. Figueiredo. Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania. Rio de Janeiro: Contra Capa. 2004
- F.B.E.S. Disponível em: <http://www.fbes.org.br>. 2009
- Fbes (Forum Brasileiro De Economia Solidária). 2009 Disponível em: <http://www.fbes.org.br>
- Foucault, M. História da loucura. São Paulo Perspectiva. 2004
- Francisco, B. R. Terapia Ocupacional. Campinas: Papyrus. 2001. 96 p.
- Martins, R. C. A. Cooperativas Sociais no Brasil: debates e práticas na tecitura de um campo em construção. Sociologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2009. 193 p.
- Medeiros, M. H. R. A reforma da atenção ao doente mental em Campinas: um espaço para a terapia ocupacional. (Dissertação). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1994. 196 p.
- Ministério Da Saúde. Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília: MS. 1994. 63 p.
- Ministério Da Saúde, Secretaria De Atenção À Saúde, *et al.* Saúde mental e economia solidária: inclusão social pelo trabalho. Brasília: MS. 2005
- Ministério Da Saúde, Secretaria Executiva, *et al.* Legislação em Saúde Mental 1990-2004. Brasília: MS. 2004. 340 p.
- Ministério Da Saúde, M. D. T. E. E. Relatório Final do Grupo de Trabalho Saúde Mental e Economia Solidária. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2006. 32 p.
- Nicácio, M. F. S. Reforma psiquiátrica, direito ao trabalho e emancipação. In: M. D. Saúde (Ed.). Saúde Mental e Economia Solidária: Inclusão Social pelo Trabalho. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, v.1, 2005. Reforma psiquiátrica, direito ao trabalho e emancipação, p.134
- Oliveira, A. G. B. e N. P. Alessi. Cidadania: instrumento e finalidade do processo de trabalho na reforma psiquiátrica Ciência & Saúde Coletiva, v. 10, n.1, p.191-203. 2005.

Paludo, C. Educação popular em busca de alternativas: uma leitura desde Campo Democrático Popular. Porto Alegre: Tomo. 2001. 272 p.

Rabelo, I. V. M. e R. R. Torres. Os significados da reforma psiquiátrica para os trabalhadores de saúde mental de Goiânia. Estudos de Psicologia v.3, n.23, p.219-228. 2006.

Saraceno, B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: A. M. F. Pitta (Ed.). Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1996. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio, p.13-18

Saúde, M. D. Relatório Final do Grupo de Trabalho Saúde Mental e Economia Solidária. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2006. 32 p.

Schiochet, V., R. M. Silva, *et al.* A economia solidária no Brasil. Revista de Economia Solidária. 2005.

Tenório, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. História, Ciência e Saúde - Manguinhos, v.9, n.1, p.25-59. 2002.

Valladares, A. C. A., Et Al. Reabilitação psicossocial através das oficinas terapêuticas e/ou cooperativas sociais. Rev. Eletrônica de Enfermagem. 5: 4-9 p. 2003.

Vieira, P. P. Reflexões sobre a história da loucura de Michel Foucault Revista Aulas, n.3, p.1-21. 2007.

## **Anexo I – Instrumento de coleta de dados**

ESTA ENTREVISTA É PARTE DE UMA PESQUISA JUNTO AO MESTRADO EM POLÍTICA SOCIAL DA UCPEL (PELOTAS, RS) PARA TRAÇAR O PERFIL DAS OFICINAS DE GERAÇÃO DE TRABALHO E RENDA QUE ESTÃO EM FUNCIONAMENTO NO BRASIL.

**DESDE JÁ, AGRADECEMOS MUITO SUA PARTICIPAÇÃO.**

DADOS DO INFORMANTE:	NÃO ESCREVA NESTA COLUNA
	Num __ __ __
1. Nome:	
2. Telefone:	
3. Endereço eletrônico:	
4. Qual a sua relação com o empreendimento? Você é?	Rel __
<input type="checkbox"/> técnico que se dedica exclusivamente para esse fim;	
<input type="checkbox"/> técnico que tem horas cedidas para trabalhar no empreendimento;	
<input type="checkbox"/> usuário dos serviços da rede de atenção à saúde mental do município/estado;	
<input type="checkbox"/> familiar de usuário dos serviços da rede de atenção à saúde mental do município/estado;	
<input type="checkbox"/> outro: indique:	
5. Há quanto tempo você faz parte do grupo?	tempga __ __
anos e           meses	tempgm __ __
6. Qual o seu grau de instrução?	Instru __
<input type="checkbox"/> ensino primário 1ª a 8ª série – Pular para a pergunta 8	
<input type="checkbox"/> ensino médio - Pular para a pergunta 8	
<input type="checkbox"/> superior incompleto	
<input type="checkbox"/> superior completo	
7. Se está cursando ou já terminou algum curso superior: Qual curso?	Curso

8. SE VOCÊ É USUÁRIO dos serviços de saúde mental: que atividade você desenvolve no grupo?

Ativ \_\_

9. SE VOCÊ É USUÁRIO dos serviços de saúde mental: você ainda frequenta oficinas nos CAPS?

Freqof

sim  não

#### DADOS DO EMPREENDIMENTO

10. Nome do empreendimento:

11. Endereço:

12. Cidade:

Munic

13. Estado:

Uf \_\_ \_\_

14. Telefone:

15. Endereço eletrônico:

16. Há quanto tempo o empreendimento está funcionando?

anos e meses

Funca

Funcm

17. O que motivou a criação do empreendimento? (resposta múltipla)

uma alternativa ao desemprego;

Mot1 \_\_

obtenção de maiores ganhos em um empreendimento associativo;

Mot2 \_\_

uma fonte complementar de renda para os associados;

Mot3 \_\_

- desenvolvimento de uma atividade onde todos são donos;
- possibilidade de atuação profissional em atividade econômica específica;
- condição exigida para ter acesso a financiamentos e outros apoios;
- recuperação de empresa privada que faliu ou em processo falimentar;
- motivação social, filantrópica ou religiosa;
- desenvolvimento comunitário de capacidades e potencialidades;
- alternativa organizativa e de qualificação;
- incentivo de política pública (governo);
- organização econômica de beneficiários de políticas públicas;
- fortalecimento de grupo étnico;
- produção ou comercialização de produtos orgânicos ou ecológicos;
- outro. Qual?

18. Quais os técnicos que trabalhavam no início do projeto? Coloque o número de profissionais de cada profissão no campo correspondente.

assistente social

artesão

artista plástico

técnico em assuntos educacionais

psicólogo

outros? Especifique:

psiquiatra

terapeuta ocupacional

As \_\_

Art \_\_

AP \_\_

Tae \_\_

Psic \_\_

Psiq \_\_

TO \_\_

Out \_\_

19. Quantas pessoas participavam do empreendimento no início do projeto? Coloque o número de pessoas no campo correspondente.

usuários de serviços de saúde mental

familiares dos usuários dos serviços de saúde mental

técnicos com dedicação exclusiva

técnicos com horas para o empreendimento

outras pessoas quem?

Usu \_\_

—

Famil \_\_

—

Tecn \_\_

—

Techor

— —

Oupes

<p>20. Onde começou esse empreendimento?</p> <p><input type="checkbox"/> dentro de um CAPS - PULE PARA A PERGUNTA 22</p> <p><input type="checkbox"/> local próprio mantido pelo próprio grupo - PULE PARA A PERGUNTA 22</p> <p><input type="checkbox"/> local cedido – RESPONDA A PERGUNTA 21</p> <p><input type="checkbox"/> outro. Qual? - PULE PARA A PERGUNTA 22</p>	<p>— —</p> <p>Começo</p> <p>—</p>
<p>21. SE O LOCAL ERA CEDIDO: Por quem?</p>	<p>Proinic</p> <p>— —</p>
<p>22. ATUALMENTE, o empreendimento é de que tipo?</p> <p><input type="checkbox"/> Associação</p> <p><input type="checkbox"/> Cooperativa</p> <p><input type="checkbox"/> Oficina de geração de trabalho renda</p> <p><input type="checkbox"/> Outro. Especifique:</p>	<p>Tipo __</p>
<p>23. Possui CNPJ?</p> <p><input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p>	<p>Cnpj __</p>
<p>24. Atualmente, quantas pessoas estão participando no empreendimento?</p> <p>usuários de serviços de saúde mental</p> <p>familiares dos usuários dos serviços de saúde mental</p> <p>técnicos com dedicação exclusiva</p> <p>técnicos com horas para o empreendimento</p> <p>outras pessoas quem?</p>	<p>aUsu __</p> <p>—</p> <p>aFamil</p> <p>— —</p> <p>aTecde</p> <p>— —</p>
<p>25. Atualmente, o empreendimento conta, em sua equipe, com quais profissionais? Coloque o número de profissionais de cada profissão no campo correspondente.</p> <p><input type="checkbox"/> assistente social <input type="checkbox"/> artesão</p>	<p>aTecdp</p> <p>— —</p> <p>aOut __</p> <p>—</p> <p>aAs __</p> <p>aart __</p>

- artista plástico                       técnico em assuntos educacionais
- psicólogo                                       outros? Especifique:
- psiquiatra
- terapeuta ocupacional

aAP \_\_  
atae \_\_  
aPsic \_\_  
aPsiq \_\_  
aTO \_\_  
aOutpro  
\_\_

26. Com quais tipos de serviços trabalham?

Nesta questão, por favor, se o grupo trabalha com, por exemplo, COSTURA, coloque costura e não cada um dos produtos confeccionados.

Prod \_\_  
\_\_

27. Quantos tipos (itens) de produtos são produzidos coletivamente pelo empreendimento? Produtos. (coloque o número de produtos)

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.

Prod1  
\_\_ \_\_  
Prod2  
\_\_ \_\_  
Prod3  
\_\_ \_\_  
Prod4  
\_\_ \_\_  
Prod5  
\_\_ \_\_  
Prod6  
\_\_ \_\_  
Prod7  
\_\_ \_\_  
Prod8  
\_\_ \_\_

28. Destes, quais são os cinco principais? E qual a quantidade da produção mensal? (referência do mês imediatamente anterior à aplicação deste questionário ou, no caso de atividade sazonal, considerar a produção mensal obtida no período de safra/produção imediatamente anterior)

Protip1  
\_\_  
Protip2  
\_\_  
Protip3

Produtos                      Unidade                      Quantidade produzida mensalmente

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)

—  
Protip4

—  
Protip5

29. O empreendimento recebe algum tipo de apoio:

Financeiro  não  sim, de quem:

Finan \_\_

Material  não  sim, de quem:

Mater

Técnico  não  sim, de quem:

—  
Tecni \_\_

30. Onde funciona esse empreendimento?

Onde \_\_

dentro de um CAPS

local próprio mantido pelo próprio grupo

local cedido

outro. Qual?

31. SE O LOCAL É CEDIDO: Por quem?

Cedque

32. Qual é o destino dos produtos? (resposta múltipla)

Dest1

venda

—

troca → pule para questão 33

Dest2

autoconsumo → pule para questão 33

—

outros. Especifique:

Dest3

—

33. Onde é feita a comercialização dos produtos?

POR FAVOR, RESPONDA PARA CADA OFICINA SEPARADAMENTE:

**EXEMPLO OFICINA: COSTURA**

Local próprio  não  sim

Feiras  não  sim

Lojas na cidade  não  sim

Lojas em outra(s) cidade(s)  não  sim

Para empresas  não  sim

Outros locais: Qual(is)?

OFICINA 1:

Local próprio  não  sim

Feiras  não  sim

Lojas na cidade  não  sim

Lojas em outra(s) cidade(s)  não  sim

Para empresas  não  sim

Outros locais: Qual(is)?

Locpro1

—

Feira1

—

Lojcid1

—

Lojoui1

—

Emp1

—

Outp1

—

OFICINA 2:

Local próprio  não  sim

Feiras  não  sim

Lojas na cidade  não  sim

Lojas em outra(s) cidade(s)  não  sim

Para empresas  não  sim

Outros locais: Qual(is)?

Locpro2

—

Feira2

—

Lojcid2

—

Lojoui2

—

Emp2

—

Outp2

—

OFICINA 3:

Local próprio  não  sim

Feiras  não  sim

Locpro3

—

Feira3

Lojas na cidade	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim	—
Lojas em outra(s) cidade(s)	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim	Lojcid3
Para empresas	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim	—
Outros locais: Qual(is)?		Lojouci3
		—
		Emp3
		—
		Outp3
		—
34. Qual foi o faturamento mensal do empreendimento? (valor médio mensal)		Fatm __
R\$            reais		— — — —
		—
35. Quanto o empreendimento gasta mensalmente com insumos/matérias primas? (valor médio mensal)		Gastm
R\$            reais		— — — —
		— — —
36. Qual a origem da matéria-prima ou do insumo? (resposta múltipla)		Ormp1
<input type="checkbox"/> empreendimentos de economia solidária;		—
<input type="checkbox"/> empresa privada;		Ormp2
<input type="checkbox"/> próprios associados;		—
<input type="checkbox"/> produtores não sócios;		Ormp3
<input type="checkbox"/> instituições filantrópicas ou instituições não-mercantis		—
<input type="checkbox"/> órgãos públicos		
<input type="checkbox"/> outros. Especifique:		
37. O empreendimento está conseguindo remunerar os sócios que trabalham?		Conrem
<input type="checkbox"/> por semana		—
<input type="checkbox"/> quinzenal		
<input type="checkbox"/> por mês		
<input type="checkbox"/> a cada dois meses		
<input type="checkbox"/> de forma descontínua		

outros. Especifique:

38. Qual o valor médio da remuneração/retirada?

R\$        reais

Valmed

— — — —  
— — — —

39. De que maneira preponderante, a renda é obtida pelos sócios no empreendimento é: (resposta única)

Renobt

—

a fonte principal da renda dos sócios;

complementação de rendimentos recebidos em outras atividades econômicas;

complementação de recursos recebidos por doações ou programas governamentais;

complementação de rendimentos de aposentadorias ou pensões;

outro tipo. Qual?

40. Como é feita a remuneração ou retirada dos sócios? (resposta múltipla)

Remfei

—

remuneração/retirada igual para todos;

remuneração/retirada por horas trabalhadas;

remuneração/retirada por função;

remuneração/retirada por produção;

41. Qual o valor da menor retirada/remuneração dos sócios do empreendimento?

R\$        reais

Valmen

— — — —  
— — — —

42. Qual o valor da maior retirada/remuneração dos sócios do empreendimento?

R\$        reais

Valmai

— — — —  
— — — —

43. Além desse dinheiro, os usuários recebem algum salário ou bolsa para participar?

Bolsa \_\_

não pule para a questão 44  sim

Qual o valor mensal?

Val \_\_

— — — —

Quem paga essa bolsa?

44. Recebe orientação para a parte administrativa do empreendimento de:

SEBRAE  sim  não

Incubadora Tecnológica de Cooperativas Populares  sim  não

Incubadora de pequenas empresas  sim  não

Outro: especifique:

45. O empreendimento participa de algum fórum ou de alguma rede de articulação ou representação?  
 sim  não → pule para a questão 47

46. Se a resposta for SIM especifique de que tipo de rede ou fórum o empreendimento participa:  
(resposta múltipla)

fórum ou rede de Economia solidária. Qual

união ou associação de empreendimentos de economia solidária? Qual?

federações de cooperativas. Qual?

conselhos de gestão e fóruns de participação em políticas públicas. Qual?

outros fóruns, redes ou articulações. Qual?

47. O empreendimento tem alguma relação ou participa de movimentos sociais, populares ou sindicais?

sim  não → pule para a questão 49

48. Qual o tipo de movimento ou luta social? (resposta múltipla)

movimento de luta pela terra e agricultura familiar;

movimento sindical urbano ou rural;

movimento popular ou comunitário;

movimento de luta por moradia;

Quem

— —

SEBRAE

—

Itcp —

Ipeq —

Oriout

—

Dif —

Tprede1

— —

Tprede2

— —

Tprede3

— —

Emprel

—

Tipmov1

— —

Tipmov2

— —

Tipmov3

— —

- movimento étnico/racial;
- movimento de ameaçados ou atingidos por barragens;
- movimento ambientalista/agroecologia;
- movimento de mulheres/gênero;
- movimento religioso ou pastoral;
- movimento de desempregados;
- movimento dos catadores;
- movimento GLBTT;
- movimento cultural;
- movimento de defesa dos direitos humanos;
- movimento de jovens/juventude;
- movimento de combate a fome;
- movimento da reforma psiquiátrica (luta antimanicomial);
- outro movimento. Qual?

49. Em sua opinião, existe diferença entre o que é feito em seu empreendimento e o que é feito em oficinas terapêuticas nos CAPS?

Dif \_\_

- sim       não

Por quê?

Pqdif \_\_

—

50. Em uma escala de 0 a 10, como você classificaria o relacionamento com o poder público municipal?

Pmun

— —

51. E com o governo estadual?

Pest \_\_

—

52. E com o governo federal?

Pfed \_\_

—

53. Quais as principais conquistas obtidas pelo empreendimento? (resposta múltipla)

- viabilizar economicamente o empreendimento;
- gerar renda adequada aos sócios;
- garantir proteção social (previdência, assistência e saúde) para os sócios;
- efetivar a participação e a autogestão;
- alcançar a conscientização e a politização dos sócios;
- alcançar maior conscientização ambiental dos sócios;
- promover a articulação com os outros empreendimentos e com o movimento de economia solidária;
- manter a união do grupo/coletivo
- outro. Qual?

Pconq1

— —

Pconq2

— —

Pconq3

— —

54. Quais os principais desafios do empreendimento? (resposta múltipla)

- a geração de renda ou obtenção de maiores ganhos para os sócios;
- a autogestão e o exercício da democracia;
- a integração do grupo/coletivo;
- o comprometimento social dos sócios;
- conquistas para a comunidade local (moradia, escola, infra-estrutura)
- a conscientização e compromisso político (com emancipação dos trabalhadores ou outras lutas mais gerais);
- outro. Qual?

Pdesaf1

— —

Pdesaf2

— —

Pdesaf3

— —

Sugestões:

Sug \_\_

—

Pontos positivos:


Ppos \_\_

—

Dificuldades:

Dific \_\_

## ANEXO 2

	<p style="text-align: center;"><b>Perfil das oficinas de geração de trabalho e renda no âmbito da atenção psicossocial no Brasil</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Programa de Pós-Graduação em Política Social – UCPEL</b></p>
---	---

### **CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA (Resolução 196/96 do Ministério da Saúde)**

Estamos realizando um trabalho de pesquisa para descrever o perfil das iniciativas de geração de trabalho e renda que reúnem portadores de sofrimento psíquico registradas no Ministério da Saúde desde 2004.

As Oficinas de Geração de Trabalho e Renda na saúde mental são uma nova tecnologia na área da reabilitação psicossocial, fazem parte das ações em atenção psicossocial e devem ser integradas à rede de atenção à saúde mental dos municípios.

Acredita-se que este projeto de pesquisa pode contribuir para este debate e para o fortalecimento da articulação entre saúde mental e trabalho.

A lista de contatos foi obtida a partir da Primeira Oficina de Geração de Renda e Trabalho de Usuários de Serviços de Saúde Mental, realizada em Brasília-DF, em 2004. Assim, gostaríamos de contar com a sua colaboração durante alguns minutos para responder a um questionário enviado por correio eletrônico. São várias perguntas sobre diferentes aspectos do empreendimento.

Asseguramos que todas as informações prestadas são sigilosas e serão utilizadas somente para esta pesquisa. A divulgação das informações será anônima e em conjunto com as respostas de um grupo de pessoas.

Caso você tenha disponibilidade e interesse em participar, responda ao questionário e envie ao remetente. Seu retorno será considerado o termo de consentimento:

*Pelo presente consentimento livre e informado, declaro que fui informado (a) de forma clara, dos objetivos, da justificativa, dos instrumentos utilizados na presente pesquisa. Declaro que aceito voluntariamente participar do estudo.*

*Fui igualmente informado(a) da garantia de: solicitar resposta a qualquer dúvida com relação aos procedimentos, do livre acesso aos dados e resultados; da liberdade de retirar*

*meu consentimento em qualquer momento do estudo; do sigilo e anonimato.*

*Enfim, foi garantido que todas as determinações ético-legais serão cumpridas antes, durante e após o término desta pesquisa.*

Mestranda: Marisa Petrucci Gigante. Rua Dom Pedro II, 561/402. CEP: 96010-300 Pelotas, RS. E-mail: [pesquisasmecosol@gmail.com](mailto:pesquisasmecosol@gmail.com)

Professora Orientadora: Elaine Tomasi. Almirante Barroso, 1202. CEP: 96010-280. Pelotas. RS. Telefone: 3284-8104. e-mail: [tomasiet@uol.com.br](mailto:tomasiet@uol.com.br)