

**FACULDADE VALE DO CRICARÉ
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO SOCIAL,
EDUCAÇÃO E DESENVOLVIMENTO REGIONAL**

RAFAELA BITTENCOURT RANGEL FERREIRA

**ECONOMIA SOLIDÁRIA COMO MEIO DE INCLUSÃO SOCIAL NO
SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL DE TEIXEIRA DE FREITAS**

**SÃO MATEUS - ES
NOVEMBRO/2018**

RAFAELA BITTENCOURT RANGEL FERREIRA

ECONOMIA SOLIDÁRIA COMO MEIO DE INCLUSÃO SOCIAL NO
SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL DE TEIXEIRA DE FREITAS

Dissertação apresentada à Faculdade Vale do
Cricaré - FVC, como parte das exigências
para obtenção do título de mestre em Gestão
Social, Educação e Desenvolvimento
Regional.

Área de concentração: Gestão Social,
Educação e Desenvolvimento Regional.

Orientador: Prof. Dr. Guilherme Bicalho
Nogueira

SÃO MATEUS - ES
NOVEMBRO/2018

Autorizada a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na publicação

Mestrado Profissional em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Regional
Faculdade Vale do Cricaré – São Mateus – ES

F383e

Ferreira, Rafaela Bittencourt Rangel.

Economia solidária como meio de inclusão social no serviço de saúde mental de Teixeira de Freitas / Rafaela Bittencourt Rangel Ferreira – São Mateus - ES, 2018.

90 f.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Regional) – Faculdade Vale do Cricaré, São Mateus - ES, 2018.

Orientação: Prof. Dr. Guilherme Bicalho Nogueira.

1. Economia solidária. 2. Inclusão social. 3. Sustentabilidade.
4. Reforma psiquiátrica. 5. Centro de atenção Psicossocial (CAPS).
6. Nogueira, Guilherme Bicalho. I. Título.

CDD: 362.2

Sidnei Fabio da Glória Lopes, bibliotecário ES-000641/O, CRB 6ª Região – MG e ES

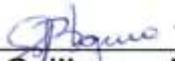
RAFAELA BITTENCOURT RANGEL FERREIRA

**ECONOMIA SOLIDÁRIA COMO MEIO DE INCLUSÃO SOCIAL
NO SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL DE TEIXEIRA DE FREITAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Regional da Faculdade Vale do Cricaré (FVC), como requisito parcial para obtenção do título de Mestra em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Regional, na área de concentração Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Regional.

Aprovada em 21 de novembro de 2018.

COMISSÃO EXAMINADORA



Prof. Dr. Guilherme Bicalho Nogueira
Faculdade Vale do Cricaré (FVC)
Orientador



Profa. Dra. Lilian Pittol Firme de Oliveira
Faculdade Vale do Cricaré (FVC)



Prof. Dr. Wilson Denadai
Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)

AGRADECIMENTOS

A presente dissertação de mestrado não poderia chegar a bom porto sem o precioso apoio de várias pessoas

Agradeço primeiramente a Deus, pela dádiva da vida e por me permitir realizar tantos sonhos nesta existência. Que iluminou o meu caminho durante toda essa trajetória, que não me permitiu desistir e principalmente por ter me dado uma família tão especial, enfim, obrigado por tudo.

Aos meus pais, Genivaldo Nunes Rangel e Rosimere Bittencourt Rangel que me deram força e coragem para continuar minha caminhada. Sinto-me orgulhosa e privilegiada por ter pais tão especiais.

Ao meu esposo Vinícius Ferreira Cardoso, pelo companheirismo, por todo amor, carinho, compreensão e apoio em tantos momentos difíceis desta caminhada. Quem dividiu comigo todos os momentos, desde os de aflição e angústia, até os de êxito e alegria durante a realização desta pesquisa.

Ao professor e orientador, Guilherme Bicalho, pela compreensão, paciência e colaboração para minha formação. Obrigado por acreditar em mim e pelos tantos elogios e incentivos.

Agradeço também à instituição onde o estudo foi realizado, CAPS II de Teixeira de Freitas, pela colaboração dos funcionários e em especial, à Vivian Alves e Silva, chefe do serviço de saúde mental do município.

Aos entrevistados, pela disponibilidade em contribuir para a realização desta dissertação.

Por fim, a todos aqueles que contribuíram, direta ou indiretamente, para a realização desta dissertação, o meu sincero agradecimento.

APRESENTAÇÃO

Reconheço que a escrita de si é uma possibilidade de se ver num espelho de palavras. Nesse sentido, pretendo nestas palavras, relatar e refletir sobre alguns momentos que julgo mais significativos de minha trajetória de vida.

Sou enfermeira, graduada na FAESA (Faculdades Integradas Espírito-Santense) em Vitória - ES, no ano de 2007. Logo após ingressei na pós-graduação no curso de Terapia Intensiva na EMESCAN (Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia) em Vitória - ES. Inicialmente trabalhei no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e no decorrer dos anos atuei como enfermeira assistencial em três hospitais, especificamente na Unidade de Terapia Intensiva - adulto e neonatal. Além disso, ministrei treinamentos técnicos à equipe de enfermagem para atualização de conhecimentos teóricos e práticos.

Atualmente, retornei ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em Teixeira de Freitas, onde desenvolvemos um projeto sustentável com os usuários da unidade. Nele os mesmos produzem papel reciclado e materiais como caixas decorativas, cadernos, agendas, dentre outros. Assim sendo, com a visualização no dia-a-dia, me fizeram problematizar a inserção social dos usuários do serviço da saúde mental.

RESUMO

FERREIRA, Rafaela Bittencourt Rangel. **Economia solidária como meio de promoção de inclusão social no serviço de Saúde Mental de Teixeira de Freitas**, 78 p. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Regional) – Faculdade Vale do Cricaré, São Mateus, Espírito Santo, 2018.

O processo de reabilitação psicossocial leva a desafios da inclusão social através do trabalho de usuários portadores de transtorno mental. A inclusão social pelo trabalho na perspectiva da Economia Solidária se constitui em um novo passo no processo da Reforma Psiquiátrica brasileira. A articulação entre Saúde Mental e Economia Solidária representa uma construção recente que ganhou força mediante uma série de articulações entre os Ministérios da Saúde e do Trabalho, fortalecidas na realização da Oficina de Experiências de Geração de Renda e trabalho de usuários de serviços de Saúde Mental. A relevância de desenvolver uma pesquisa voltada para economia solidária justifica-se pelo fato de proporcionar grande mudança na qualidade de vida, inserção social e acolhimento dos usuários do CAPS (Centro de atenção psicossocial). O presente estudo tem como objetivo avaliar a economia solidária como meio de promoção de inclusão social dos usuários do serviço de Saúde Mental de Teixeira de Freitas. A metodologia de pesquisa utilizada é de natureza qualitativa, de caráter descritivo. Os dados foram coletados por meio de um roteiro de entrevista com questões fechadas e respostas com figuras sugestivas, aplicado através de entrevista. Alguns momentos foram registrados através de fotografias. Todos os cuidados e aspectos éticos foram respeitados. O estudo foi realizado no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no Município de Teixeira de Freitas (BA), em parceria com Associação Loucos para Viver (ALPV). A realização do presente estudo permitiu a confirmação das observações encontradas em diversas literaturas quanto à importância e viabilidade do uso do trabalho solidário no processo de reabilitação e inclusão social de usuários portadores de transtornos mentais, bem como identificar a necessidade de melhorias em vários aspectos a fim de alcançar satisfação dos usuários no grupo de geração de renda. Foi possível observar que o trabalho na ALPV além de proporcionar o trabalho solidário também é tido como oficina terapêutica, estando diretamente ligado ao processo de promoção de saúde mental dos sujeitos, promovendo superação de problemas de saúde, levando-os a saírem do isolamento, alcançando o desenvolvimento humano, preocupação com o trabalho, criando-se assim, um novo projeto de vida. Apesar do enfoque dos sujeitos sobre a importância do trabalho solidário como reabilitação psicossocial e promoção da saúde mental, não deixaram de falar sobre a oportunidade de trabalho a partir da participação do grupo de geração de renda, possibilitando assim, um ganho financeiro. Ainda que a inclusão social seja uma tarefa árdua e complexa, o estudo mostrou a importância de dar continuidade na inserção os usuários do CAPS II de Teixeira de Freitas no mundo do trabalho e por fim na sociedade.

Palavras-chave: economia solidária, inclusão social, sustentabilidade, reforma psiquiátrica; Centro de atenção psicossocial (CAPS).

ABSTRACT

FERREIRA, Rafaela Bittencourt Rangel. **Solidarity economy as a means of promoting social inclusion in the Mental Health Service of Teixeira de Freitas**, 78 p. Dissertation (Professional Master in Social Management, Education and Regional Development) - Vale do Cricaré College, São Mateus, Espírito Santo, 2018.

The process of psychosocial rehabilitation leads to challenges of social inclusion through the work of users with mental disorders. Social inclusion through work in the perspective of the Solidarity Economy is a new step in the process of the Brazilian Psychiatric Reform. The articulation between Mental Health and Solidarity Economy represents a recent construction that has gained strength through a series of articulations between the Ministries of Health and Labor, strengthened in the realization of the Workshop on Income Generation Experiences and the work of users of Mental Health services. The relevance of developing a research focused on solidarity economy is justified by the fact that it provides a great change in the quality of life, social insertion and acceptance of users of the CAPS (Psychosocial Care Center). The present study aims to evaluate the solidarity economy as a means of promoting social inclusion of users of the Mental Health service of Teixeira de Freitas. The research methodology used is qualitative, of a descriptive nature. The data were collected through an interview script with closed questions and answers with suggestive figures, applied through interview. Some moments were recorded through photographs. All cares and ethical aspects have been respected. The study was carried out at the Center for Psychosocial Care (CAPS) in the municipality of Teixeira de Freitas (BA), in partnership with Associação Loucos para Viver (ALPV). The accomplishment of the present study allowed the confirmation of the observations found in several literatures on the importance and viability of the use of the solidarity work in the process of rehabilitation and social inclusion of users with mental disorders, as well as to identify the need for improvements in several aspects in order to achieve user satisfaction in the income generation group. It was possible to observe that the work in the ALPV besides providing the solidarity work is also considered as a therapeutic workshop, being directly linked to the process of promotion of mental health of the subjects, promoting overcoming of health problems, leading them to leave the isolation, reaching human development, preoccupation with work, thus creating a new project of life. Despite the focus of the subjects on the importance of solidarity work as psychosocial rehabilitation and promotion of mental health, they did not stop talking about the opportunity of work from the participation of the income generation group, thus enabling a financial gain. Although social inclusion is an arduous and complex task, the study showed the importance of continuing to integrate CAPS II users from Teixeira de Freitas into the world of work and finally into society.

Keywords: solidarity economy, social inclusion, sustainability, psychiatric reform; Center for Psychosocial Care (CAPS). The

LISTA DE SIGLAS

ALPV	Associação Loucos para Viver
AT	Acompanhamento terapêutico
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEMPRE	Compromisso Empresarial para reciclagem
EMESCAM	Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia
FAESA	Faculdades Integradas Espírito-Santense
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
SUS	Sistema Único de Saúde
MTSM	Movimento dos trabalhadores da divisão Nacional de Saúde Mental
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
CNSM	Conferência nacional de Saúde Mental

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Expressão de sentimentos como respostas às perguntas do roteiro de entrevista.....	42
Figura 2. Satisfação dos usuários quanto à forma que são tratados pela equipe.....	42
Figura 3. Satisfação dos usuários quando vão ao CAPS.....	44
Figura 4. Satisfação do usuário quanto ao seu acompanhamento no tratamento no CAPS.....	44
Figura 5. Satisfação dos usuários em relação às condições gerais do local onde ocorrem as oficinas de geração de renda.....	45
Figura 6. Satisfação dos usuários em relação à melhora na qualidade de vida após iniciar os trabalhos no grupo de geração de renda.....	45
Figura 7. Satisfação dos usuários após iniciar o trabalho na associação em relação a sua autonomia.....	46
Figura 8. Satisfação dos usuários após iniciar o trabalho na associação em relação a sua autoestima.....	46
Figura 9. Satisfação dos usuários quanto à melhora no tratamento após iniciar o trabalho na associação.....	47
Figura 10. Satisfação dos usuários quanto à melhora no relacionamento interpessoal após iniciar o trabalho na associação.....	47
Figura 11. Satisfação dos usuários em relação ao sentimento no dia-a-dia no grupo de geração de renda.....	48
Figura 12. Satisfação dos usuários quanto à valorização da sociedade nas atividades realizadas e o material que é produzido.....	48
Figura 13. Satisfação dos usuários em relação à participação em eventos e divulgação do trabalho.....	49
Figura 14. Satisfação dos usuários em relação à maneira que são tratados pela sociedade.....	49
Figura 15. Satisfação dos usuários quanto às vendas do papel reciclado e das caixas artesanais produzidas.....	50
Figura 16. Satisfação dos usuários quanto à geração de renda com a venda dos produtos.....	50

Figura 17. Prevalência dos usuários por idade.....	51
Figura 18. Prevalência dos usuários pelo sexo.....	51
Figura 19. Prevalência dos usuários pelo estado Civil.....	52
Figura 20. Prevalência dos usuários pela escolaridade.....	52
Figura 21. Prevalência dos usuários pelo ano que iniciaram o trabalho no grupo de geração de renda.....	52
Figura 22. Prevalência dos usuários pela principal fonte de renda.....	53
Figura 23. Prevalência dos usuários pelo diagnóstico.....	53

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 Objetivos.....	14
1.1.1 Objetivo Geral	14
1.1.2 Objetivo Específicos	14
1.2 Justificativa	14
2 REVISÃO DE LITERATURA	16
2.1 Reforma psiquiátrica no Brasil: processo, princípios e questões atuais	16
2.2 Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)	21
2.3 Saúde mental: possibilidades de inclusão social.....	23
2.4 Economia Solidária	25
2.4.1 Economia Solidária no serviço de saúde mental	30
2.4.2 Associação Loucos para Viver (ALPV): geração de renda no CAPS II de Teixeira de Freitas (BA)	31
2.5 Educação Ambiental	33
2.5.1 Sustentabilidade e meio ambiente	33
2.5.2 Processo de reciclagem de papel	36
2.5.3 Educação ambiental como estratégia de Inclusão Social	38
3 METODOLOGIA	40
3.1 Tipo de estudo	40
3.2 Local da pesquisa	40
3.3 Sujeitos da pesquisa	40
3.4 Instrumento para coleta de dados	41
3.5 Aspectos Éticos da Pesquisa	42
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	43
4.1 Categorização da pesquisa.....	43
4.2 Discussão e contextualização dos dados.....	53
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
APÊNDICES	71
APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados	72
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	75

APÊNDICE C – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido	76
APÊNDICE D – Guia de Orientação em Saúde Mental: CAPS II Teixeira de Freitas	77
ANEXOS	81
ANEXO A – Estatuto Social da Associação Loucos para Viver	82

1 INTRODUÇÃO

Os Centros de Atenção Psicossocial, presentes na história atual do Brasil, são serviços que direcionam o cuidado às pessoas com transtornos mentais graves em uma área adstrita à sua localização. Podem ser compreendidos como espaços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, os quais possuem acompanhamento voltado tanto para os usuários como para a família e comunidade, além de possuir implicações práticas na forma como estes podem se articular em termos de promover a desinstitucionalização dos usuários e a sua concomitante inclusão em espaços diversificados da vida social, ambos pressupostos na reforma psiquiátrica (SANTOS; NUNES, 2011).

A reforma psiquiátrica é um processo de transformação social que envolve a desinstitucionalização do paradigma psiquiátrico desmontando o conceito de doença e retomando o contato com a existência e o sofrimento do sujeito e sua ligação com o corpo social, não mais para curar, mas para a produção de vida, de sentidos, de sociabilidade e de espaços coletivos de sobrevivência (AMARANTE, 2003).

Neste momento histórico que atravessamos de ampliação dos serviços, de consolidação da reforma psiquiátrica em um contexto social, político e econômico desfavorável à implementação de políticas sociais, cada dimensão apresenta um conjunto de desafios que se faz urgente e necessário enfrentar (YASUI, 2006).

Desta forma, o projeto de pesquisa tem como problema: de que forma a economia solidária favorece a inserção social dos usuários do serviço de Saúde Mental de Teixeira de Freitas?

Pretende-se, portanto, demonstrar a prática de reciclagem de papel e a produção de caixas no centro de atenção psicossocial através do desenvolvimento de um projeto realizado pela Associação Loucos pra Viver (ALPV). O mesmo visa favorecer a promoção do exercício da cidadania e inclusão social pelo trabalho das pessoas com transtorno mental e conscientizando os atores envolvidos quanto à importância de se aplicar formas de valorização ao meio ambiente.

1.1. OBJETIVOS

1.1.1. Objetivo Geral

Avaliar a economia solidária como meio de promoção de inclusão social dos usuários do serviço de Saúde Mental de Teixeira de Freitas.

1.1.2. Objetivos Específicos

- Descrever a satisfação quanto a inclusão social no Centro de Atenção Psicossocial de Teixeira de Freitas;
- Demonstrar as atividades realizadas na ALPV com usuários portadores de transtorno mental;
- Analisar a eficácia da economia solidária a partir do trabalho dos usuários portadores de transtorno mental.
- Elaborar um guia que contenha informações relevantes sobre a saúde mental no município de Teixeira de Freitas, que ficará disponibilizado no E Teixeira de Freitas.

1.2. JUSTIFICATIVA

Os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) são serviços de atenção diária em Saúde Mental. Têm a responsabilidade de atender pessoas com transtornos mentais sob a lógica da territorialidade. O CAPS trabalha com equipe multiprofissional e as atividades desenvolvidas neste espaço são bastante diversificadas, oferecendo atendimentos em grupos e individuais, oficinas terapêuticas e de criação, atividades físicas, atividades lúdicas, arteterapia, além da medicação, que antes era considerada a principal forma de tratamento.

Neste serviço, a família é considerada como parte fundamental do tratamento, tendo atendimento específico (em grupo ou individual) e livre acesso ao serviço, sempre que se fizer necessário, sobretudo a integração na comunidade ainda continua um desafio para as pessoas com transtornos mentais.

O CAPS tem como principal objetivo promover a reabilitação psicossocial dos seus usuários e integrá-los na sociedade, contribuindo assim para continuidade do movimento da reforma psiquiátrica que propõem melhorar e qualificar a vida das pessoas com transtorno mental.

Diante disso, justifica-se a importância da aplicação dos projetos que buscam a reabilitação e inclusão social dos portadores de transtorno mental. Sendo assim, através de uma parceria entre usuários, familiares e profissionais de Saúde Mental, foi criada a Associação “Loucos Pra Viver” (ALPV) de Teixeira de Freitas, que deu início às suas atividades em 2006. Sua finalidade é promover o exercício da cidadania e inclusão social, por meio das atividades sociais, profissionalizantes, políticas e culturais de seus associados.

O projeto de reciclagem de papel nasceu no Centro de Atenção Psicossocial em parceria com a Associação “Loucos para Viver” em Teixeira de Freitas como oficina terapêutica. A Associação “Loucos pra Viver” foi fundada em 06 de fevereiro de 2006, com sede na Av. Santa Izabel, 627, Monte Castelo, em Teixeira de Freitas/Bahia, CNPJ 082880091/0001-14. É uma entidade jurídica da sociedade civil, sem fins lucrativos tendo como foco promover o exercício da cidadania das pessoas com dificuldades de natureza mental e seus familiares por meio de atividades socializantes, econômicas, políticas e profissionalizantes.

A relevância de desenvolver um tema voltado para economia solidária justifica-se pelo fato de proporcionar grandes mudanças na qualidade de vida, inserção social e acolhimento dos usuários do CAPS.

2 REVISÃO DE LITERATURA

1.2 REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL: PROCESSO, PRINCÍPIOS E QUESTÕES ATUAIS.

A relação entre os termos reforma, psiquiatria, política e Estado remontam ao ato fundador da psiquiatria, produzido no contexto da revolução Francesa por um de seus líderes políticos: Philippe Pinel (YASUI, 2006, p.20).

Tendo surgido na França, a psiquiatria instituiu-se sobre o pano de fundo de uma nova sociedade contra-atural. Nesta sociedade o louco era considerado incapaz de trabalhar ou de servir, não era sujeito de direito, irresponsável, não podia ser objeto de sanções (MESQUITA; NOVELINO; CAVALCANTI, 2010).

Durante os três primeiros séculos após o descobrimento do Brasil, a sociedade foi bastante tolerante com os ditos “loucos”. Vagavam pelos campos, ruas das recém-cidades ou permaneciam reclusos nas casas das famílias mais abastadas. Quando as cidades tornaram-se mais populosas, a presença dos loucos nas ruas foi se tornando indesejável e as medidas tomadas com eles e com os outros desviantes foi encaminhá-los às prisões e aos porões das Santas Casas. Os maus tratos e as precárias condições de funcionamento daqueles espaços fez surgir apelos humanitários defendendo a criação de instituições exclusivas para o acolhimento dos loucos (FRAGA; SOUZA E BRAGA, 2006).

O modelo mais adotado para conter a loucura foram os hospitais com características asilares que funcionavam como depósitos de doentes, mendigos, delinquentes e criminosos, removendo-os da sociedade, com o objetivo de colocar ordem na urbanização disciplinando a sociedade e sendo compatível ao desenvolvimento mercantil e às novas políticas do século XIX (MESQUITA; NOVELINO; CAVALCANTI, 2010). Até a década de 60, esses hospitais eram quase que exclusivamente estatais ou filantrópicos (FRANÇA; JOTGE, 2001).

Segundo Fraga, Souza e Braga (2006), em 1952 foi inaugurado no Rio de Janeiro, o Asilo de Pedro II. A partir daquele momento, o estado admitiu que a questão da loucura era de sua responsabilidade e os alienistas argumentando sobre a necessidade de tratar os loucos, assumiram o Asilo Pedro II. A presença deles tanto no asilo como nos demais hospícios, que foram inaugurados em diversas

regiões do Brasil, tinha como propósito conferir caráter técnico-científico à segregação dos alienados, que passou a proibir o internamento dos doentes mentais em hospitais gerais.

O modelo asilar ou hospitalocêntrico predominou até o final do primeiro meado do século XX. Em 1961 o médico italiano Franco Basaglia assumiu a direção do hospital Psiquiátrico de Gorizia, na Itália. Ele defendia que o doente mental voltasse a viver com a sua família. Sua atitude inicial foi aperfeiçoar a qualidade de hospedaria e o cuidado técnico aos internos no hospital em que dirigia. Seu pensamento influenciou o Brasil fazendo ressurgir diversas discussões que tratavam da desinstitucionalização do portador do sofrimento mental e da humanização do tratamento a essas pessoas, com o objetivo de promover a reinserção social (MESQUITA; NOVELINO; CAVALCANTI, 2010).

Em 1964 durante o regime militar, expandiu-se a tendência à exclusão, que durou mais de vinte anos. Sendo assim, a assistência psiquiátrica foi incorporada à previdência social onde leitos privados eram contratados e a partir daí foram criados diversos hospitais psiquiátricos privados. Ainda conforme Fraga, Souza e Braga (2006):

Essa tendência se esbarrou em alguns obstáculos, entre os quais, um dos mais fortes, a não resolutividade dos hospitais psiquiátricos, o que fez crescer a denúncia de que havia uma verdadeira indústria da loucura. Essas denúncias receberam certa acolhida do estado que respondeu com algumas medidas, como produção de manuais, ordem de serviço e resoluções propondo a ambulatorização e interiorização da assistência psiquiátrica. Entretanto, quase todas as medidas não saíram do papel (FRAGA; SOUZA; BRAGA, 2006, p. 208).

A psiquiatria nasceu no Brasil com o propósito de resguardar a população contra os exageros da loucura, ou seja, não havia propósito de buscar uma cura para aquelas pessoas portadoras de transtornos mentais, mas sim, excluí-las da sociedade. Portanto, a principal questão era o isolamento dos doentes mentais e não o tratamento (MESQUITA; NOVELINO; CAVALCANTI, 2010).

O movimento pela Reforma Psiquiátrica tem início no Brasil no final dos anos setenta e tinha como objetivo a luta pelos direitos dos pacientes psiquiátricos. Foram registradas várias denúncias quanto à política brasileira de Saúde Mental em relação à política de privatização da assistência psiquiátrica por parte da previdência social,

quanto às condições de atendimento psiquiátrico à população. Assim, no fim da década 70, iniciou-se a questão da reforma psiquiátrica no Brasil (MESQUITA; NOVELINO; CAVALCANTI, 2010).

O processo da Reforma Psiquiátrica divide-se em duas fases: a primeira de 1978 a 1991 que compreende uma crítica ao modelo hospitalocêntrico, enquanto a segunda, de 1992 critica os dias atuais e destaca-se pela implantação de uma rede de serviços extra-hospitalares (MESQUITA; NOVELINO; CAVALCANTI, 2010).

Segundo Yassui (2006), em 1973, o ministério da previdência aprovou o Manual de Assistência Psiquiátrica, o qual serviu de base para a portaria n° 32 do Ministério da Saúde de 1974. Esse manual colocava em instâncias extra-hospitalares a função de evitar as internações desnecessárias, condenando taxativamente as internações em macro-hospitais e consagrando a equipe multiprofissional (FRANÇA; JORGE, 2001). Vale ressaltar que ambos enfatizavam princípios que orientavam para a psiquiatria, como por exemplo:

Incrementar a criação de unidades de saúde mental nas cidades com mais de 100.000 habitantes; dar prioridade ao tratamento ambulatorial e prioridade para hospitalização curta, de preferência em hospitais gerais e estabelecer uma relação de 1 leito para 1.000 habitantes nas zonas urbanas e 1 leito para 2.000 habitantes nas zonas rurais; capacitação de recursos humanos, promoção de investigações epidemiológicas e atividades de pesquisa em geral. Tanto o *Manual* quanto a Portaria n.º 32, segundo Cerqueira (1984), foram sabotados desde seu primeiro dia (YASSUI, 2006, p. 29).

Esses documentos apresentavam algumas semelhanças com a proposta da reforma psiquiátrica: crítica ao modelo hospitalocêntrico; participação da comunidade nos serviços; revisão da legislação psiquiátrica; criação e diversificação de novos serviços; ampliação da rede extra-hospitalar (YASSUI, 2006).

Este processo abriu espaço para que os diferentes segmentos dos trabalhadores brasileiros se organizassem em defesa de maiores direitos.

Mesquita, Novelino e Cavalcanti (2010), afirmam que:

Pequenos núcleos estaduais, principalmente nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais constituem o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). No Rio de Janeiro, em 1978, eclode o movimento dos trabalhadores da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) e coloca em xeque a política psiquiátrica

exercida no país. A questão psiquiátrica é colocada em pauta: “tais movimentos fazem ver à sociedade como os loucos representam a radicalidade da opressão e da violência imposta pelo estado autoritário” (MESQUITA; NOVELINO; CAVALCANTI, 2010, p.4).

No final da década de 80 e início da década de 90, diferentes iniciativas e documentos clamaram por respeito aos direitos dos pacientes psiquiátricos, que devem ter reconhecida sua cidadania e por mudanças na legislação que regula a assistência psiquiátrica (FRANÇA; JORGE, 2001). Em 1987 ocorreram vários encontros preparatórios para a Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM) os quais recomendavam a priorização de investimentos nos serviços extra-hospitalares e multiprofissionais como oposição à tendência hospitalocêntrica. Em 1989, após a criação do SUS – Sistema Único de Saúde – dá entrada no Congresso Nacional o projeto de Lei do deputado Paulo Delgado, o qual propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtorno mental e a extinção progressiva dos hospícios no país (MESQUITA; NOVELINO; CAVALCANTI, 2010).

Mesquita, Novelino e Cavalcanti (2010) explicam:

Cabe enfatizar que é somente no ano de 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, que a Lei Paulo Delgado é aprovada no país. A concordância, no entanto, é uma emenda do projeto de lei original, que traz alterações importantes no texto normativo (MESQUITA; NOVELINO; CAVALCANTI, 2010, p. 5).

Assim, a Lei Federal 10.216/2001 redireciona o amparo em Saúde Mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais. “Questões como o trabalho multiprofissional e interdisciplinar passam a dominar o campo acadêmico e profissional como requisitos fundamentais para o processo da reforma psiquiátrica” (FRANÇA; JORGE, 2001, p. 3).

Mesquita, Novelino e Cavalcanti (2010) ainda deixam explícito que:

A Reforma Psiquiátrica no Brasil deve ser entendida como um processo político e social complexo, tendo em vista, ser o mesmo uma combinação de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos

sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública (MESQUITA; NOVELINHO; CAVALCANTE, 2010, p. 2).

As mudanças de foco dominante das ações em saúde mental da área intra-hospitalar especializada são guiadas por conceitos como desospitalização e desinstitucionalização, onde serviços ambulatoriais e centros de atenção diária passam gradativamente a assumir e dividir o papel da assistência em saúde mental (FRANÇA; JORGE, 2001).

Para Hirdes (2009) o termo desinstitucionalização significa deslocar a atenção da instituição para a comunidade, distrito, território. Tem uma conotação muito mais ampla do que simplesmente deslocar o centro da atenção dos hospícios para a comunidade. Além desses aspectos, o autor refere ainda:

Vê a desinstitucionalização como um trabalho prático de transformação que contempla: a ruptura do paradigma clínico e a reconstrução da possibilidade – probabilidade; o deslocamento da ênfase no processo de “cura” para a “invenção de saúde”; a construção de uma nova política de saúde mental; a centralização do trabalho terapêutico no objetivo de enriquecer a existência global; a construção de estruturas externas totalmente substitutivas à internação no manicômio; a não-fixação dos serviços em um modelo estável, mas dinâmico e em transformação; a transformação das relações de poder entre a instituição e os sujeitos; o investimento menor dos recursos em aparatos e maior nas pessoas (HIRDES, 2009, p. 300).

A reforma psiquiátrica, nos anos setenta, apresentou-se como um temário de caráter social e estabeleceu estratégias para ampliar os limites de sua atuação para além dos muros dos asilos e das universidades. Aos poucos, foram sendo criados novos paradigmas e novas práticas institucionais, especialmente os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que acabaram influenciando em mudanças na estrutura normativa das ações de saúde, através das portarias e normatizações do Ministério da Saúde (YASUI, 2006).

Segundo Yassui (2006), em 2002, uma nova portaria foi publicada, a 336/02, com importantes diferenças da anterior:

Abandonou o termo NAPS, propondo um novo modelo de assistência, definindo os CAPS como: “serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território”; cria três diferentes tipos: “CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional”; o

CAPS passou a ser o articulador central das ações de saúde mental do município ou do módulo assistencial, de acordo com a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) (YASUI, 2006, p. 59).

Nestes novos espaços, as ações antes centradas na sintomatologia e na medicalização da loucura, passam a falar de saúde, de projetos terapêuticos, de cidadania, de reabilitação e reinserção social, sobretudo, projetos de vida.

2.2 OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)

Um país, um estado, uma cidade, um bairro, uma vila, um vilarejo são recortes de diferentes tamanhos dos territórios que habitamos. Território não é apenas uma área geográfica. O território é constituído fundamentalmente pelas pessoas que nele habitam, com seus conflitos, seus interesses, seus amigos, seus vizinhos, sua família, suas instituições. É essa noção de território que busca organizar uma rede de atenção às pessoas que sofrem com transtornos mentais e suas famílias, amigos e interessados (BRASIL, 2004).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) apresentam-se como um novo paradigma de cuidado em saúde, por acudir o cidadão, dentro do possível, em tempo real, dos seus sofrimentos e no contexto das relações sociais onde se apresenta o sofrimento. A concepção de território adotada na proposta do CAPS busca subverter a lógica hospitalocêntrica e induz, de fato, que o CAPS seja um serviço local, territorial, não regional, como nos demais serviços tradicionais da saúde e da saúde mental (BRASIL, 2004). Conceitua-se o CAPS como:

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ou Núcleo de Atenção Psicossocial é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida (BRASIL, 2004, P.13).

Os Centros de Atenção Psicossocial assumem papel estratégico na articulação de redes comunitárias, tanto cumprindo funções na assistência direta e na regulação da rede de serviços de saúde, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família, quanto na promoção da vida comunitária e da

autonomia dos usuários portadores de transtorno mental (LEÃO; BARROS, 2008). Ainda, fazem o direcionamento local das políticas e programas de Saúde Mental e conforme Brasil (2004):

Desenvolvendo projetos terapêuticos e comunitários, dispensando medicamentos, encaminhando e acompanhando usuários que moram em residências terapêuticas, assessorando e sendo retaguarda para o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e Equipes de Saúde da Família no cuidado domiciliar. Esses são os direcionamentos atuais da Política de Saúde Mental para os CAPS – Centros de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2004, P.12).

Neste contexto, pensa-se numa rede assistencial ligada à sociedade que corresponde a um filtro de atendimento entre o hospital e a comunidade com vistas à formação de uma rede de cunho desburocratizante e de caráter multiprofissional que busque estimular múltiplos aspectos necessários ao exercício da vida em sociedade, respeitando-se a singularidade do sujeito (AMARANTE; TORRE, 2001).

O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento às pessoas portadoras de transtornos mentais severos e/ou persistentes, ou seja, pessoas com grave comprometimento psíquico, incluindo os transtornos relacionados às substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) e também crianças e adolescentes com transtornos mentais. O serviço realiza o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (BRASIL, 2004).

O serviço propõe funcionamento de 8 horas por dia, 5 dias por semana. É subdividido em cinco tipos:

- CAPS I – municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, funciona das 8 às 18 horas de segunda a sexta-feira;
- CAPS II – municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, funciona das 8 às 18 horas de segunda a sexta-feira, pode ter um terceiro período, funcionando até 21 horas;
- CAPS III – municípios com população acima de 200.000 habitantes, funciona 24 horas, diariamente, também nos feriados e fins de semana;
- CAPSi – municípios com população acima de 200.000 habitantes, funciona das 8 às 18 horas de segunda a sexta-feira pode ter um terceiro período, funcionando até 21 horas;
- CAPSad – municípios com população acima de 100.000 habitantes, funciona das 8 às 18 horas de segunda a sexta-feira, pode ter um terceiro período, funcionando até 21 horas (BRASIL, 2004, p.19).

Os CAPS oferecem diversos tipos de atividades terapêuticas visando à reabilitação social do usuário, por exemplo: psicoterapia individual ou em grupo,

oficinas terapêuticas, atividades comunitárias, atividades artísticas, orientação e acompanhamento do uso de medicação, atendimento domiciliar e aos familiares. As referidas atividades são realizadas pela equipe multiprofissional do serviço, dentre eles: enfermeiro, psicólogo, educador físico, terapeuta ocupacional, médico, assistente social etc.

Um dos principais desafios da Reforma Psiquiátrica encontra-se exatamente neste ponto, visto que “a exclusão social é um problema de teor político, estando diretamente vinculada ao aspecto econômico, assim como a desagregação familiar” (LEÃO; BARROS, 2008, p.96).

2.3 SAÚDE MENTAL: POSSIBILIDADES DE INCLUSÃO SOCIAL

A exclusão social de pessoas portadoras de transtorno mental é uma situação delicada, principalmente pela via do trabalho que em decorrência dos estigmas atribuídos à doença apresenta-se como um problema até mesmo para pessoas em condições “normais” de produtividade e competitividade (LEÃO; BARROS, 2008).

A saúde mental lembra-se das determinações sociais, políticas e ideológicas que envolvem os usuários nesse mesmo mundo, as quais devem ser consideradas no âmbito do tratamento, sem antagonismos nem sobreposições. A clínica psicanalítica, regida pela ética do bem dizer convive na instituição alinhando-se com a prática da saúde mental, regida pela ética do bem-estar de forma a não praticar a segregação, ambas incluem o sujeito no discurso e no mundo. Considerar o sujeito do direito e o sujeito do inconsciente é um grande desafio (PEREIRA; ONOCKO, 2005).

No CAPS a finalidade das ações assistenciais interdisciplinares incide sobre a inclusão social das pessoas portadoras de transtorno mental. Assim, o olhar direciona-se para os aspectos de vida do indivíduo e suas necessidades de ordem biológica, social e econômica. A cura não é considerada como principal objetivo do serviço e sim o exercício da contratualidade para além das limitações impostas pelo sofrimento psíquico (LEÃO; BARROS, 2008).

A ética da ação social coloca em questão o sujeito do direito, sendo o ideal da assistência aquele que faz equivaler virtudes políticas à virtudes

terapêuticas. O sujeito e agente da assistência definem-se como cidadãos. A ênfase no estatuto de cidadão é prioritária. Pereira e Onocko (2005) explicam:

A clínica e a saúde mental complementam-se ao nos permitir distinguir e operar simultaneamente sobre a exclusão que resulta de processos subjetivos e também sobre procedimentos excludentes que passam pelo contexto do paciente, como a família, a escola, e vão até o manicômio e outras formas de intolerância social. Essa convergência entre a clínica e a saúde mental viria ao que se chama de “clínica ampliada”, ou seja, a clínica vem nos dizer que existe um sujeito no indivíduo que está no mundo (PEREIRA; ONOCKO, 2005, p. 116).

Uma das principais formas de tratamento oferecido nos CAPS são as oficinas terapêuticas. Essas oficinas são atividades realizadas em grupo com a presença e orientação de um ou mais profissionais, tendo em vista a maior integração social e familiar, a manifestação de sentimentos e problemas, o desenvolvimento de habilidades corporais, a realização de atividades produtivas, o exercício coletivo da cidadania. De um modo geral, as oficinas terapêuticas podem ser oficinas expressivas (pintura, argila, desenho, dança, ginástica e técnicas teatrais, leitura, atividades musicais, etc.) e oficinas geradoras de renda: servem como instrumento de geração de renda através do aprendizado de uma atividade específica, que pode ser igual ou diferente da profissão do usuário (culinária, marcenaria, costura, fotocópias, venda de livros, artesanato em geral, cerâmica, bijuterias, brechó, etc.) (BRASIL, 2004).

A ação terapêutica nos dispositivos extra-hospitalares, por meio da estratégia do processo de reabilitação psicossocial, engloba todos os profissionais e todos os atores do processo saúde-doença, inclusive, os usuários (portadores), familiares e a comunidade (PITIÁ; FULGATO, 2009). O modelo de referência da reabilitação é o poder de contratualidade, resgatado pelo cidadão em meio ao cenário de seu habitat, do mercado e do trabalho (PITTA, 2001).

Com o objetivo de inclusão social, congruência com os princípios da Reforma Psiquiátrica e reabilitação psicossocial, o acompanhamento terapêutico (AT) é uma atividade clínica que procura estimular o indivíduo com suas dificuldades a recriar algo de novo na sua condição. O projeto terapêutico não é aleatório, é um processo de reinvenção e se faz presente a partir da própria condição do sujeito acompanhado. O AT constitui-se em uma atividade clínica porque, pela relação

terapêutica entre o profissional (acompanhante terapêutico) e o acompanhado, a ação ocorre em sintonia com a execução do projeto terapêutico que favorece o processo de reabilitação psicossocial do sujeito atendido (PITIÁ; FULGATO, 2009).

Nesse sentido, o processo de reabilitação psicossocial leva a desafios da inclusão social, por exemplo, através do trabalho dos usuários. A inclusão social pelo trabalho na perspectiva da Economia Solidária se constitui em um novo passo no processo da Reforma Psiquiátrica brasileira. A articulação entre Saúde Mental e Economia Solidária representa uma construção recente que ganhou força mediante uma série de articulações entre os Ministérios da Saúde e do Trabalho, fortalecidas na realização da Oficina de Experiências de Geração de Renda e Trabalho de Usuários de Serviços de Saúde Mental (FILIZOLA *et al.*, 2011).

2.4. ECONOMIA SOLIDÁRIA

Nas últimas décadas tem-se ouvido falar muito sobre uma nova forma de organização econômico-social globalizada, mais humanizadora, na qual o homem é valorizado como ser humano (ARROYO; SCHUCH, 2006, P. 23). Todavia, este ciclo é caracterizado por destruição do equilíbrio ético da sociedade ao invés de ser compreendido como aquilo que pertence a todos, se tornando uma ideia reduzida à crescente concentração de riqueza, renda e poder nas mãos da minoria, enquanto para a grande maioria da sociedade apresenta-se como geradora da desigualdade e a responsável pela miséria e exclusão social que presenciamos (ARROYO; SCHUCH, 2006).

Diante disso, surge o movimento contínuo e crescente da economia solidária, com o objetivo de propiciar a melhoria de qualidade de vida da população, como produto de um processo de desenvolvimento integrado e sustentado pela sociedade (ARROYO; SCHUCH, 2006).

A economia solidária é outra economia que se contrapõe ao capitalismo por conceber a geração de trabalho e renda para uma parcela da população que se encontra excluída da sociedade. Além disso, representa outra forma de produção e de organização da sociedade e mesmo da cultura (SINGER, 2002)

O início do capitalismo industrial foi marcado por extrema exploração da classe trabalhadora que dedicava longas horas à atividade produtiva, recebia

baixíssimos salários e vivia sob condições precárias (SOUZA; CUNHA; DAKUZAKU, 2003).

No início do século XIX, surgem na Europa os primeiros focos de pensamento da economia solidária onde foram elaborados modelos da sociedade mutualista, cooperativista e solidária. Aconteciam movimentações ideológicas, culturais, econômicas, políticas e sociais as quais eram observadas o aparecimento de várias experiências solidárias influenciadas pelas ideias da valorização do ser humano e do mutualismo por meio de cooperativas e associações de produção. Porém essas associações/cooperativas começaram a sofrer forte repressão por parte patronal (ARROYO; SCHUCH, 2006).

Em 1917, com a Revolução Russa, as teses de Karl Marx, fundador do socialismo científico, ganharam o mundo inspirando dezenas de revoluções nem sempre capazes de estabelecer processos econômicos de fato solidários. No Brasil as ideias que associavam solidariedade à economia começaram a ser mais fortemente difundidas a partir da revolução Francesa propagandeada sob a insígnia: Liberdade-Igualdade-Fraternidade (ARROYO; SCHUCH, 2006).

Segundo Singer (2008):

Economia solidária é um modo de produção que caracteriza-se pela igualdade de direitos, ou seja, 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, o que significa que, cada sócio, cada membro do empreendimento tem direito a um voto. Se forem pequenas cooperativas, não há nenhuma distinção importante de funções, todo o mundo faz o que precisa (SINGER, 2008 p. 291).

Singer (2002) afirma que a economia solidária não é simplesmente um modelo utópico, mas sim um movimento socioeconômico antes mesmo de se tornar lócus de qualquer aposta ideológica, política ou filosófica.

A economia solidária não é a criação intelectual de alguém, embora os grandes autores socialistas denominados 'utópicos' da primeira metade do século XX (Owen, Fourier, Buchez, Proudhon etc.) tenham dado contribuições decisivas ao seu desenvolvimento. A economia solidária é uma criação em processo contínuo de trabalhadores em luta contra o capitalismo. Como tal, ela não poderia preceder o capitalismo industrial, mas o acompanha como uma sombra, em toda sua evolução." (SINGER, 2002, p. 13).

Cortegoso e Lucas (2008); consideram como valores fundamentais da economia solidária:

Adesão voluntária e esclarecida dos membros, participação democrática em processos decisórios, autogestão, cooperação, intercooperação, promoção do desenvolvimento humano, preocupação com a natureza, preocupação com a comunidade, produção e consumo éticos, solidariedade (CORTEGOSO; LUCAS, 2008, p. 28).

“A economia solidaria apresenta projeto de uma sociedade justa, racional e equilibrada, seguindo o caminho do processo de desenvolvimento sustentável e integrado para a geração de melhor qualidade de vida” (ARROYO; SCHUCH, 2006, P. 38). Constitui-se numa forma de organização social, econômica e política, a qual com os seus princípios, bases e valores, contrapõem-se aos ditames impostos pelo sistema capitalista, o qual se caracteriza dentre outros aspectos, pela superexploração da força de trabalho, estímulo à competitividade e ao consumo (AZEVEDO; ALIÓ, SILVA, 2016).

São princípios importantes para a economia solidária: cooperação, autogestão, ação econômica e solidariedade (SINGER, 2002). Este ambiente começa não só a consolidar um conjunto de práticas de economia solidária, mas a ser o ponto de partida de políticas públicas e iniciativas legislativas de reforço da economia popular no sentido de estimular as práticas econômicas solidárias (ARROYO; SCHUCH, 2006). “A solidariedade na economia só pode se realizar se ela for organizada igualmente pelos que se associam para produzir, comerciar, consumir ou poupar” (SINGER, 2002, p.09).

Conforme Cornelian (2006):

No século XX as cooperativas se desenvolveram, assumindo as formas de produção, comercialização e crédito. De forma geral, as cooperativas são organizações onde um determinado número de pessoas se une buscando fins comuns a partir de um conjunto de regras estabelecidas pelo grupo. A ideia base desses empreendimentos é conseguir força para superar em conjunto o que individualmente seria muito difícil (CORNELIAN, 2006, P.18).

“O cooperativismo se desenvolveu atrelado à luta dos trabalhadores em 1830, funcionando como programa organizacional do trabalho visando melhores condições

de vida dos trabalhadores e emancipação humana” (CORNELIAN, 2006, P.18). Eram as chamadas “cooperativas operárias” ou então “cooperativas revolucionárias”.

De acordo com Singer (2002), no Brasil o cooperativismo, e juntamente com ele o cooperativismo solidário, isto é, a “Economia Solidária”, teria surgido com mais clareza e importância a partir de 1980, período em que o país vivenciou um momento de alto índice de desemprego e fechamento de fábricas.

Hoje, as cooperativas são tidas como instrumento de transformação social e não como mecanismos de sobrevivência. No entanto, montaram-se cooperativas que buscavam melhores condições para pequenos proprietários em conjunto. Atualmente, muitas são as organizações que se autodenominam cooperativas, porém, estas têm cunho estritamente capitalista, isto é, são guiadas pela máxima lucratividade possível mesmo que em detrimento da qualidade de vida dos trabalhadores (CORNELIAN, 2006).

Porém vale ressaltar que a economia solidária vai além do cooperativismo, abrangendo outras formas de organização econômica, mas com a mesma orientação igualitária e democrática. Ou seja, são experiências baseadas em valores coletivistas e não individualistas (SOUZA; CUNHA; DAKUZAKU, 2003).

Há também outra forma de economia solidária brotando em muitas cidades brasileiras e também latino-americanas. São as associações comunitárias de geração de trabalho e renda que compõe um setor por vez chamada de “economia popular”. Esses grupos, em sua grande maioria, são informais, localizados na periferia das cidades e se vinculam a igreja ou outras instituições de apoio. São em sua maioria oficinas de costura e de artesanato, padarias, lanchonetes e marcenarias comunitárias. Essas empresas, por vezes, confundem e misturam o trabalho profissional produtivo com o assistencial, filantrópico (SOUZA; CUNHA; DAKUZAKU, 2003).

Azavedo, Alió e Silva (2016) deixam explícito que:

Dados oficiais revelam a existência de 19.708 empreendimentos econômicos solidários, dos quais mais da metade estão concentrados nas regiões Nordeste e Sul, com a diferença de que, na primeira, predomina a presença das associações, enquanto no Sul a forma de organização mais recorrente diz respeito aos grupos informais. Em todo o território nacional estes empreendimentos congregam 1.423.631 trabalhadores cooperados/associados, em estabelecimentos localizados nas áreas urbanas ou rurais, ainda que

estejam presentes de forma mais intensa nestas últimas (AZEVEDO; ALIÓ; SILVA, 2016, p.19).

A Economia Solidária é um jeito diferente de produzir, vender, comprar e trocar o que é preciso para viver. Enquanto na economia convencional existe a separação entre os donos do negócio e os empregados, na economia solidária os próprios trabalhadores também são donos. São eles quem tomam as decisões de como tocar o negócio, dividir o trabalho e repartir os resultados (MOTA, 2007).

Muitos autores interpretam a economia solidária como forma de resistência à crise no mundo do trabalho e ao quadro de exclusão social. Outros autores são mais cautelosos em admitir a economia solidária como alternativa ao capitalismo, porque ainda há muita contradição interna, na medida em que práticas e valores baseados em solidariedade e democracia coexistem com outros baseados em individualismo e desigualdade.

O conceito de solidariedade remete aos laços da ajuda mútua que se estabelecem entre as pessoas, como familiares e amigos. Há uma concepção filantrópica de solidariedade, mas Souza, Cunha e Dakuzaku (2003) enfatizam uma concepção política, onde a ideia de economia solidária procura resgatar de forma recriada princípios cooperativistas e autogestionários estabelecidos por experiências associativas de trabalhadores.

Souza, Cunha e Dakuzaku (2003) explicam que:

Participar de uma cooperativa ou forma econômica solidária é uma experiência que pode educar para a prática política e para o exercício consciente de direitos e deveres políticos - por intermédio das decisões tomadas coletivamente em assembleias ou por representantes eleitos democraticamente, da fiscalização coletiva das contas, da transparência das informações, da garantia de igualdade de voz e voto a todos os integrantes. Mais ainda, é experiência que pode restaurar condições de sociabilidade, na medida em que resgata o senso de pertencimento a uma coletividade, fortalece laços de confiança e respeito mútuos, aumenta o conhecimento da alteridade, e no plano pessoal, promove a capacidade de expressão, autoestima e a existência de projetos de vida” (SOUZA; CUNHA; DAKUZAKU, 2003, P.48).

Muitas das iniciativas de economia solidária são consideradas como resistência ao fenômeno da exclusão. A exclusão tem sido definida com o uso de diferentes conceitos, porém todos procuram dar conta de fenômeno semelhante e em geral o concebem além de termos puramente econômicos. Diante da ameaça da

desestruturação de vida, muitas cooperativas surgem da auto-organização e da ajuda mútua entre pessoas, grupos ou comunidades, com o objetivo de, não só garantir uma renda para os seus membros, mas também, criar formas de solidariedade e de pertencimento social para os indivíduos em vias de total exclusão (SOUZA, CUNHA; DAKUZAKU, 2003).

A solidariedade de que tratam Souza, Cunha e Dakuzaku (2003):

Vai, portanto, além do trabalho. Alcança os homens na totalidade de sua existência e responde a uma necessidade fundamental da vida humana. A divisão do trabalho social viria, sob esta perspectiva, sublinhar e impulsionar esse grito fundo da alma” (SOUZA; CUNHA; DAKUZAKU, 2003, p. 133).

2.4.1. Economia Solidária no serviço de saúde mental

A inclusão social pelo trabalho na perspectiva da Economia Solidária se constitui em um novo passo no processo da Reforma Psiquiátrica brasileira. A Saúde Mental e Economia Solidária, juntas, representam uma construção recente que ganhou força mediante uma série de articulações entre os Ministérios da Saúde e do Trabalho, fortalecidas na realização da Oficina de Experiências de Geração de Renda e Trabalho de Usuários de Serviços de Saúde Mental. A partir daí foi criada a portaria 353/2005 a qual institui o Grupo de Trabalho de Saúde Mental e Economia Solidária e dá outras providências possibilitando o processo de emancipação das pessoas com transtornos mentais, favorecendo a participação de pessoas da comunidade, incentivando a autogestão e participação democrática e possibilitando a inclusão dessas pessoas em redes de comercialização, de oportunidades e em fóruns de economia solidária (FILIZOLA *et al.*, 2011).

Observa-se que algumas experiências de reinserção social de pessoas com transtorno mental em atividades de trabalho têm ocorrido por vias da economia solidária através de cooperativas ou associações. Para Lussi e Morato (2012), essas cooperativas alicerçadas pelos princípios da economia solidária têm-se apresentado como uma boa alternativa para a inclusão dos usuários no mercado de trabalho. Relata ainda, que na percepção dos mesmos, o trabalho se configura como uma importante ferramenta para a emancipação social, além de possibilitar o autoconhecimento e autorrealização e permitir uma diminuição de ociosidade.

O trabalho autogestionário cria condições de inclusão social dos usuários da saúde mental e isto ocorre por meio da participação na economia solidária promovendo trocas de apoio, carinho, solidariedade, sem discriminação, além de proporcionar o exercício da cidadania (LUSSI; MORATO, 2012).

O “trabalho” dos usuários torna-se terapêutico, sendo concebido como sinônimo e/ou meio de tratamento, recuperação e até mesmo uma cura. Quando os usuários da saúde mental vivenciam experiências laborais que remetem a um contexto de trabalho, possibilitam os mesmos a vivenciar trocas materiais, sociais e afetivas. Faz com que se sintam participantes da vida social, viabilizando a mudança de concepção de trabalho terapêutico para trabalho com sentido, significado e valor social (LUSSI; MORATO, 2012).

Lussi e morato (2012), ainda explicam:

É pertinente a discussão quanto à viabilidade do uso de cooperativas integradas à saúde mental, posto que representam um mecanismo alternativo por meio do qual é possível converter o trabalho terapêutico e institucionalizado em trabalho que produz sentido e valor. Além disso, por meio das cooperativas integradas tem sido possível criar formas mais autônomas de trabalho e novas maneiras de organização do trabalho com o objetivo de atingir uma população que se encontra em desvantagem (LUSSI, 2012, P.372).

2.4.2. Associação Loucos para Viver (ALPV): geração de renda no CAPS II de Teixeira de Freitas (BA)

Os usuários portadores de transtorno mental costumam associar o sofrimento psíquico à exclusão social. Os mesmos foram reunidos em grupos que se encontravam semanalmente para discutir seus problemas, limitações, dificuldades e procurar soluções, na tentativa de explicar que a reforma psiquiátrica procura encarar o tratamento mental com aceitação e tolerância para a diferença entre os seres humanos. A partir desses encontros e discussões surgiu a ideia de criar um grupo para capacitação, geração de renda, inclusão social, ressocialização, reinserção social, ou seja, dessa forma diminuir com a discriminação.

O grupo de geração de renda teve início no CAPS II de Teixeira de Freitas (BA) no ano de 2000 como oficina terapêutica. A ALPV é uma associação de direito privado, sem fins lucrativos que promove o exercício da cidadania por meio de

atividades socializantes, econômicas, profissionalizantes, políticas e culturais de seus associados e das pessoas portadoras de transtorno mental, abrangendo os seguintes objetivos:

- Estimular ações e práticas comunitárias, extra-hospitalares da assistência na área de saúde mental;
- Fazer e receber financiamentos, bem como financiar projetos que ofereçam respostas efetivas à necessidade de moradia, saúde, estudo, trabalho, lazer e cultura; promover financiamento de projetos de caráter sócio-reabilitador;
- Financiar projetos de estudo e pesquisa científica que contribuam para ampliação do corpo técnico, fundamentando novas práticas em saúde mental;
- Contribuir para a transformação da cultura que tende a estigmatizar, excluir e marginalizar os portadores de transtornos mentais, as atividades de assistência;
- Incentivar a descoberta, criação e produção de modos diversos do relacionamento entre sujeitos, possibilitando maior autonomia e reconhecimento social;
- Desenvolver atividades assistenciais em saúde mental; contribuir ativamente para que a legislação psiquiátrica garanta os direitos civis do portador de transtorno mental.

O trabalho foi iniciado com a produção de artesanatos variados (tapeçaria, cestaria, bordados, crochê, biscuit etc...). Os participantes eram os usuários do serviço e mediante a melhora, habilidade e interesse dos mesmos, surgiu a necessidade de organizar o espaço de produção e ampliar o número de participantes, preparando-os para o mercado de trabalho. Estruturou-se a oficina de papel artesanal (reciclado) e caixas para presente com materiais e equipamentos básicos, sendo criada a Associação Loucos Pra Viver (ALPV)¹ com os usuários, familiares e trabalhadores da Saúde Mental.

A inclusão de pessoas portadoras de transtornos mentais em grupos de gerações de renda que trabalham no meio sustentável, tem um sentido amplo, pois a inclusão social e a Educação Ambiental andam juntas, sendo pilares muito importantes para a construção de uma sociedade justa e sustentável. Agregam valor ao ambiente e às pessoas, ao considerar a estreita relação de dependência entre os

¹ Informação fornecida por Heliane Dias Moreira: enfermeira pós-graduada em saúde mental e Presidente da Associação Loucos para Viver.

seres humanos e a natureza, numa harmonia benéfica, contribuindo para a autoestima dos deficientes, à conservação da natureza e ainda gerando sustento para tantas famílias.

A inclusão, as participações destas pessoas no trabalho permitem a valorização da dignidade humana e o exercício da cidadania, reciclando principalmente suas vidas.

2.5 EDUCAÇÃO AMBIENTAL

2.5.1. Sustentabilidade e meio ambiente

Embora a geração de resíduos oriundos das atividades humanas faça parte da própria história do homem, é a partir da segunda metade do século XX, com os novos padrões de consumo da sociedade industrial, que isso vem crescendo, em ritmo superior à capacidade de absorção pela natureza. Aliado a isso, o avanço tecnológico das últimas décadas, se, por um lado, possibilitou conquistas surpreendentes no campo das ciências, por outro, contribuiu para o aumento da diversidade de produtos com componentes e materiais de difícil degradação e maior toxicidade (LUCIANO; RANGEL, 2016).

Segundo Luciano e Rangel (2016), pelo fato de a maior parte da população brasileira viver em cidades, observa-se uma crescente degradação das condições de vida, refletindo uma crise ambiental. Isto provoca uma reflexão sobre mudanças na maneira de pensar e agir em torno da questão ambiental numa perspectiva contemporânea.

Acompanhando o agravamento da problemática socioambiental, faz com que a busca pela sustentabilidade exija uma nova postura dos governos, dos cidadãos e das empresas, tornando-se um dos principais objetivos de políticas públicas em todo o mundo. Entretanto, o tema sofre de imprecisões conceituais, ou às vezes, de uma visão excessivamente econômica (FÉLIX; BORDA, 2009).

Arroyo e Schuch (2006) explicam que temos desde posições mais restritivas que vêem a sustentabilidade em relação à durabilidade do desenvolvimento econômico, até posições mais amplas, que concebem a sustentabilidade como um

poderoso vetor para mudanças estruturais no modo de produção, na organização social e na maneira como nos relacionamos com o ambiente que nos cerca.

Sendo assim, a sustentabilidade é apresentada como um novo atributo de desenvolvimento, como se fosse um adjetivo do atual padrão de desenvolvimento. Além disso, é um instrumento capaz de internalizar no modelo econômico vigente os custos ideológicos do sistema e do padrão de produção praticado, tornando-o mais eficiente na utilização de recursos, dando-lhe maior durabilidade (ARROYO; SCHUCH, 2006).

Na raiz de toda esta concepção de sustentabilidade está a manutenção do processo industrial capitalista a partir de modificações nos padrões tecnológicos, sem nenhuma apreciação de valores sociais, culturais e éticos, sem levar em conta a desigualdade no modo de apropriação da natureza e sem contemplar a diversidade e as contradições da sociedade (ARROYO; SCHUCH, 2006).

Segundo Milaré (2011), é preferível insistir na sustentabilidade, que é um atributo necessário a ser respeitado no tratamento dos recursos ambientais, em especial dos recursos naturais. Já segundo Mikhailova (2004) sustentabilidade é a capacidade de se sustentar, de se manter. De qualquer forma, uma atividade sustentável, cuja exploração dos recursos naturais é exercida de forma calculada, garante que as condições de vida sejam herdadas pelas futuras gerações.

A sustentabilidade é a garantia de que a sociedade não ponha em risco os elementos do meio ambiente e Desenvolvimento sustentável é a melhora da qualidade de vida do homem na Terra ao mesmo tempo em que respeita a capacidade de produção dos ecossistemas nos quais se vive (MIKHAILOVA, 2004).

A reflexão sobre as práticas sociais, em um contexto marcado pela degradação permanente do meio ambiente, envolve uma necessária articulação sobre a educação ambiental. Nesse sentido, a produção de conhecimento deve contemplar as inter-relações do meio natural com o social, numa perspectiva que priorize um novo perfil de desenvolvimento, com ênfase na sustentabilidade socioambiental (LUCIANO; RANGEL, 2016).

A construção de uma sociedade sustentável deve apoiar-se nos seguintes princípios: respeitar a humanidade; melhorar a qualidade de vida humana, conservar vitalidade e a diversidade do planeta terra; conservar sistemas de sustentação da vida; conservar a biodiversidade; assegurar o uso sustentável de recursos

renováveis; minimizar o esgotamento de recursos não-renováveis; permanecer nos limites da capacidade de suporte do planeta terra; modificar atitudes e práticas pessoais; permitir que as comunidades cuidem de seu próprio meio ambiente; gerar uma estrutura nacional para a integração de desenvolvimento e conservação (MILARÉ, 2011).

Fala-se no tripé da sustentabilidade: meio ambiente, homem e sociedade. Sustentabilidade é como construir relações entre esses três elementos que resultem em progresso e desenvolvimento humano. Não basta preservar o meio ambiente, é preciso preservá-lo e aperfeiçoá-lo. O nosso meio ambiente não é apenas aquela parte que vemos como “verde”, o nosso meio ambiente é o mundo inteiro. A sustentabilidade precisa alcançar todas essas dimensões (LUCIANO; RANGEL, 2016).

O que se viu majoritariamente com relação às medidas de sustentabilidade são determinações legais que forçam o infrator a cumprir uma penalização econômica ou de reparação. E são conquistas cada vez mais importantes. Mas o passo seguinte que se deva ter coragem de dar é tornar sustentável a ação do homem no planeta por meio de uma prática de responsabilidade com a vida humana, com a natureza. A vida é o valor fundante primordial que deve ser defendida, mas está sempre acima da lei e do capital (LUCIANO; RANGEL, 2016).

Nos últimos anos tornou-se fundamental as discussões na forma de pensar e agir sobre a relação do homem com o meio-ambiente. Alguns autores consideram que a instauração de um modelo de vida sustentável enfrenta resistência por parte da sociedade de consumo que devota sua confiança na tecnologia e na ciência sem calcular os danos para os ecossistemas devido ao mal uso dos recursos naturais. O grande desafio é de conscientizar o pensamento do homem pós-moderno em relação ao padrão de consumo superior ao que o planeta suporta. Termos como equidade, ética, educação ambiental, responsabilidade socioambiental, cidadania, sublinham a urgência de mudanças em busca da sustentabilidade (LUCIANO; RANGEL, 2016).

A crescente industrialização e o desenvolvimento trouxeram novas demandas para a gestão ambiental. O lixo produzido nas cidades é cada vez mais constituído de elementos de difícil degradação, por isso configura-se como um dos principais entraves à promoção do desenvolvimento sustentável, o qual se caracteriza pelo

equilíbrio e equidade entre as dimensões econômico, ambiental e social. No entanto, por meio de processos de reciclagem o impacto ambiental e social desses resíduos pode ser minimizado (SANTOS *et al*, 2011).

2.5.2. Processo de reciclagem de papel

De acordo com Santos *et al.* (2011) a reciclagem é o reaproveitamento dos materiais como matéria-prima para um novo produto. Muitos materiais podem ser reciclados e os exemplos mais comuns são o papel, o vidro, o metal e o plástico. A reciclagem difundiu-se no final da década de 1980, quando foi constatado que as fontes de matérias-primas não renováveis estavam se esgotando rapidamente, e que havia falta de espaço para a disposição de lixo e de outros dejetos na natureza.

Segundo Gonella *et al.* (2015) a reciclagem surge primeiramente como uma ferramenta de controle da propagação de lixo nas vias públicas e outras dificuldades de gestão de resíduos sólidos, com uma reutilização de materiais inutilizados, proporcionando vários benefícios. Além de ganhos factíveis na esfera ambiental, pode-se notar a representatividade da reciclagem no âmbito social, uma vez que sua atividade proporciona a geração de emprego e renda.

Os resultados da reciclagem são expressivos tanto no campo ambiental, como nos campos econômico e social. No aspecto econômico a reciclagem contribui para a utilização mais racional dos recursos naturais e a reposição daqueles recursos que são passíveis de reaproveitamento (SANTOS *et al*, 2011). No Brasil tem-se obtidos bons resultados. Conforme informações obtidas junto ao CEMPRE (Compromisso Empresarial para Reciclagem), 47% do papel que circulou no País em 2006 retornou à produção da reciclagem. Esse índice corresponde à aproximadamente 1,332 milhões de toneladas de papel de escritório.

A reciclagem do papel é um ramo de grande notoriedade para o Brasil, dado que o país é um potencial produtor de celulose e papel, apresentando uma importante representatividade a nível nacional, tendo ocupado a posição de quarto maior produtor de celulose e nono maior produtor de papel no ano de 2010. Apesar disso, o país ainda não possui a característica emancipatória no que tange o suprimento da demanda nacional, sendo essa realidade

necessária para ratificar a magnitude econômica, social e ambiental da reciclagem de papel no cenário brasileiro (GONELLA *et. al*, 2015).

Apesar de a reciclagem ser uma ideia sedutora para a maioria das pessoas devido ao seu apelo ambiental, devemos nos atentar para suas limitações. Os materiais recicláveis muitas vezes não chegam a ser reciclados pela inexistência de grandes indústrias de reciclagem e até mesmo pela ausência de coleta seletiva. É notório que para que a reciclagem funcione literalmente é necessária a realização de coleta seletiva, que ainda está em situação atrasada no Brasil sendo mais evoluída nas cidades (GUIMARÃES, 2011).

Guimarães (2011) enfatiza:

Passamos então por um cenário de desperdício em dois sentidos: o de deixar de reutilizar e reciclar os materiais que poderiam gerar renda e emprego em um novo tipo de mercado e o de gastar significativas cifras, que poderiam também ser utilizadas para fins mais nobres como saúde, educação, meio ambiente e cultura para enterrar os resíduos (GUIMARÃES, 2011, p. 48).

Além de ser uma fonte renovável, o papel é um item com significativa taxa de recuperação no BRASIL, estando entre os produtos mais reciclados atualmente. No ambiente econômico, é notório o destaque da reciclagem de papel no Brasil, pois proporciona alguns benefícios: cita Gonella *et al.* (2015):

A redução de custos na produção; recuperação da matéria-prima com o posterior retorno à cadeia produtiva; reinserção do produto no ciclo de consumo, redução dos gastos públicos com limpeza urbana; crescimento da capacidade de suprimento da demanda interna e a geração de significativo emprego e renda (GONELLA *et al.*, 2015, p. 41).

Esses benefícios além de influenciar positivamente no desenvolvimento econômico, também expressam suas vantagens no âmbito social e ambiental. É importante salientar que a reciclagem de papel não pode ser executada infinitas vezes, já que existe a perda da força e qualidade das fibras com o passar do tempo. No entanto, os ganhos proporcionados pela reciclagem de papel servem para amenizar os impactos ambientais decorrente da sua produção e de outras atividades, sejam elas industriais ou domésticas (GONELLA *et al.*, 2015).

Por todos esses aspectos é importante salientar que a realização da pesquisa foi impulsionada pela intenção em descrever o processo da Economia Solidária, com vistas ao delineamento de uma política de inclusão social pelo trabalho factível e concreto de pessoas portadoras de transtornos mentais, como possibilidades de construir uma rede social ampliada.

2.5.3. Educação ambiental como estratégia de Inclusão Social

A educação é um processo de construção humana, um processo longo passado de pessoa a pessoa, o que o torna também um processo cultural. O processo educativo tem a função de formar uma sociedade, com bons valores, ideologias e sabedorias importantes para construção humana. O processo de humanização (tornar humano) permite a avaliação, compreensão e a transformação da realidade. A Educação Ambiental constitui todo esse processo em prol da boa relação entre o ser humano e a natureza, o que a torna também um processo de humanização. Ela tem em vista a formação de cidadãos conscientes de seus atos, que possam construir um modo de vida socioambiental correto (CARVALHO, 2008).

A educação ambiental é um processo de formação dinâmica, permanente e participativa que permite que as pessoas envolvidas sejam agentes transformadores, participando ativamente da busca de alternativas para a redução de impactos socioambientais e para o controle social do uso dos recursos naturais.

A gestão sustentável implica em um desenvolvimento sustentável que deve se apoiar em 3 pilares: ambiental, social e econômico. E somente teremos uma sustentabilidade ambiental quando houver uma equidade e justiça social. Em suma, buscar um equilíbrio entre a natureza e a sociedade, que sirva de base para a nova organização social que necessita ser estabelecida para a sobrevivência humana (MACIEL et al., 2015).

No olhar holístico da sustentabilidade o que se deseja é a erradicação das causas básicas da pobreza, da fome, do analfabetismo, da poluição, do preconceito, da dominação e exploração entre outras formas de mazelas sociais. Assim a busca por uma sociedade inclusiva é a essência do desenvolvimento social sustentável (MACIEL et al., 2015).

A troca de experiências e sentimentos ajuda a compreender as necessidades do portador de transtorno mental favorecendo a construção de novos valores e significados (GIL, 2000). Dessa forma, a integração do usuário não favorece apenas a eles, mas a todos que estão envolvidos, possibilitando mudanças de hábitos favoráveis a natureza, mas também promovendo a inclusão social e promoção de saúde mental.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo trata-se de uma pesquisa quali-quantitativa de caráter descritivo dentro do contexto de economia solidária como meio de inclusão social dos usuários do CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) de Teixeira de Freitas e foi realizada no ambiente de trabalho da pesquisadora. É uma pesquisa entendida como aquela capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais. Estas últimas são tomadas tanto nos seus adventos, quanto na sua transformação, como construções humanas significativas (MINAYO, 2000).

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica como sustentação do marco teórico a partir de estudos já publicados em livros, artigos, revistas indexadas que abordem temas relacionados aos descritores: economia solidária, inclusão social, sustentabilidade, Centro de Atenção Psicossocial.

3.2 LOCAL DA PESQUISA

O estudo foi realizado no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) localizada na Rua Avenida Santa Isabel, nº. 627, bairro Monte Castelo, no Município de Teixeira de Freitas (BA), em parceria com a Associação Loucos para Viver (ALPV). É um serviço de saúde aberto e comunitário do SUS, local de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e persistentes e demais quadros que justifiquem sua permanência num dispositivo de atenção diária, personalizado e promotor da vida (BRASIL, 2004).

3.3 SUJEITOS DA PESQUISA

Participaram da pesquisa 17 usuários portadores de transtorno mental e integrantes da ALPV. Os critérios de inclusão para a pesquisa foram usuários do CAPS II de Teixeira de Freitas (BA), com diagnóstico de transtorno de personalidade, esquizofrenia ou depressão grave; faixa etária entre 20 a 56 anos de

idade e aqueles que estiveram presentes no serviço regularmente de acordo com programa terapêutico proposto.

Os usuários que participam da ALPV foram selecionados pela equipe multiprofissional do serviço (enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo, assistente social e psicólogo) através de reunião interdisciplinar. Durante a mesma, foram avaliados os prontuários dos usuários pelos profissionais acima citados e os casos foram discutidos. Aqueles que se destacaram pelo potencial no desenvolvimento cognitivo e possuíam habilidades na realização das atividades propostas e interpessoais, foram inclusos no projeto proposto pela associação.

Vale ressaltar que os dados para critério de inclusão na pesquisa foram levantados a partir da observação dos prontuários.

3.4 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados por meio de avaliação dos prontuários e de um roteiro de entrevista (apêndice A) que foi aplicado numa roda de conversa. As perguntas foram explicadas antes de serem direcionadas para respostas uma vez que alguns usuários poderiam apresentar dificuldade na interpretação das mesmas. No momento da entrevista estavam presentes dois profissionais do serviço (psicopedagoga e psicólogo) para quaisquer esclarecimentos e dúvidas sobre a entrevista. A entrevista foi gravada e imediatamente transcrita.

Vale ressaltar que o instrumento de coleta de dados foi aplicado mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (apêndice B) pelo responsável do usuário e termo de assentimento livre e esclarecido (apêndice C) direcionado aos usuários, pois são legalmente incapazes, mas são capazes de assentir em participar da pesquisa. Vale ainda ressaltar que aqueles usuários analfabetos o termo foi assinado por uma testemunha imparcial.

A partir dos prontuários foram extraídos os seguintes dados: idade; sexo; escolaridade; estado civil; profissão; quando iniciou o trabalho no grupo de geração de renda; sua principal fonte de renda e diagnóstico médico. Ainda foi analisado a partir das evoluções multidisciplinares se o usuário é assíduo no serviço regularmente e se participa dos projetos terapêuticos propostos.

No questionário constavam questões fechadas e respostas com figuras sugestivas, as quais foram escolhidas pelo respondente expressando os sentimentos que ele tem como resposta (VIEIRA, 2009). O objetivo do instrumento foi avaliar o nível de satisfação dos usuários em relação à economia solidária como meio de inclusão social.

Figura 1. Expressão de sentimentos como respostas às perguntas do roteiro de entrevista.



Fonte: próprio autor.

Alguns momentos foram registrados através de fotografias. Vale ressaltar que a escolha do método de coleta de dados deve-se pelo fato da maioria dos usuários do serviço ser analfabetos.

O roteiro de entrevista foi aplicado durante uma semana, uma vez que os usuários participam da oficina de acordo com seu programa terapêutico, de modo que uns comparecem diariamente e outros em dias intercalados. Também foi utilizado como método a observação participante, através de registros fotográficos para demonstrar a prática da produção de papel reciclado e demonstrar a economia solidária através do trabalho dos usuários do serviço

3.5 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

A proposta de estudo foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Vale do Cricaré e a coleta de dados foi realizada após a emissão do parecer consubstanciado de número 90894918400008207.

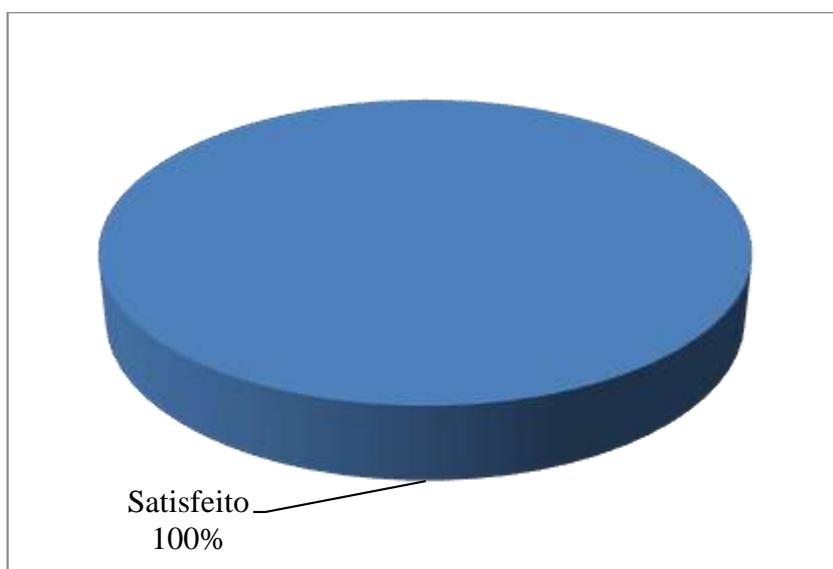
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1. CATEGORIZAÇÃO DA PESQUISA.

A pesquisa foi iniciada através da realização da entrevista na qual foi realizada uma roda de conversa e aplicado o instrumento de coleta de dados (apêndice A). Compareceram na entrevista 12 usuários juntamente com seus responsáveis. No decorrer do projeto um participante da ALPV foi à óbito e um evadiu do tratamento, três usuários não compareceram na entrevista. Os responsáveis foram orientados quanto aos critérios da pesquisa e em seguida consentiram para que a mesma fosse realizada, através da assinatura do Termo de Assentimento e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Todos os usuários foram consentidos a participar da pesquisa.

A pesquisa foi iniciada perguntando aos usuários como se sentem quanto à maneira que são tratados pela equipe. Como pode ser observado na figura 2, 100% dos entrevistados sentem-se satisfeitos quanto à forma de tratamento pela equipe do CAPS II.

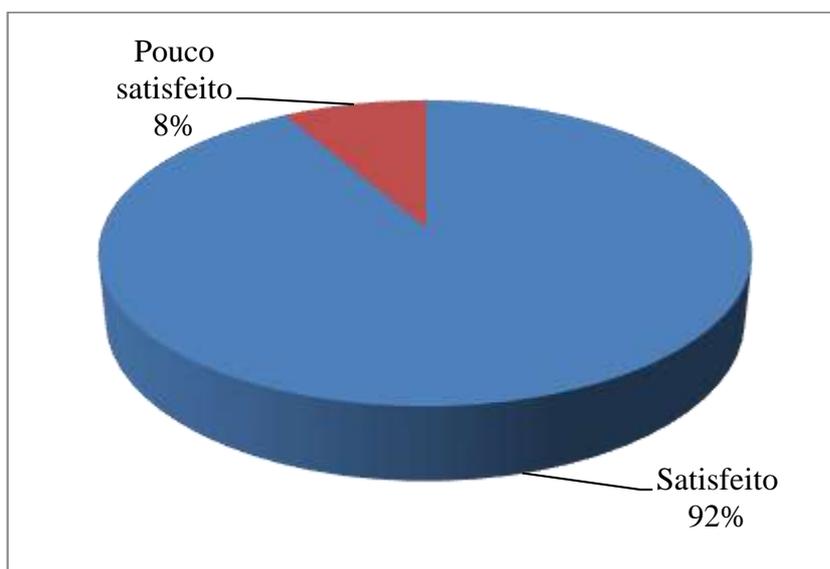
Figura 2. Satisfação dos usuários quanto à forma que são tratados pela equipe.



Fonte: próprio autor.

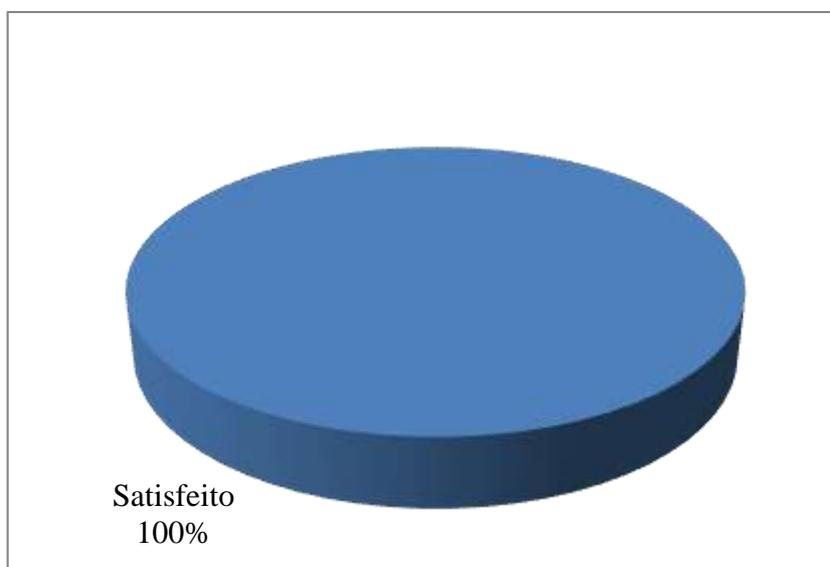
Em seguida, ao serem questionados quanto ao sentimento que possuem quando vão ao CAPS, assim como a satisfação quanto ao acompanhamento do tratamento pela equipe, 92% deles demonstraram satisfação quando vão ao serviço, sendo bem acolhidos pela equipe (Figura 3), e todos eles (100%) estão satisfeitos quanto ao acompanhamento da equipe no tratamento (Figura 4).

Figura 3. Satisfação dos usuários quando vão ao CAPS.



Fonte: próprio autor.

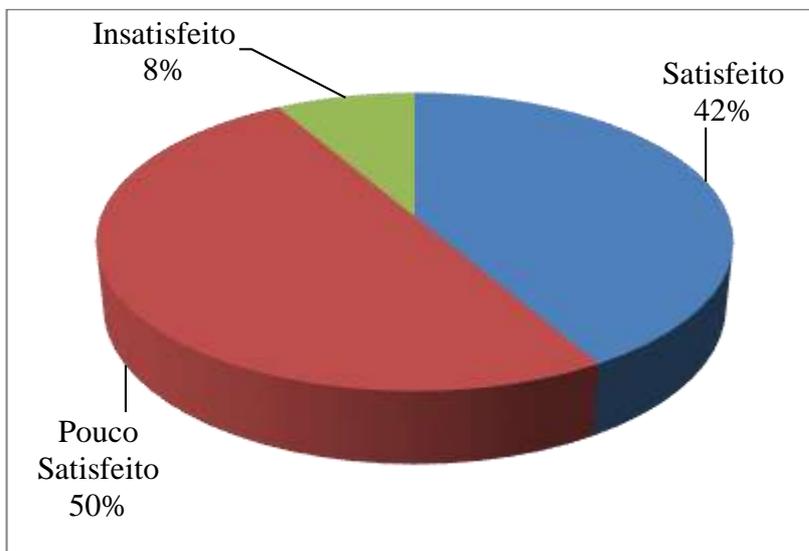
Figura 4. Satisfação do usuário quanto ao acompanhamento no tratamento no CAPS.



Fonte: próprio autor.

Quando foram questionados sobre as condições gerais do local onde ocorrem as oficinas, 58% dos usuários demonstraram não estar satisfeitos (Figura 5).

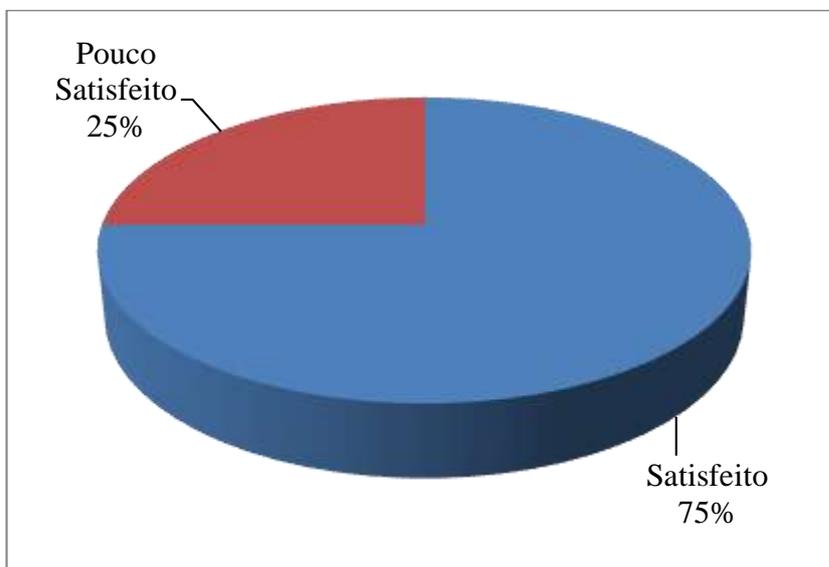
Figura 5. Satisfação dos usuários em relação às condições gerais do local onde ocorrem as oficinas de geração de renda.



Fonte: próprio autor.

Com relação à melhora na qualidade de vida após iniciar os trabalhos no grupo de geração de renda, 75% sentem-se satisfeitos e 25% pouco satisfeitos.

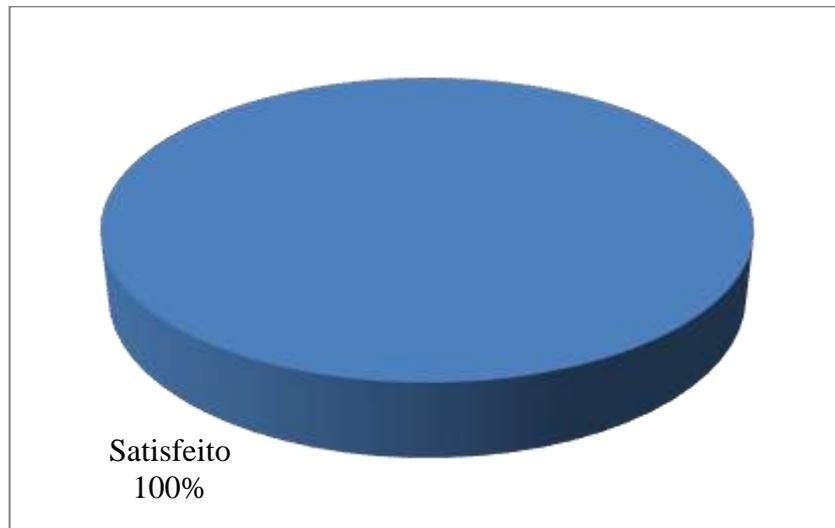
Figura 6. Satisfação dos usuários em relação à melhora na qualidade de vida após iniciar os trabalhos no grupo de geração de renda.



Fonte: próprio autor.

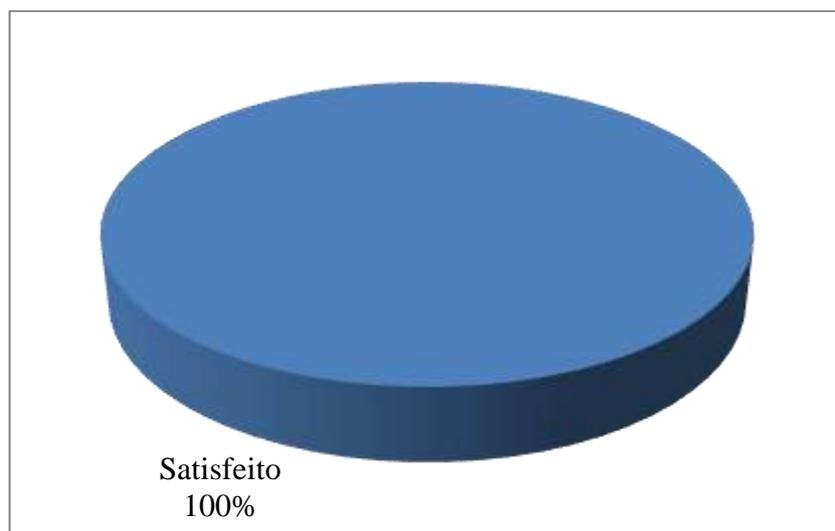
Todos os usuários referem satisfação em relação à melhora na autonomia e autoestima após o início do trabalho na ALPV (Figura 7 e Figura 8).

Figura 7. Satisfação dos usuários após iniciar o trabalho na associação em relação à sua autonomia.



Fonte: próprio autor.

Figura 8. Satisfação dos usuários após iniciar o trabalho na associação em relação a sua autoestima.

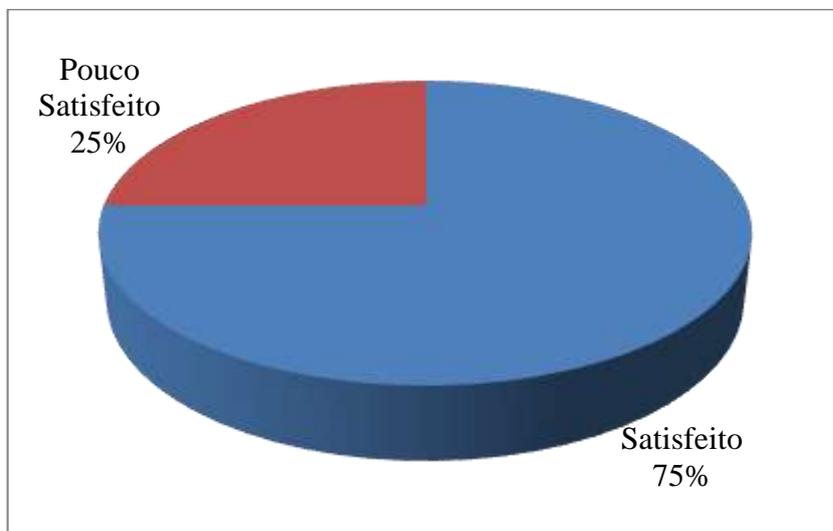


Fonte: próprio autor.

Como pode ser observado na Figura 9, 75 % dos usuários estão satisfeitos com a melhora no tratamento após iniciar o trabalho na ALPV, sendo colaborativos

em realizar o tratamento, participando das oficinas terapêuticas propostas e sendo colaborativos no tratamento medicamentoso.

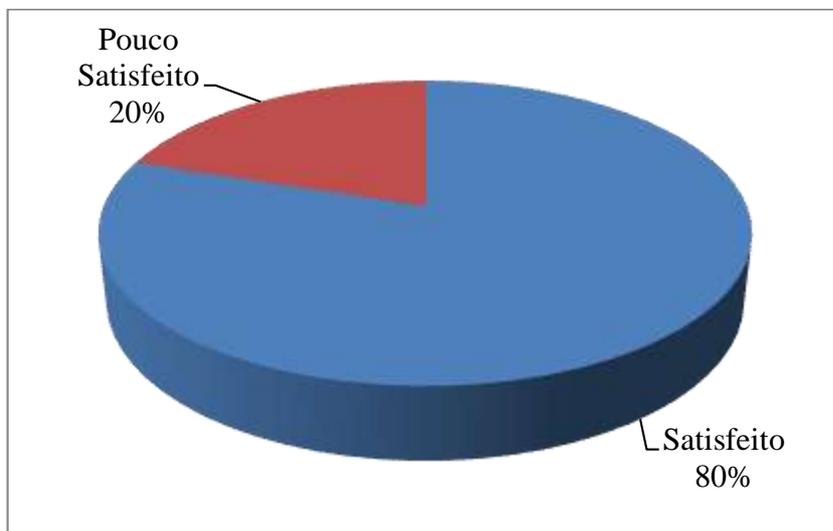
Figura 9. Satisfação dos usuários quanto à melhora no tratamento após iniciar o trabalho na associação.



Fonte: próprio autor.

Em relação ao relacionamento interpessoal, seja com seus familiares ou colegas durante o trabalho e amigos, 80% dos usuários estão satisfeitos e 20% insatisfeitos (Figura 10).

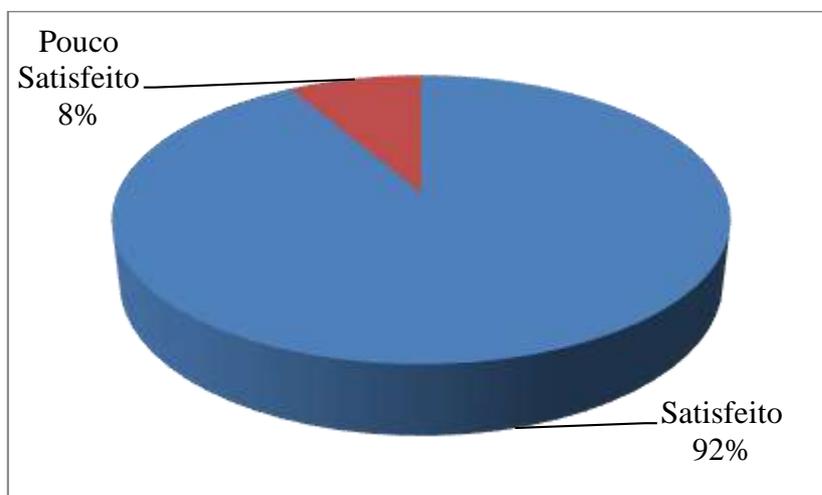
Figura 10. Satisfação dos usuários quanto à melhora no relacionamento interpessoal após iniciar o trabalho na associação.



Fonte: próprio autor.

Com relação ao sentimento durante seu trabalho no grupo de geração de renda 92% sentem-se satisfeitos, enquanto 8 % pouco satisfeitos (Figura 11).

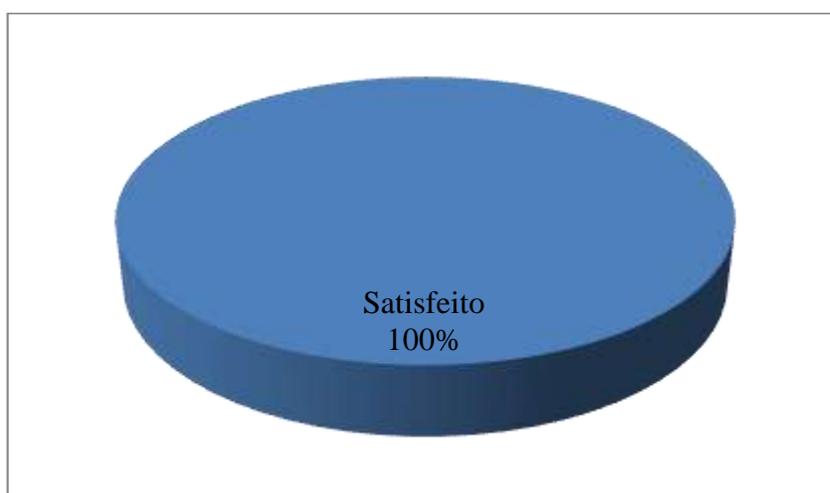
Figura 11. Satisfação dos usuários em relação ao sentimento no dia-a-dia no grupo de geração de renda.



Fonte: próprio autor.

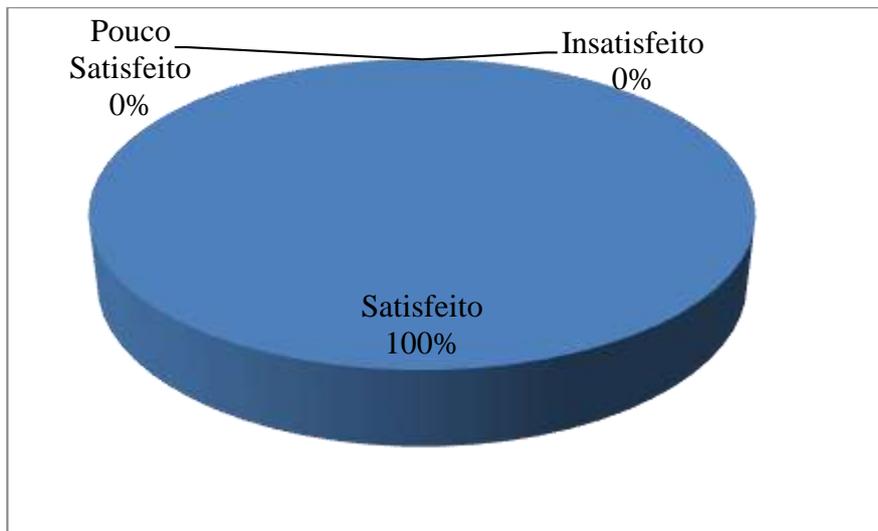
100 % dos sujeitos estão satisfeitos quanto à valorização da sociedade nas atividades desenvolvidas no grupo de geração de renda, através da compra dos produtos, elogios durante as exposições dos produtos em eventos para divulgação do trabalho (Figura 12 e Figura 13).

Figura 12. Satisfação dos usuários quanto à valorização da sociedade nas atividades realizadas e o material que é produzido.



Fonte: próprio autor.

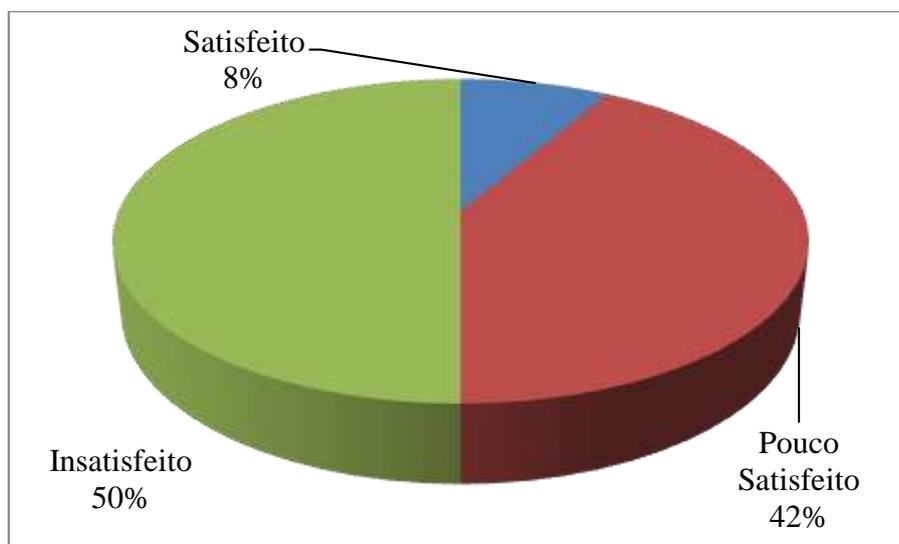
Figura 13. Satisfação dos usuários em relação à participação em eventos e divulgação do trabalho.



Fonte: próprio autor.

É importante atentar-se para o índice de insatisfação quanto à maneira que o usuário é tratado pela sociedade e até mesmo pelos familiares e amigos. 50 % sentem-se insatisfeitos, 42% pouco satisfeitos e somente 8 % sentem-se satisfeitos (Figura 14).

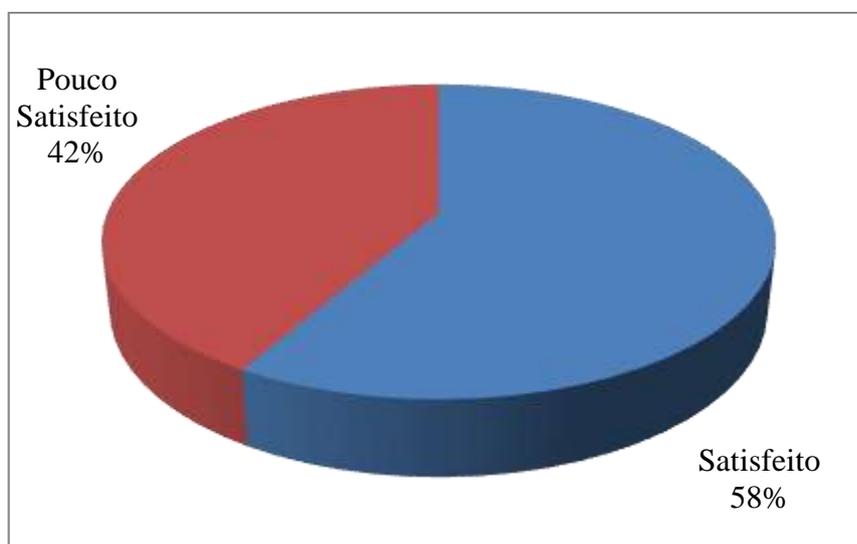
Figura 14. Satisfação dos usuários em relação à maneira que são tratados pela sociedade.



Fonte: próprio autor.

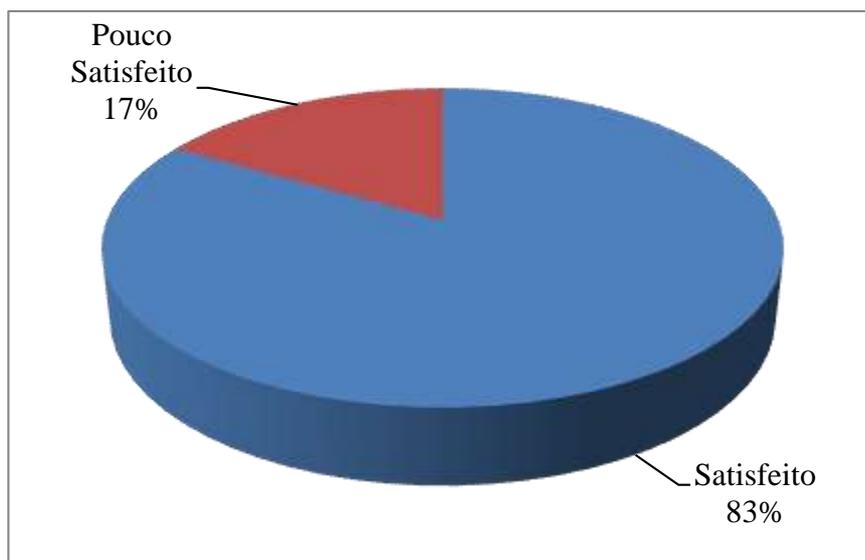
Em relação à comercialização dos produtos, 58% estão satisfeitos e 42% pouco satisfeitos (Figura 15). Mesmo assim, 83% dos usuários sentem-se satisfeitos com a geração de renda através da venda dos produtos (Figura 16).

Figura 15. Satisfação dos usuários quanto às vendas do papel reciclado e das caixas artesanais produzidas.



Fonte: próprio autor.

Figura 16. Satisfação dos usuários quanto à geração de renda com a venda dos produtos.

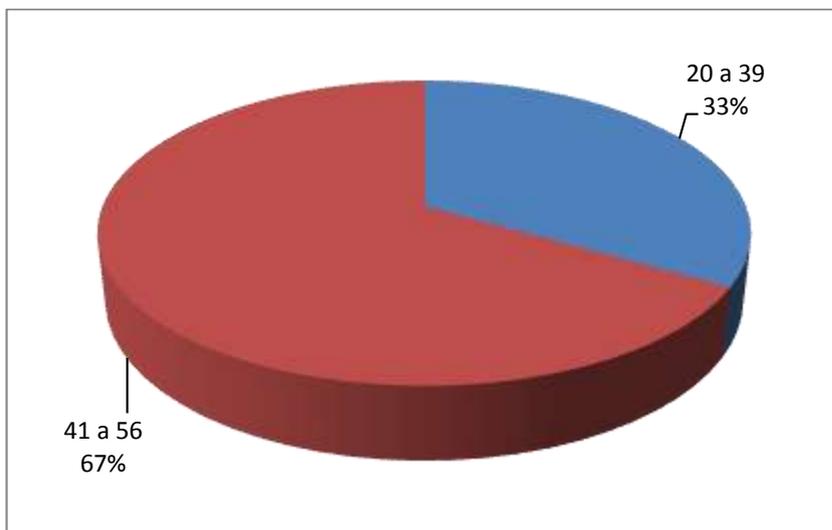


Fonte: próprio autor.

A partir da análise dos prontuários foi possível observar que 67% dos sujeitos estão entre 41 e 56 anos de idade (Figura 17), 67 % são do sexo masculino (Figura

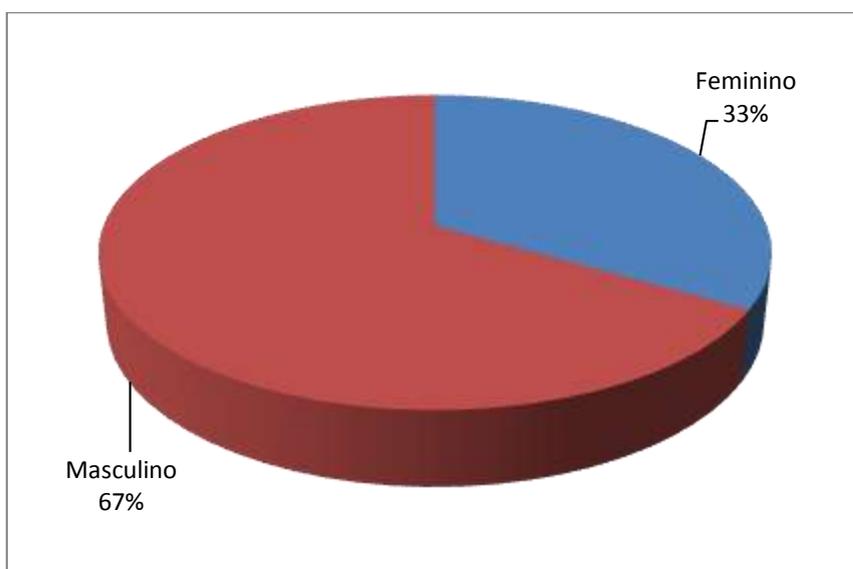
18), 75 % são solteiros (Figura 19), 67 % cursaram até o ensino fundamental (Figura 20), 58 % iniciaram o trabalho no grupo de geração de renda entre 2006 a 2011 (Figura 21), e 92% recebem o benefício de prestação continuada (BPC) (Figura 22). Quanto ao diagnóstico, 50% é portador de transtorno do humor, 42% esquizofrenia e 8% transtorno depressivo (Figura 23).

Figura 17. Prevalência dos usuários por idade.



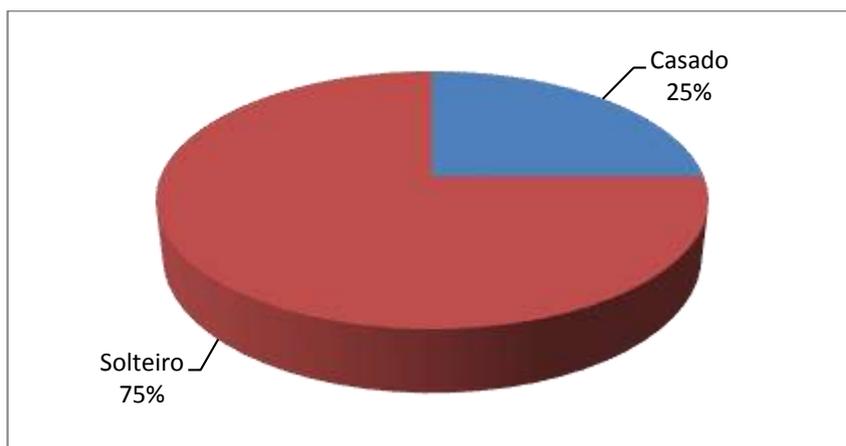
Fonte: próprio autor.

Figura 18. Prevalência dos usuários pelo sexo.



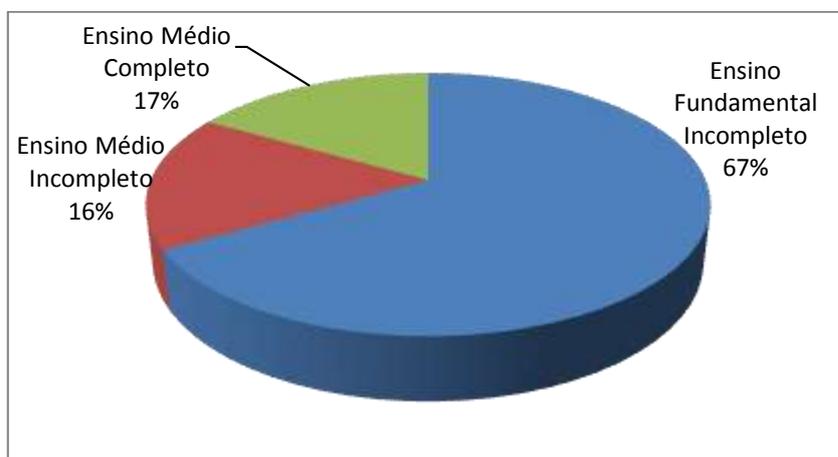
Fonte: próprio autor.

Figura 19. Prevalência dos usuários pelo estado Civil.



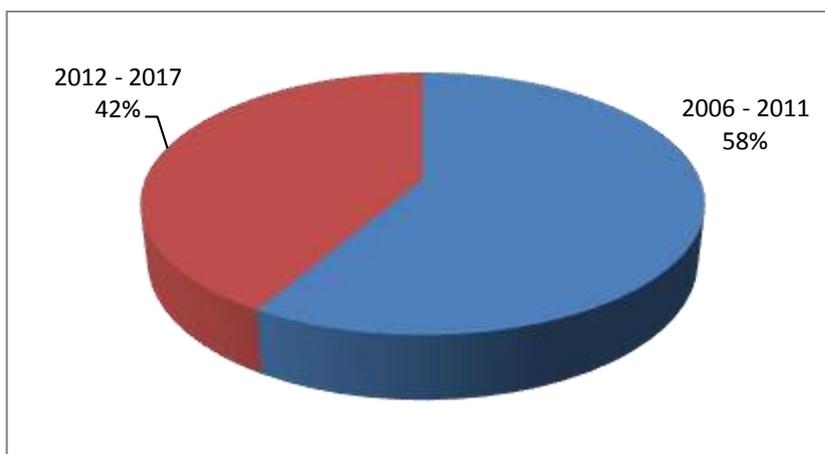
Fonte: próprio autor.

Figura 20. Prevalência dos usuários pela escolaridade.



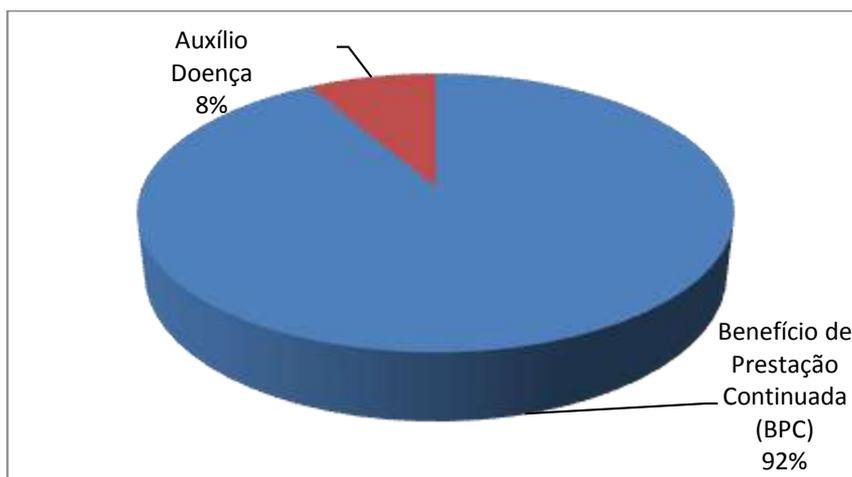
Fonte: próprio autor.

Figura 21. Prevalência dos usuários pelo ano que iniciaram o trabalho no grupo de geração de renda.



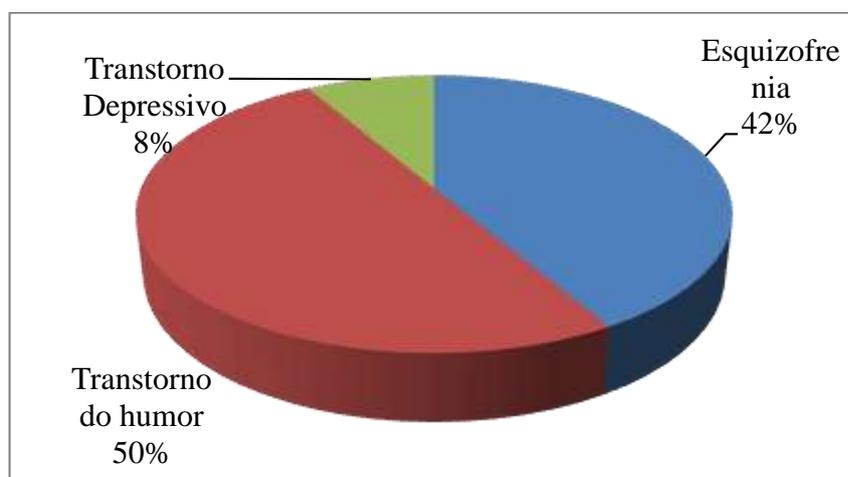
Fonte: próprio autor.

Figura 22. Prevalência dos usuários pela principal fonte de renda.



Fonte: próprio autor.

Figura 23. Prevalência dos usuários pelo diagnóstico.



Fonte: próprio autor.

4.2. DISCUSSÃO E CONTEXTUALIZAÇÃO DOS DADOS.

No decorrer da pesquisa foram realizados registros fotográficos demonstrando as atividades realizadas na ALPV tanto na produção do papel e caixas artesanais como da comercialização dos mesmos (FOTOGRAFIA 2, FOTOGRAFIA 3, FOTOGRAFIA 4), além do registro da entrevista (FOTOGRAFIA 5).

Fotografia 1- Identificação da ALPV.



Fotografia 2. Demonstração da produção dos materiais.



Fotografia 3. Exposição dos materiais na ALPV.



Fotografia 4. Divulgação e comercialização dos materiais em evento no município.



Figura 5. Aplicação do instrumento de coleta de dados através de entrevista numa roda de conversa.



Por meio das falas dos sujeitos foi possível observar que o trabalho assume determinadas particularidades na vida deles, sendo, na maioria das vezes, promotor de novas possibilidades.

O trabalho tem sido entendido principalmente, como atividade na produção ou prestação de serviços variados. O emprego estável constituiu a base da construção da solidariedade na sociedade, ou seja, sobre a base das associações profissionais foram montados os sistemas de proteção mutualistas para enfrentamento dos riscos sociais como doença, desemprego, velhice (SINGER, 2002).

Durante a entrevista, inicialmente, os sujeitos deixaram explícito que a associação há seis meses não vem produzindo os materiais, mas que as atividades serão retomadas em breve. É importante salientar que os materiais produzidos, tanto os papéis como as caixas artesanais, estão sendo comercializadas. O fato justifica-se por ter ocorrido troca da equipe e reorganização do serviço.

Além de proporcionar o trabalho solidário, as atividades desenvolvidas na ALPV também são tidas como oficinas terapêuticas, estando diretamente ligadas ao processo de promoção de saúde mental dos sujeitos.

Esperava-se que a ALPV estivesse realizando todas as atividades regularmente. Esse resultado surpreende umas das hipóteses desse estudo, que além de ver as possibilidades e benefícios do trabalho no grupo de geração de renda, poderá incentivar o reinício das atividades da associação.

A percepção, a satisfação e a melhoria estão diretamente ligadas ao acolhimento no serviço prestado e com isso, percebe-se que os usuários possuem uma visão de acolhimento relacionada aos profissionais e à maneira como os tratam, e que o acolhimento parte de toda a equipe do CAPS e da associação.

O acolhimento é uma tecnologia leve do processo mediador do trabalho em saúde e uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização que possibilita a abertura para recepção de demandas dos usuários, visando o encontro entre o sujeito a ser cuidado e o trabalhador (BRASIL, 2006).

Segundo Andrade (2015) o acolhimento é concretizado através de atitudes demonstradas nas relações intersubjetivas diariamente estabelecidas entre os usuários e os profissionais do serviço. Desta forma, as falas dos usuários permitiram compreender que acolhimento não é sinônimo de primeiro atendimento e sim trazer uma concepção ampliada sobre o mesmo, descrevendo-o como a atenção prestada por toda a equipe da instituição.

Ao analisar a satisfação com a forma com que são acolhidos, os usuários referiram boa assistência e o bom atendimento associando-os diretamente com o tratamento recebido, como foi possível perceber nas falas:

As meninas do CAPS tem um carinho especial por nós, um jeitinho de falar bom, explicam tudo direitinho, a equipe é nota 1000. Devo a elas por está bem hoje (usuário 4).

Nas falas, os usuários explicitam a confiança, carinho e satisfação com o acolhimento e como este propicia o vínculo, a construção diária e a adesão ao tratamento.

Nos relatos de alguns usuários também foi possível identificar a importância do trabalho como meio terapêutico e deixam explícito a superação e recuperação da saúde mental a partir do momento que iniciaram o trabalho no grupo de geração de renda:

A gente tinha aquele compromisso e responsabilidade na cabeça de acordar cedo. Eu sinto falta de vim para associação, de fazer a oficina, me fazia bem, me ajuda entender mais meus familiares e ficar mais calmo [...] (usuário 1).

Aqui a gente trabalha e faz terapia ao mesmo tempo, ajuda muito [...] (Usuário 10).

[...] Melhorei muito minha coordenação motora [...] (usuário 6)

[...] Estou sentindo falta, era muito bom vim e trabalhar e fazer as oficinas [...] (usuário 4).

Para alguns participantes da pesquisa ser membro da ALPV não tem somente significado de trabalho, mas também é concebido como meio de tratamento e recuperação da saúde Mental.

O processo de Reforma psiquiátrica prevê a construção de uma rede de serviços substitutivos ao manicômio e os CAPS constituem o eixo dessa rede cujo objetivo é a reinserção social dos usuários por meio de lazer, trabalho, desenvolvimento da cidadania e fortalecimentos dos laços familiares. Nesse sentido, o processo de reabilitação traz a tona os desafios do envolvimento da família e da inclusão social pelo trabalho (BRASIL, 2004).

Na história da psiquiatria, a ideia de que o trabalho é terapêutico, tem sido usado no processo de reabilitação psicossocial de pessoas com transtorno mental (FILIZOLA, 2011). Sendo assim, justifica-se o fato da maioria dos usuários terem o trabalho no grupo de geração de renda como oficinas terapêuticas.

O trabalho pode ser lugar de desenvolvimento pessoal para as pessoas portadoras de saúde mental. Para Zambroni-de-Souza (2005), à medida que eles negociam com o julgamento social de dúvidas quanto a sua capacidade e buscam recursos pessoais para conseguir efetuar uma atividade, cuidando de se apropriar daquele meio de vida como seu, passam a desenvolver potencialidades que nem sabiam que eram capazes, libertam-se da identidade historicamente produzida de pessoa incapaz e constroem sua saúde.

Neste sentido é pertinente a discussão quanto à viabilidade do uso de cooperativas integradas na área da saúde mental, posto que as mesmas representam um mecanismo alternativo por meio do qual é possível converter o trabalho terapêutico em trabalho que produz sentido e valor (SARACENO,2001).

Segundo Lussi e Morato (2012), quando os usuários portadores de transtornos mentais vivenciam experiências laborais que possibilitam a eles vivenciar trocas materiais, sociais, afetivas, fazendo com que se sintam participantes da vida social, conseqüentemente, viabiliza uma mudança na concepção de trabalho terapêutico para trabalho com sentido, significado e valor social.

Diferente das oficinas terapêuticas oferecidas no CAPS que permite aos usuários sair da condição de “estar parado” resultante do adoecimento, o trabalho em um grupo de geração de renda representa possibilidade de retorno ao trabalho e de conquistar mais uma experiência profissional (MILIONI, 2009).

Pessoas com transtorno mental grave, após serem enquadradas em uma categoria diagnósticas, enfrentam conseqüências que afetam sua vida profissional. Geralmente, afastam-se ou até mesmo perdem o emprego (MILIONI, 2009). Isso comprova o dado de que a maioria dos participantes da pesquisa recebem o BPC ou auxílio doença e acabam com sentimento de exclusão social.

As falas dos sujeitos deixam explícito que sofrem preconceitos e sentem-se, em alguns momentos, excluídos pela sociedade:

Aí fora, quando falo que faço tratamento no CAPS, acham que sou doído, não sou, sou como todo mundo, humano [...] (usuário 5).

[...] eu sou excluída pela minha própria família, mas eu não tou nem aí, quero ficar bem com todo mundo, trabalhar, ficar bem, é o que importa (usuário 10).

[...] quando a gente que é do CAPS chega em algum lugar, desencostam da gente (usuário 4).

Eu já fui humilhada no ônibus, tem motorista que não para ou implica com a gente [...] (usuário 9).

Eles acham que agente não tem capacidade [...] (usuário 6).

Mediante ao exposto, Milioni (2009) enfatiza que o resultado desse “isolamento”, acarreta a exclusão, a não cidadania, o que implica a ruptura de vínculos sociais no meio de trabalho, da sociedade, da família, da política, da cultura, ou seja, rompem-se os vínculos que conferem ao indivíduo sua identidade pessoal. Diante dessa realidade, a reabilitação psicossocial incide sobre o trabalho acabar com a exclusão do “louco” que não produz, não participa, não tem voz e nem direito.

Segundo Andrade et al (2013):

“Atualmente, a condição de inclusão social pelo trabalho desses é regida pela Lei nº 9.867, de 10 de novembro de 1999, que regulamenta o funcionamento das cooperativas sociais caracterizando-o como um trabalho assistido em que a autonomia do trabalhador é mediada pela assistência que lhe é oferecida pelo Estado (ANDRADE, et al., 2013, p. 179)”.

Andrade et al. (2013) deixa explícito que a questão da inclusão social pelo trabalho está relacionada aos direitos humanos como desafio ético através da geração de renda e economia solidária. As possibilidades de trabalho tanto no mercado formal quanto em projetos de geração de trabalho e renda são mantidas como eixos de inclusão.

Sendo assim, Andrade et al. (2013) ainda afirma que:

“Tanto as experiências de geração de trabalho e renda pelos usuários dos serviços de saúde mental como o trabalho auto gestor nos empreendimentos de economia solidária são construídas no contexto de uma história de lutas políticas contra a exclusão social dentro da sociedade capitalista” (ANDRADE et al., 2013, p. 184).

Entretanto, Andrade et al (2013) enfatiza que o encontro entre a saúde mental e economia solidária carece de construção de referências teórico-metodológicas e tem lugar na sociedade ainda marcada pela lógica manicomial, que estão presentes em todos nós.

A concepção e organização de trabalho do projeto antimanicomial seria como sobrevivência material e de produção em massa, imposta como tratamento ou uma estratégia de construir junto o direito de trabalhar e de inscrever subjetivamente no tecido social (ANDRADE, 2013, P. 183).

Foi observado no relato dos usuários que as atividades realizadas na ALPV promovem superação de problemas de saúde, leva-os a saírem do isolamento, alcançando desenvolvimento humano, preocupação com o trabalho, criando-se assim, um novo projeto de vida.

Foi possível verificar em algumas falas dos sujeitos participantes como o trabalho foi transformador na vida deles, possibilitando aprendizado, compromisso e satisfação pessoal.

Levantar de manhã, ter compromisso com o serviço, trabalhava, animava e chegava em casa satisfeito e tranquilo [...] (Usuário 2).

[...] ir para a associação, traz mais responsabilidade, prazer e satisfação (usuário 8).

Me sinto melhor aqui do que na minha casa [...](usuário 4)

Nunca vimos ninguém triste quando a gente chega aqui [...] (usuário 6)

Observou-se ainda a importância que os sujeitos atribuem às características do trabalho relacionadas aos princípios da economia solidária e que retomam à questão da satisfação pessoal. Dentro dessa discussão, é importante ressaltar que ambientes de trabalho caracterizados por esses princípios tendem a potencializar as qualidades por boas relações sociais que são marcadas pela solidariedade, igualdade e trocas tanto sociais quanto materiais (LUSSI E MORATO, 2012).

Apesar do enfoque dos sujeitos sobre a importância do trabalho solidário para seu projeto de vida, como reabilitação psicossocial e promoção da saúde mental, não deixaram de falar sobre a oportunidade de trabalho a partir da participação do grupo de geração de renda, possibilitando assim, um ganho financeiro.

[...] aprendi trabalhar com dinheiro [...] (usuário 12).

Podia comprar meu lanche [...] (usuário 9).

[...] Pagava minha conta de luz com meu dinheirinho [...] (usuário 2).

Todos eram leais, tudo claro, mostravam as contas, ensinavam a gente a mexer com o dinheiro. Era a equipe que tomava conta junto com a gente. Levanta a autoestima e autonomia porque tinha o registro da associação, como se eu fosse registrado em uma empresa (usuário 6).

Fui começando a conhecer dinheiro e aprendendo a comprar minhas coisas [...] (usuário 5).

[...] a associação é tão vista que a gente era convidado a participar de congresso. Nós fomos parar até em Salvador (usuário 3).

A gente era mais reconhecido (usuário 7).

Era bom quando a gente ia ao comércio e as caixinhas estavam vendendo, aquilo era uma alegria (usuário 1).

Agente era mais divulgado, as pessoas lá fora sabem que tem o CAPS, mas não sabem o que a gente faz [...] (usuário 10)

De acordo com Andrade et al. (2013), os usuários do serviço de saúde mental querem muito mais do que o acesso terapêutico, querem ter direito ao trabalho e com ele, a possibilidade de reconhecimento, de autonomia e remuneração.

Para Singer (2002) nas organizações que seguem os princípios solidários não existe salário e sim remuneração. Se a cooperativa acumular capital, todos ganham por igual.

Andrade et al. (2013) ainda afirma que:

“O trabalho solidário pressupõe outra contratualidade social, diferente da estabelecida pelo trabalho no formato do emprego, o que implica a participação dos envolvidos nos processos decisórios e de gestão, sendo que para isso é preciso expressar-se, argumentar, dialogar e posicionar-se na tentativa da busca do consenso e da atividade política da negociação, ou seja, é preciso experimentar o princípio da autogestão (ANDRADE et al., 2013, p. 185)”.

Mediante ao que foi exposto pelo autor, pode-se correlacionar a fala de dois sujeitos:

Era a equipe que tomava conta de tudo com a gente, mas eu aprendia, isso levantava minha autoestima e autonomia, por que eu tinha o registro da associação, era como se fosse registrado em uma empresa. Eu trabalhava e fazia oficinas terapêuticas [...] (usuário 3).

Sabia fazer debate sobre os direitos da associação, eu sempre falava [...] (usuário 8).

A economia solidária nasce como alternativa à economia capitalista, principalmente, como forma de geração de trabalho e renda, como modo de organização social e cultural, tendo no cooperativismo sua principal expoente. Singer (2002) afirma que a economia solidária sustenta valores como: direito de liberdade, meios de organização de trabalho, relação entre as pessoas marcada pela igualdade e solidariedade. Assim explica-se a importância do trabalho solidário no serviço na saúde mental.

Discutir também a maneira que as relações no trabalho influenciam a vivência do indivíduo em sua vida cotidiana é imprescindível na saúde mental, uma vez que um bom relacionamento interpessoal pode ser pensado como mecanismos que respaldam os sujeitos em seu processo de reabilitação psicossocial (LUSSI E MORATO, 2012).

É importante salientar a importância da promoção da emancipação social que ocorre na medida em que há além de mudanças nas condições de vida da população inserida nos empreendimentos, ampliação dos campos sociais. Essa

expectativa reitera a necessidade de reinventar a emancipação social, indo além da esfera econômica. Não envolve somente o modo de produção e consumo, mas a constituição de sentidos que possibilitam a reorganização das atividades humanas propostas por essas práticas alternativas (FILIZOLA, 2011).

Fica evidenciado através dos relatos abaixo descritos que a vivência de trabalho nesse grupo vem gerando novas relações sociais que se estabelecem entre os usuários, com outras pessoas e com novos espaços:

[...] tinham coisas que eu não sabia fazer direito, mas todo mundo me ajudava [...] (usuário 5).

[...] sempre todo mundo colaborou, uma cortava e a outra colava, as atividades eram divididas (usuário 10).

Estar junto aos colegas de trabalho possibilita amizade, momentos agradáveis e fortifica a ampliação da rede social. A partir dos grupos de geração de trabalho e renda a rede de sociabilidade torna-se ampliada estendendo as relações pessoais e estabelecendo novas formas de posicionamento em seu interior (MILIONI, 2009).

A partir das falas dos sujeitos pode-se constatar que o trabalho facilita as relações sociais. Segundo Lussi e Morato (2012) trabalhar permite o contato com amigos bem como fazer novas amizades, o que influencia de maneira positiva na saúde mental. Outro ponto de vista é que ficar sem trabalhar faz com que haja um afastamento dos amigos e uma diminuição dessas relações, bem como um distanciamento das redes sociais.

Dentro dessa discussão, é importante ressaltar que o trabalho caracterizado por princípios da economia solidária tendem a potencializar as qualidades impressas por boas relações sociais já que os valores inerentes à economia solidária viabilizam um maior contato entre os indivíduos que vêm marcados pela solidariedade, igualdade e trocas tanto sociais como materiais (LUSSI E MORATO, 2012).

Mediante ao exposto, pode-se observar que tudo isso contribui para que os usuários se aproximem de outros cotidianos, novas realidades, bem como faz com que sintam parte do universo do qual muitas vezes são excluídos.

Por fim, viu-se a necessidade da realização de um guia de orientação em Saúde Mental (APÊNDICE E), uma vez que a sociedade ainda desconhece a importância da recuperação da saúde mental e o setor de referência para o tratamento psiquiátrico no município de Teixeira de Freitas. Esse guia ficará

disponível nos CAPS, serviços de urgência e emergência e na atenção primária (unidades básicas de saúde), no intuito de esclarecer o significado da saúde mental e quais são os serviços disponíveis na rede de saúde mental do município.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo da reforma psiquiátrica prevê a construção de uma rede de serviços substitutivos aos manicômios: os CAPS. Estes têm como objetivo a reinserção social das pessoas portadoras de transtornos mentais por meio de lazer, trabalho, desenvolvimento da cidadania e fortalecimento dos laços familiares. Assim, o processo de reabilitação psicossocial traz a tona desafios da inclusão social pelo trabalho desses usuários.

A inclusão social pelo trabalho na perspectiva da Economia Solidária constitui um novo passo no processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Portanto, a interação entre ambas é uma estratégia para a inclusão social que encontra no processo da reforma psiquiátrica. Tanto a saúde mental como economia solidária têm em suas histórias bem semelhantes, assim, se complementam em busca de uma sociedade com maiores possibilidades, maior inclusão, solidariedade, enfim, de mais promoção de vida.

A realização do presente estudo permitiu a confirmação das observações encontradas em diversas literaturas quanto à importância e viabilidade do uso do trabalho solidário no processo de reabilitação e inclusão social de usuários portadores de transtornos mentais, bem como identificar a necessidade de melhorias em vários aspectos a fim de alcançar satisfação dos usuários, dentre elas destacam-se: retorno das atividades da ALPV e conseqüentemente comercialização do produto e melhor remuneração, melhora na infraestrutura.

Possibilitou ainda apreender a percepção do acolhimento realizado pela equipe do CAPS II, através do olhar dos usuários, trazendo como achado resultados positivos e satisfatórios sobre o acolhimento na instituição estudada. A relação criada entre os usuários e os profissionais e a maneira com que são atendidos faz com que eles se sintam satisfeitos com o acolhimento realizado, o que contribui para a adesão ao tratamento e conseqüentemente para recuperação da saúde mental.

Frente a esse reconhecimento, não posso de deixar de enfatizar, enquanto membro da equipe do CAPS II de Teixeira de Freitas, a gratificação de ser reconhecida e de poder proporcionar novas possibilidades na vida de cada usuário: possibilidade de trabalho, de recuperação da saúde mental, relacionamento interpessoal, crescimento humano e inclusão social. Ainda que a inclusão social seja

uma tarefa árdua e complexa, o estudo mostrou a importância de dar continuidade na inserção os usuários do CAPS II de Teixeira de Freitas no mundo do trabalho e por fim na sociedade.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, Andréa B. de; BOSI, Maria L. M. **Qualidade do cuidado em dois centros de atenção psicossocial sob o olhar de usuários**. Saúde soc. [online]. vol.24, n.3, pp.887- 900, 2015.

ANDRADE, M.C; BURALI, M.A.M; VIDA, A.; FRANSOZIO, M.B; SANTOS, R.Z. **Loucura e Trabalho no encontro entre Saúde mental e Economia Solidária**. Psicologia, ciência e profissão, 33 (1), 174 -191, 2013.

AMARANTE, P. **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Nau, 2003. 45-66 p.

AMARANTE, P.D.C; TORRE, E.H.G. **A Constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro: v.25, n.58, 2001. 26-34p.

AZEVEDO, F.F; ALIÓ, M.À; SILVA, R.P. **Espacialidade da economia solidária no Brasil**. Revista Bibliográfica de Geografia e Ciências Sociais. Barcelona: Universidad de Barcelona, Vol. XXI, nº 1.148, 2016. 1-21 p.

ARROYO, J.C.T; SCHUCH, F.C. **Economia popular solidária. A alavanca para um desenvolvimento sustentável**. São Paulo: Ed Fundação Perseu Abramo. 1ª ed, 2006 .

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Editora Edições 70, 1977.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília; 2004.

_____. **MINISTÉRIO DA SAÚDE. Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CARVALHO, Isabel Cristina M. de. Educação Ambiental no Brasil. **A Educação Ambiental no Brasil**. Rio de Janeiro, Boletim 01. Ministério da Educação. Secretaria de Educação a Distância. 2008. Disponível em: www.tvbrasil.org.br/fotos/salto/.../164816Educambiental-br.pdf . Acesso em: 04 DE NOVEMBRO DE 2018.

CEMPRE - **Compromisso Empresarial para a Reciclagem**. 2009. Disponível em <http://www.cempre.org.br/serv_duvidas.php> Acesso em: 04 novembro de 2016.

CORTEGOSO, A. L; LUCAS, M.G. **Psicologia e economia solidária: interfaces e perspectivas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008. 219-224 p.

CORNELIAN, A.R. **A concepção de “Economia Solidária” em Paul Singer: descompassos, contradições e perspectivas.** São Paulo: Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Campus de Araraquara. Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais. 2006.

FÉLIX, J.B; BORDA, G.Zr. **Gestão da comunicação e responsabilidade socioambiental. Uma nova visão de marketing e comunicação para o desenvolvimento sustentável.** Ed atlas, 2009.

FILIZOLA, C.L.A; TEIXEIRA, I.M.C; MILIONI D.B; PAVARINI S.C.I. **Saúde mental e economia solidária: a família na inclusão pelo trabalho.** Rev Esc Enferm USP, 45(2), 2011. 418-125 p.

FRAGA, M.N.O; SOUZA A.M.A; BRAGA V.A.B. **Reforma Psiquiátrica Brasileira: muito a refletir.** Acta Paulista Enfermagem, 19 (2), 2006. 207-11 p.

GUIMARÃES, G.C. **Consumo Sustentável para a minimização de Resíduos Sólidos Urbanos.** Brasília: Dissertação de mestrado. Centro de Desenvolvimento Sustentável. Universidade de Brasília, 2011.

GONELLA, J; OLIVEIRA, C.V; LAMARCA, D; BRAGA, J, SERGIO. **Diagnóstico da reciclagem de papel no cenário brasileiro: uma análise quantitativa da economia de recursos naturais.** Revista Científica ANAP *Brasil*, v. 8, n. 13, 2015. 38-55 p.

HIRDES, A. **A reforma psiquiátrica no Brasil: uma revisão.** Rio Grande do Sul: Ciência & Saúde Coletiva, 2009. 297-305 p.

JORGE, M.R; FRANÇA J.M.F. **A Associação Brasileira de Psiquiatria e a Reforma da Assistência Psiquiátrica no Brasil.** Revista Brasileira de Psiquiatria 23(1), 2001. 3-6 p.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia do Trabalho Científico.** 4. ed. São Paulo: atlas, 1995.

LEÃO, A; BARROS, S. **As representações Sociais dos Profissionais de Saúde Mental acerca do Modelo de Atenção e as Possibilidades de Inclusão Social.** Saúde Soc. São Paulo: v.17, n. 1, 2008. 95-106 p.

LUCIANO, L; RANGEL, R.B. **Princípio Responsabilidade de Hans Jonas: uma nova ética da sustentabilidade para a sociedade de consumo pós-moderna.** Trabalho apresentado no IV congresso internacional. filosofia e socioambientalismo e direitos humanos e desenvolvimento sustentável de direito ambiental, 2016. 5-16 p.

LUSSI, A.O; MORATO, G.G. **O Significado do trabalho para usuários de serviço de saúde mental inseridos em projetos de geração de renda vinculados ou não ao movimento da economia solidária.** Cad. Ter.Oup. UFScar, São Carlos, v. 20. N.3, 2012, 369-380 p.

MACIEL ET AL. Revista EGP. Escola de Gestão Pública. Secretaria Municipal de Administração de Porto Alegre, RS. **Metodologias de uma Educação Ambiental Inclusiva.**

Disponível em:

http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sma/revista_EGP/Metodologia_Jaqueline_outros.pdf. Acesso em: 04 de novembro de 2011.

MESQUITA, J.F; NOVELINO, M.S.F; CAVALCANTI, M.T. **A reforma psiquiátrica no Brasil: Um novo olhar sobre o paradigma da saúde mental.** Caxambu- MG: Trabalho apresentado no XVII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, 2010. 1-9 p.

MILARÉ, Édis. **Direito do ambiente. A gestão Ambiental em foco.** São Paulo: Ed revista dos tribunais, 7ª ed., 2011.

MILIONI, D. B. **A experiência de trabalho de usuários de um CAPS integrantes de um empreendimento solidário construindo vidas e possibilidades.** Dissertação de Mestrado. São Carlos, 2009.

MINAIO, M.C.S. **O desafio do Conhecimento.** 7. ed. Rio de Janeiro: Hucitec, 2000.

MIKHAILOVA, Irina. **Sustentabilidade: evolução dos conceitos teóricos e os problemas da mensuração prática.** Revista Economia e Desenvolvimento, nº 16, 2004. 22 – 41p.

MOTA, E. **Economia solidária e agricultura familiar, uma integração necessária.** Democracia viva nº 35, 2007.

PEREIRA J.F; ONOCKO, R.C. **A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços.** São Paulo: Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, vol. 8, n. 1, 2005.109-122 p.

PITIÁ, A.C.A; FUREGATO, A.R.F. **O Acompanhamento Terapêutico (AT): dispositivo de atenção psicossocial em saúde mental.** COMUNICAÇÃO SAÚDE EDUCAÇÃO v.13, n.30, 2009. 67-77 p.

PITTA, A.M.F. O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? **Reabilitação psicossocial no Brasil.** 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2001.19-26 p.

SANTOS, R.P.S; NUNES, M.O. **Território e saúde mental: um estudo sobre a experiência de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial, Salvador, Bahia, Brasil.** Revista Interface v.15, n.38, 2011. 715-26 p.

SANTOS, J; FERREIRA, C; RAMALHO, A; MARQUES, N.M. **A importância das cooperativas de reciclagem na gestão dos resíduos sólidos urbanos: um estudo em uma cooperativa de campina grande – pb UNIPÊ.** Seme Ad-seminários em administração. Out. 2011.

SARACENO, B. **Libertando Identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. 2. Ed. Rio de Janeiro: Te Corá, Instituto Franco Basaglia, 2001.

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

_____. **Economia solidária**. Entrevista Paul Singer. Estudos Avançados. 2008. 389-314p. Disponível em:
<http://www.economia.esalq.usp.br/~geedes/entrevista.html>. Acesso em 2016.

SOUZA, A.R; CUNHA, G.C; DAKUZAKU, R.Y. **Uma outra economia é possível. Paul Singer e a Economia Solidária**. São Paulo: Ed contesto, 2003.

VIEIRA, S. **Como elaborar questionários**. São Paulo: Ed Atlas S.A. 2009.

YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Dissertação- Fundação Osvaldo cruz Escola nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2006.

ZAMBRONI-DE-SOUZA, P.C. **Trabalho, organização e pessoas com transtornos mentais**. Cadernos de Psicologia Social do Trabalho. SP , v.9, n.1, p. 91-105, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

AVALIAÇÃO DE SATISFAÇÃO DOS USUSÁRIOS DO SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL DE TEIXEIRA DE FREITAS

IDENTIFICAÇÃO							
As respostas abaixo devem ser obtidas a partir do prontuário do usuário.							
Nome (Opcional):	Sexo: F () M ()						
Idade:	Escolaridade:						
Estado civil:	Profissão:						
Quando foi iniciado o trabalho no grupo de geração de renda:							
Data: / /							
Sua principal fonte de renda?							
Diagnóstico:							
INSTRUÇÕES							
<p>- O objetivo desse instrumento de coleta de dados é avaliar como os usuários do serviço de saúde mental de Teixeira de Freitas se sentem em relação ao grupo de geração de renda como meio de inclusão social.</p> <p>- Os dados da pesquisa são totalmente sigilosos. Seu nome não será identificado.</p> <p>- Serão realizadas perguntas sobre sua satisfação em relação aos itens abaixo listados. Todas as perguntas serão lidas e em seguida você responderá apontando um ícone de satisfação.</p>							
<table border="0"><tr><td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">Satisfeito</td><td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">Pouco Satisfeito</td><td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">Insatisfeito</td></tr><tr><td style="text-align: center;"></td><td style="text-align: center;"></td><td style="text-align: center;"></td></tr></table>		Satisfeito	Pouco Satisfeito	Insatisfeito			
Satisfeito	Pouco Satisfeito	Insatisfeito					
							
<p>- Não há respostas certas ou erradas. Responda de acordo com sua opinião.</p> <p>- A entrevista será gravada.</p>							

- 1- Como se sente quanto à maneira que é tratado pela equipe? Te tratam com dignidade, respeito, compreensão?
- 2- Como se sente quando você vai ao CAPS II? É bem acolhido pela equipe?
- 3- Como se sente quanto ao seu acompanhamento no tratamento por toda a equipe do CAPS II?
- 4- Como se sente em relação às condições gerais do local onde ocorrem as oficinas de geração de renda?
- 5- Como se sente em relação à melhora na qualidade de vida após iniciar os trabalhos no grupo de geração de renda?
- 6- Após iniciar o trabalho na associação como se sente em relação a sua Autonomia? Vai sozinho para o CAPS, consegue administrar seu dinheiro?
- 7- Após iniciar o trabalho na associação como se sente em relação a sua Autoestima? As pessoas te aceitam do jeito que é, está feliz, satisfeito com suas atitudes?
- 8- Após iniciar o trabalho na associação está satisfeito com melhora no tratamento? Se sente que está mais colaborativo em realizar o tratamento? Participando das oficinas terapêuticas, fazendo uso da medicação corretamente?
- 9- Após iniciar o trabalho na associação está satisfeito com seu relacionamento com as outras pessoas? E o Relacionamento com seus familiares, com os colegas durante o trabalho, com amigos?
- 10- Como se sente em seu Dia-a-dia no grupo de geração e renda? Está feliz durante o trabalho?
- 11- Como se sente quanto valorização da sociedade quanto às atividades realizadas? As pessoas gostam do produto que fazem, compram?
- 12- Está satisfeito com a participação em eventos para divulgação do trabalho?
- 13- Está satisfeito com a maneira que é tratado pela sociedade? Amigos, familiares, vizinhos, profissionais de qualquer serviço?
- 14- Está satisfeito com as vendas do papel reciclado e das caixas artesanais produzidas por vocês?
- 15- Esta satisfeito com a geração de renda com a venda dos produtos que

vocês fazem?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____ autorizo, por meio deste termo, que _____ participe de um estudo, intitulado Economia solidária como meio de promoção de inclusão social no serviço de Saúde Mental de Teixeira de Freitas, desenvolvida por Rafaela Bittencourt Rangel Ferreira.

Afirmo que autorizo sua participação por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro ou ter qualquer ônus e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado(a) sobre os objetivos estritamente acadêmicos do estudo, que, em linhas gerais é avaliar a economia solidária como meio de promoção de inclusão social dos usuários do serviço de Saúde Mental de Teixeira de Freitas.

Estou ciente que os dados da pesquisa serão coletados a partir da avaliação do prontuário do usuário (a); um questionário será aplicado através de entrevista o qual será gravado e imediatamente transcrito e alguns momentos serão registrados através de fotos. No questionário constam questões fechadas e respostas com figuras sugestivas, as quais serão escolhidas pelo respondente expressando os sentimentos que ele tem como resposta. O objetivo do questionário é avaliar o nível de satisfação dos usuários em relação à economia solidária como meio de inclusão social.

Fui também esclarecido (a) de que os usos das informações oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, CEP. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pela pesquisadora e seu orientador.

Fui ainda informado (a) de que a pessoa pesquisada poderá retirar-se dessa pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo para meu acompanhamento ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos.

Estou ciente de que a privacidade será respeitada, ou seja, o nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, identificá-lo (a), será mantido em sigilo.

É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como me é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da minha participação.

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento na participação da pesquisa, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

_____ de _____ de _____.

Assinatura do (a) participante:

Assinatura do (a) pesquisador (a):

Assinatura do (a) testemunha (a):

APÊNDICE C- TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa Economia solidária como meio de promoção de inclusão social no serviço de Saúde Mental de Teixeira de Freitas, desenvolvida por Rafaela Bittencourt Rangel Ferreira.

Seu responsável permitiu que você participe.

Queremos avaliar a economia solidária como meio de promoção de inclusão social dos usuários do serviço de Saúde Mental de Teixeira de Freitas.

Você não precisa participar da pesquisa se não quiser, é um direito seu e não terá nenhum problema se desistir.

A pesquisa será feita no CAPS II, em Teixeira de Freitas. Primeiramente os prontuários serão avaliados e após será realizada uma qual será e alguns momentos serão registrados através de fotos. As perguntas serão respindidas através de figuras que sugerem felicidade, tristeza mostrando quando está está satisfeito ou não. O questionário irá avaliar qual a sua satisfação em relação à economia solidária como meio de inclusão social.

Se você morar longe do CAPS II darei a seu responsável dinheiro suficiente para transporte, para também acompanhar a pesquisa.

Ninguém saberá que você está participando da pesquisa; não falaremos a outras pessoas, nem daremos a estranhos as informações que você nos der. Os resultados da pesquisa vão ser publicados, mas sem identificar as crianças que participaram.

Se você tiver alguma dúvida, você pode me perguntar.

CONSENTIMENTO PÓS INFORMADO

Eu _____ aceito participar da pesquisa Economia solidária como meio de promoção de inclusão social no serviço de Saúde Mental de Teixeira de Freitas.

Entendi que posso dizer “sim” e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer “não” e desistir e que ninguém vai ficar furioso.

Os pesquisadores tiraram minhas dúvidas e conversaram com os meus responsáveis.

Recebi uma cópia deste termo de assentimento e li e concordo em participar da pesquisa.

_____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) participante:

Assinatura do(a) pesquisador(a):

Assinatura do(a) testemunha(a):

APÊNDICE D- GUIA DE ORIENTAÇÃO EM SAÚDE MENTAL: CAPS II TEIXEIRA DE FREITAS

Apresentação

Como produto de dissertação de mestrado este guia tem como principal objetivo levar informações relevantes sobre a saúde mental. Aqui você vai encontrar explicações sobre o que é saúde mental, o que é o sofrimento mental e orientações sobre as atividades desenvolvidas na ALVP (Associação Loucos para Viver) mostrando o trabalho no grupo de geração de renda dos usuários do CAPS II de Teixeira de Freitas.

Sempre que você tiver oportunidade, poderá informar outras pessoas sobre o que aprendeu e valer-se das informações aqui fornecidas para buscar ajuda para si ou ajudar alguém que precisa de atendimento em saúde mental. Esta será uma ótima maneira de contribuir para uma sociedade mais justa e solidária.

1. O que é saúde mental

É certo que os conceitos de saúde e doença mudam conforme mudam também as sociedades. Os avanços tecnológicos, científicos e até a economia influenciam nesta definição e na forma como as pessoas são tratadas.

Houve um tempo em que as pessoas eram consideradas saudáveis ou doentes somente por se medir sua capacidade de trabalho. Dizia-se que era saudável aquele que conseguia trabalhar mais; já aquele que não conseguia era considerado doente.

Hoje, sabe-se que saúde não é coisa simples. Ser saudável não significa apenas não ter doenças, depende de muitos fatores como boa alimentação, uma moradia adequada, contar com água e esgoto na comunidade. Também é condição de saúde, ter trabalho e renda, educação, segurança, acesso aos serviços de saúde, lazer e acesso a bens e serviços disponíveis na comunidade.

Assim, só se tem saúde integral quando se tem saúde mental, equilíbrio social e boas condições de vida. Vê-se que para ter saúde não basta o sujeito sozinho, mas é preciso uma série de fatores externos que vão contribuir para o seu bem estar

geral. É preciso olhar para o sujeito como um todo: seu corpo, sua mente e o contexto onde vive e considerar suas necessidades integrais.

2. O que é sofrimento mental

No decorrer da história das sociedades humanas, já se ouviu falar de sofrimento mental de várias formas diferentes. A loucura já foi considerada como castigo, preguiça de trabalhar, desculpa de malandro, coisa de gente ruim, doença contagiosa e sem cura e até já se acreditou que a pessoa ficava louca por vontade própria.

Hoje se tem uma visão diferente da loucura. Ao olharmos um sujeito em sofrimento mental, não destacamos nele somente suas fragilidades e limitações, procuramos destacar também seu lado saudável, suas potencialidades e capacidades. Há muitos aspectos saudáveis preservados e é através deles que as pessoas podem ser resgatadas para uma vida o mais normal possível.

Mediante ao exposto, entender a importância de se respeitar os modos diferentes de ser e de viver que cada pessoa tem, seu jeito de ver o mundo e de se relacionar com ele e com as pessoas. Alguns são mais coração, outros razão; alguns são mais calmos, outros mais agitados; alguns gostam de certas coisas, outros desgostam, e assim vai. O que vale mesmo é o respeito, a cordialidade e a conduta de cada um voltada para o bem comum.

É por isso que podemos e devemos ajudar a quem precisa. Isso inclui as pessoas em sofrimento mental.

Se ninguém é melhor que ninguém, também não existe quem seja pior. Agir com preconceito e indiferença só contribui para um mundo desigual.

3. O que é o Centro de Atenção Psicossocial

O CAPS é um serviço de saúde aberto e comunitário do SUS, local de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e persistentes e demais quadros que justifiquem sua permanência num dispositivo de atenção diária, personalizado e promotor da vida.

O serviço prevê o atendimento direcionado de acordo com a necessidade de cada usuário, feito por profissionais de diversas áreas como psiquiatras, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, profissionais da enfermagem, educador físico, dentre outros. Seu principal objetivo é investir na reabilitação psicossocial das

pessoas, ou seja, os sujeitos devem ser capazes de se manter no contexto da família e da comunidade, com oportunidades de moradia, convívio, trabalho e lazer. A manutenção dos laços sociais para estas pessoas, o que é um grande passo para a desinstitucionalização da pessoa em sofrimento mental.

Entre as suas estratégias de atendimento, os CAPS devem incluir o acolhimento de familiares, atendimento individual e grupal, oficinas terapêuticas diversas como de artesanato, música, informática, mosaico, reciclagem de materiais e outras.

O acolhimento dessas pessoas e seus familiares é uma estratégia de atenção fundamental para a identificação das necessidades assistenciais, alívio do sofrimento e planejamento de intervenções medicamentosas e terapêuticas, se e quando necessárias, conforme cada caso.

4. Onde procurar ajuda?

É possível cuidar da saúde mental de muitas formas diferentes. Podemos começar pensando em tudo o que nos dá prazer e nos ajuda a aliviar o estresse do dia a dia, da vida corrida entre o trabalho e a casa.

No entanto, quando não conseguimos garantir nossa saúde e nos percebemos em sofrimento mental ou alguém do nosso convívio, é preciso procurar ajuda. Podemos fazer isso buscando os recursos disponíveis na comunidade de acordo com nossas necessidades.

O município de Teixeira de Freitas dispõe de 3 modalidades de CAPS:

- CAPS II: Atendimento para pessoas portadoras de transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.
- CAPS I: Atendimento a crianças e adolescentes, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.
- CAPS ad Álcool e Drogas: Atendimento a todas faixas etárias, especializado em transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.

Além das atividades citadas anteriormente que são realizadas nos CAPS, alguns usuários são inseridos no mercado de trabalho e também participam do grupo de geração de renda na ALPV (Associação Loucos para Viver).

5. ALPV (Associação Loucos para Viver)

O grupo de geração de renda iniciou no CAPS II de Teixeira de Freitas (BA) no ano de 2000 como oficina terapêutica. Os participantes são os usuários do serviço e mediante a melhora, habilidade e interesse dos mesmos, surgiu a necessidade de organizar o espaço de produção e ampliar o número de participantes, preparando-os para o mercado de trabalho.

Assim, estruturou-se a oficina de papel artesanal e caixas para presente com materiais e equipamentos básicos, sendo criada a ALPV com os usuários, familiares e trabalhadores da Saúde Mental.

Em seu dia-a-dia toda segunda e terça produziam o papel reciclado, nos demais dias montavam as bases das caixas com papelão e decoravam as caixas. As atividades são realizadas em equipe, com solidariedade e companheirismo. Os produtos ficam expostos no serviço, disponíveis para comercialização. Além disso, as vendas são realizadas em papelarias, exposições, dentre outros.



“A inclusão acontece quando se aprende com as diferenças e não com as igualdades”.

Paulo Freire

ANEXOS

ANEXO A - ESTATUTO SOCIAL DA ASSOCIAÇÃO LOUCOS PARA VIVER

ESTATUTO SOCIAL

Capítulo I – Da Denominação, Sede e Fins

Art. 1 – A Associação Abrindo Espaços dos familiares e usuários de Saúde Mental de Teixeira de Freitas é uma entidade civil, de natureza filantrópica, sem fins lucrativos, com duração por tempo indeterminado, com sede e foro no município de Teixeira de Freitas, Estado da Bahia, Brasil.

Art. 2 – Tem por finalidade:

I – Promover o exercício da cidadania por meio de atividades socializantes, econômicas, profissionalizantes, políticas e culturais de seus associados e das pessoas com dificuldades de natureza mental.

II – Estimular ações e práticas comunitárias, extra-hospitalares da assistência na área de saúde mental.

III – Fazer e receber financiamentos bem como financiar projetos que ofereçam respostas efetivas a necessidades de moradia, saúde, estudo, trabalho, lazer e cultura.

IV – No que se refere às necessidades econômicas e profissionais é objetivo da entidade prover financiamento de projetos de caráter sócio-reabilitador, inseridos no mercado; a intenção desse projetos é promover a capacitação profissional e estimular a capacidade produtiva de seus associados.

V – Financiar projetos de estudo e pesquisa científica que contribuam para a ampliação do corpo técnico que fundamenta novas práticas em saúde mental.

VI – Contribuir para a formação dos trabalhadores em saúde mental, através de cursos, debates, simpósios, conferências e fóruns.

VII – Contribuir para a transformação da cultura que tende a estigmatizar, excluir e marginalizar os portadores de transtornos mentais nas atividades de assistência.

VIII – Incentivar a descoberta, criação e produção de modos diversos da relação entre sujeitos, ou possibilitem maior autonomia e reconhecimento social.

VIII – Desenvolver atividades assistenciais em saúde mental por sua conta ou em parceria e acordos de cooperação técnica com entidades e instituições públicas e privadas relacionadas à gestão e prestação de serviços na área da saúde e, em especial na área da saúde mental.

IX – Contribuir ativamente para que a legislação psiquiátrica garanta os direitos civis do portador de transtorno mental.

Art. 3 – No desenvolvimento de suas atividades, esta entidade não fará distinção alguma quanto a raça, cor, sexo, condição social, credo político ou religioso.

Art. 4 – A entidade poderá adotar Regimento Interno que, aprovado pela diretoria, disciplinará seu funcionamento.

Art. 5 – Com o fim de cumprir sua finalidade, a entidade organizar-se-á em tantas unidades de prestação de serviços ou grupos de apoio quantos forem necessários. Que se regerão pelo ordenamento deferido no artigo anterior.

Art. 6 – A entidade será constituída por número ilimitado de sócios. Distribuídos em quatro categorias a saber:

I – Efetivo: os que assinarem o livro de criação da entidade e aqueles que posteriormente, a critério da Assembléia Geral, forem admitidos nessa qualidade.

II – Contribuintes: os que contribuírem periodicamente com qualquer quantidade em dinheiro ou espécie para a manutenção da entidade.

III – Beneméritos: aqueles que contribuírem significativamente para a realização dos objetivos da entidade.

IV – Participantes: todas as pessoas. Incluindo os usuários de serviço de Saúde Mental que participam dos projetos e da programação desta entidade e, não estão incluídos nas categorias anteriores.

01- Os novos Sócios Efetivos. Serão admitidos por proposta da Diretoria e aprovação, em Assembléia Geral.

02 – Os Sócios Contribuintes serão admitidos mediante proposta dirigida à Diretoria pelo interessado.

03 – Os Sócios Participantes serão admitidos mediante proposta dirigida à Diretoria pelo interessado.

04 – Os Sócios Beneméritos serão recomendados pela Diretoria e aprovados pela Assembléia.

Art. 7 – São deveres do Sócio Efetivo:

I – Respeitar e observar o presente Estatuto, as disposições regimentais. Deliberações de Diretoria e da Assembléia Geral.

II – Prestar a entidade toda a cooperação moral, material e intelectual e estocar-se pelo engrandecimento e desenvolvimento da entidade.

III – Comparecer as Assembléias Gerais quando convocado e ainda participar dos grupos direcionados a promover as atividades patrocinadas pela entidade.

IV – Comunicar, por escrito, a Diretoria, suas mudanças de residência.

V – Integrar as comissões para as quais for designado. Cumprir os mandatos recebidos e os encargos atribuídos pela Diretoria e/ou pela Assembléia Geral.

Art. 8 – São deveres dos Sócios Contribuinte:

I – Cumprir as disposições estatutárias regimentais.

II – Contribuir com qualquer quantidade em dinheiro ou espécie.

Art. 9 – São deveres dos Sócios Beneméritos e participantes:

I – Cumprir com as disposições estatutárias e regimentais.

Art. 10 – Os Sócios não responderão nem mesmo subsidiariamente, pelos encargos da entidade, como também nenhum direito terão no caso de retirada ou exclusão, não recebendo remuneração ou honorários por serviços ou trabalhos realizados.

Art. 11 – São órgãos de administração da entidade:

I – Assembléia Geral

II – Diretoria

III – Conselho Fiscal

Art. 12 – A Assembléia Geral, órgão supremo da vontade social, constituir-se-á dos Sócios Efetivos que poderão ser eleitos para os encargos na Diretoria e no Conselho Fiscal.

Art. 13 – Acomete à Assembléia Geral:

I – Discutir e deliberar sobre tudo e qualquer assunto de interesse da entidade para os quais for convocada.

II – Eleger a Diretoria e os membros do Conselho Fiscal.

III – Decidir sobre o Conselho Fiscal.

IV – Decidir sobre a extinção da entidade.

V – Decidir sobre a conveniência de alienar, hipotecar ou permutar bens patrimoniais, concedendo autorização à Diretoria para tal fim.

VI – Aprovar a admissão e exclusão de Sócios Efetivos.

VII – Apreciar o relatório da Diretoria e decidir sobre a aprovação das contas e do balanço anual.

Art. 14 – Assembléia Geral reunir-se-á ordinariamente, por convocação do Presidente:

I – No primeiro mês de cada semestre:

a) Apreciar o relatório semestral da Diretoria;

b) Discutir e aprovar as contas e os balanços;

II – A cada três anos, na Segunda quinzena do mês de maio para eleição da Diretoria e Conselho Fiscal.

Parágrafo Único: O ano Social coincidirá com o ano civil.

Art. 15 – A Assembléia Geral reunir-se-á extraordinariamente, quando convocada:

I – Pelo Presidente

II – Por requerimento dirigido ao Presidente por 2/3 (dois terços) dos Sócios.

III – A pedido do Conselho Fiscal, dirigido ao Presidente da entidade.

Art. 16 – A Assembléia Geral será convocada para fins determinados mediante prévio e geral anúncio, através de Edital afixado na Sede da entidade, por circulares ou outros meios adequados, com antecedência mínima de 05 (cinco) dias.

1 – Qualquer Assembléia instalar-se-á em primeira convocação com 2/3 (dois terços) dos Sócios e em segunda convocação, decorridos 30 minutos, com qualquer número.

2 – As deliberações serão tomadas pelo voto de 2/3 (dois terços) dos Sócios Efetivos para:

I – Alienar, hipotecar ou dar em caução ou permutar bens da entidade;

II – Extinguir a entidade e nomear liquidante;

III – Excluir Sócios Efetivos;

IV – Reformar parcial e totalmente os presente Estatutos.

3 – Quando a Assembléia Geral for solicitada pelos Sócios, as deliberações tomadas só serão válidas se o número de participantes da mesma, não for inferior ao número de assinaturas contidas na solicitação.

4 – Nos demais casos as deliberações serão tomadas pela maioria de votos dos Sócios presentes.

Art. 17 – A Diretoria constituída de Sócios Efetivos, será formada por um Presidente, um Vice Presidente, 1º Secretário, 2º Secretário, 1º Tesoureiro, 2º Tesoureiro, eleitos pela Assembléia Geral.

1 – As atividades dos Diretores serão inteiramente gratuitas. Vedada a distribuição de lucro, bonificações ou vantagens a dirigentes, mantenedores ou Sócios, sob qualquer forma ou pretexto.

2 – O mandato da Diretoria será de 03 (três) anos, permitido reeleições sucessivas da totalidade ou de qualquer um de seus membros.

3 – O exercício financeiro coincide com o ano civil.

Art. 18 – Compete à Diretoria:

I – Administrar a entidade;

II – Cumprir e fazer cumprir rigorosamente o Estatuto, o Regimento Interno e as decisões da Assembléia Geral;

- III – Propor à Assembléia Geral admissão, demissão e exclusão de Sócios Efetivos;
- IV- Elaborar e apresentar a Assembléia Geral os relatórios semestrais.
- V – Deliberar sobre a convocação das Assembléias Gerais;
- VI – Aprovar as tabelas de contribuições a serem sugeridas pelos Sócios em reuniões Ordinárias;
- VII – Aprovar o Regimento Interno;
- VIII – Autorizar a obtenção de empréstimos e a celebração de contratos.
- IX – Aprovar a admissão de Sócios e contribuintes;
- X – Apresentar a Assembléia Geral as contas e o balanço anual para apreciação e aprovação;
- XI – Nomear e demitir os empregados da entidade, quando for necessário;
- XII – Nomear os Diretores dos Departamentos existentes ou os que forem criados para melhorar o desempenho e coordenação e dos trabalhos e atividades desenvolvidas pela entidade.

Art. 19 – A Diretoria reunir-se-á:

- I – Ordinariamente, uma vez por mês;
- II – Extraordinariamente, sempre que necessário.
 - 1 – As convocações serão feitas pelo Presidente ou pela maioria dos Diretores;
 - 2 – Das reuniões lavrar-se-á a ata em livro próprio.

Art. 20 – Compete ao Presidente além do que a Assembléia Geral atribuir-lhe:

- I – Zelar com dedicação a causa, pelo seu bom andamento, ordem e prosperidade;
- II – Representar a entidade ativa e passivamente, judicial e extra-judicialmente;
- III – Cumprir e fazer cumprir este Estatuto e o Regimento Interno;
- IV – Superintender a todo o movimento as entidades, coordenando o trabalho dos demais Diretores;
- V – Presidir as Assembléias Gerais e as reuniões das Diretorias, subscrevendo com o Secretário as respectivas atas.

VI – Autorizar a execução dos planos de trabalho aprovados pela Diretoria;

VII – Juntamente com Tesoureiro:

- a) Autorizar a movimentação de fundos da entidade, abrir e encerrar contas bancárias e movimentá-las;
- b) Contrair empréstimos após aprovação da Diretoria;
- c) Celebrar contratos de interesses da entidade.

VIII – Juntamente com o Tesoureiro e com expressa autorização da Assembléia Geral:

- a) Adquirir bem imóveis e aceitar as doações com encargos onerosos;
- b) Alienar, hipotecar, dar em caução ou permutar bens da entidade.

Art. 21 – Compete ao Vice-Presidente:

I – Auxiliar o Presidente e substituí-lo em seus impedimentos ou por delegação de poderes.

Art. 22 – Compete ao 1º Secretário:

I – Superintender, organizar e dirigir os serviços da secretaria;

II – Ter sob sua guarda livros e arquivos relacionados as suas atribuições;

III – Secretariar as reuniões das Assembléias Gerais e as reuniões da Diretoria e subscrever as respectivas Atas.

Art. 23 – Compete ao 2º Secretário:

I – Auxiliar o 1º Secretário e substituí-lo em seus impedimentos ou por delegação de poderes.

Art. 24 – Compete ao 1º Tesoureiro:

I – Superintender, organizar e dirigir os serviços de tesouraria zelando pelo equilíbrio, correção e propriedade orçamentária da entidade;

II – Arrecadar e efetuar o pagamento das despesas;

III – Movimentar as contas bancárias assinando cheques conjuntamente com o Presidente;

IV – Dirigir e fiscalizar a contabilidade, zelando para que seja feita de forma legal e dentro dos princípios desta administração e ter sob sua guarda os livros e documentos necessários para esses fins;

V – Apresentar, mensalmente, à Diretoria o balanço do movimento da receita e despesa do mês anterior;

VI – Guardar sob sua responsabilidade todos os valores em moedas ou títulos pertencente à entidade.

Art. 25 – Compete ao 2º Tesoureiro:

I – Auxiliar o 1º Tesoureiro e substituí-lo em seus impedimentos e por delegação de poderes.

Art. 26 – No caso de vacância de um ou mais cargos de Diretoria, os substitutos serão escolhidos pela Assembléia Geral, por maioria de votos até o término do mandato.

Capítulo II – Do Conselho Fiscal

Art. 27 – A entidade terá um Conselho Fiscal composto de três membros efetivos e três suplentes, eleitos pela Assembléia Geral entre os Sócios Efetivos.

Art. 28 – O mandato do Conselho Fiscal coincidirá com o da Diretoria, sendo os cargos de exercício gratuitos.

Art. 29 – Compete ao Conselho Fiscal:

I – Examinar os livros contábeis e demais documentos relativos à escrituração;

II – Verificar o estado do “caixa” e os valores em depósito;

III – Examinar o relatório da Diretoria e o balanço anual emitindo parecer para aprovação da Assembléia Geral;

IV – Expor à Assembléia Geral as regularidade ou erros por ventura encontrados, sugerindo medidas necessárias ao saneamento;

V – Propor à Diretoria a convocação e reunião conjunta a fim de tratar de assuntos julgados relevantes.

Art. 30 – As contas da Diretoria cujo mandato se encerra, serão objetos de parecer do Conselho Fiscal que tem seus mandatos vencidos na mesma ocasião, mesmo que isso ocorra no primeiro trimestre seguinte.

Capítulo III – Do Patrimônio

Art. 31 – O patrimônio da entidade compor-se-á dos bens móveis e imóveis a ela pertencentes, ou que vierem a ser adquirido por compras, doação ou legado, contribuições, donativos, auxílios oficiais ou subvenções de qualquer tipo ou natureza.

Parágrafo Único: Todos os bens ou rendas da entidade para consecução de seus fins sociais serão aplicados exclusivamente no país.

Capítulo IV – Disposições Gerais

Art. 32 – O presente Estatuto Social poderá ser reformado, no todo ou em parte e em qualquer tempo por decisão de 2/3 (dois terços) dos Sócios Efetivos, em Assembleia Geral principalmente convocada para este.