UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

MARIANA PANTONI SANTANA

**A inclusão social pelo trabalho na perspectiva da Economia Solidária na Rede de
Atenção Psicossocial do município de Ribeirão Preto**

RIBEIRÃO PRETO

2021

MARIANA PANTONI SANTANA

**A inclusão social pelo trabalho na perspectiva da Economia Solidária na Rede de
Atenção Psicossocial do município de Ribeirão Preto**

Versão original

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica.

Área de concentração: Promoção de Saúde Mental

Orientadora: Prof^a Dr^a Regina Célia Fiorati

RIBEIRÃO PRETO

20201

Autorizo 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
Serviço de Biblioteca e Documentação
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Santana, Mariana Pantoni

A inclusão social pelo trabalho na perspectiva da Economia Solidária na Rede de Atenção Psicossocial do município de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2021.

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Regina Célia Fiorati.

1. Álcool e Drogas. 2.Saúde Mental. 3.Economia Solidária. 4. Trabalho. 5. Inserção Social.

Santana, Mariana Pantoni

A inclusão social pelo trabalho na perspectiva da Economia Solidária na Rede de Atenção Psicossocial do município de Ribeirão Preto

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovado em:/...../.....

Comissão Julgadora

Prof(a). Dr.(a): _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof(a). Dr.(a): _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof(a). Dr.(a): _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

AGRADECIMENTOS

À minha família, que sempre esteve presente e ofereceu o suporte necessário e relevante a realização desta dissertação, são eles, mãe Rita, pai Francisco, irmã Ana Carolina e irmão Fábio que caminharam ao meu lado.

À Profa. Dra. Regina Fiorati, minha orientadora, por toda a paciência, didática, disponibilidade, aprendizado e pela atenção e apoio durante o processo de orientação e escrita da dissertação.

Ao grupo Communitas, pela parceria, encontros, trocas e aprendizado ao longo deste processo.

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto pela oportunidade de realização do curso de mestrado e de todo o suporte e recursos oferecidos para que fosse possível.

À CAPES pelo apoio financeiro concedido.

À Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto pela disponibilidade e mediação para que a pesquisa pudesse ser realizada.

Aos serviços componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Ribeirão Preto, sem os serviços a realização desta pesquisa não seria possível.

Aos gerentes, coordenadores e usuários dos serviços de saúde mental de Ribeirão Preto, são eles CAPS Adulto II, CAPS Adulto III e CAPS AD pelo acolhimento e disponibilidade por participarem como sujeitos desta pesquisa.

RESUMO

SANTANA, Mariana Pantoni. **A inclusão social pelo trabalho na perspectiva da Economia Solidária na Rede de Atenção Psicossocial do município de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto.** 2021. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2021.

A exclusão do trabalho para os doentes mentais não permitiu que essas pessoas participassem das atividades laborais e das relações de trocas sociais que circundam o trabalho. No campo da saúde mental foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (Portaria No 3.088 de dezembro de 2011), no âmbito do Sistema Único de Saúde. Os Centros de Atenção Psicossocial representam significativa posição nessa rede no componente atenção psicossocial especializada. As iniciativas de inclusão social pelo trabalho devem integrar as redes de saúde e de Economia Solidária, visando a melhora nas condições de vida, ampliação da autonomia, contratualidade e inclusão social dos usuários e seus familiares. A Economia Solidária é uma alternativa a exclusão dos usuários da saúde mental no mercado capitalista e corrobora com os pressupostos da reforma psiquiátrica e da reabilitação psicossocial. O objetivo deste estudo foi analisar as iniciativas de inclusão social através do trabalho, na perspectiva da Economia Solidária que integram a Rede de Atenção Psicossocial do município de Ribeirão Preto. A pesquisa se caracterizou como estudo predominantemente qualitativo, transversal, de natureza descritiva e analítica e teve como instrumentos e técnicas de coleta de dados: questionário eletrônico utilizando a plataforma *Formulários Google*, entrevistas semiestruturadas, observação participante e diário de campo, utilizados em etapas diferentes. A pesquisa ocorreu na Rede de Atenção Psicossocial de Ribeirão Preto através dos questionários eletrônicos e nos Centros de Atenção Psicossocial nas entrevistas e observação participante. Os sujeitos da pesquisa foram os gerentes das unidades de saúde (3), coordenadores (6) e participantes (21) das iniciativas de inclusão social pelo trabalho. Com base no questionário eletrônico, as unidades de saúde que compreendem a Economia Solidária como estratégia de inclusão social pelo trabalho são especializadas em Saúde Mental. A articulação da saúde mental com a Economia Solidária possibilita a mudança do olhar sobre a loucura. Os resultados mostraram que a caracterização e métodos de consolidação das iniciativas são divergentes e variaram de acordo com o serviço de saúde em

que aconteciam, porém, parecidos no que se refere à geração de renda, pois a maioria das iniciativas apresentaram aproximação ambígua com a Economia Solidária, pois os coordenadores e os usuários não têm uma compreensão dos princípios da Economia Solidária, tampouco de ter o trabalho como fim do processo de inclusão social e não como meio terapêutico. Exceto a oficina coordenada por uma profissional que fez a capacitação em Economia Solidária e integrante do movimento em Ribeirão Preto, o que mostra a importância da capacitação dos membros dessas iniciativas. As iniciativas de inclusão social pelo trabalho mostraram-se importante ferramenta utilizada na Reabilitação Psicossocial dos usuários dos serviços de saúde mental. Os resultados mostraram também que iniciativas de inclusão através do trabalho na perspectiva da Economia Solidária são potentes estratégias de inclusão social para usuários de serviços de saúde mental. Conclui-se que os Centros de Atenção Psicossocial são os locais em que possui como referencial a Reabilitação Psicossocial e a possibilidade de espaços que visam a inclusão social pelo trabalho na perspectiva da Economia Solidária.

Palavras- chave: Álcool. Drogas. Saúde Mental. Economia Solidária. Trabalho. Inserção Social.

ABSTRACT

SANTANA, Mariana Pantoni. **Social inclusion through work from the perspective of Solidarity Economy in the Psychosocial Care Network in the city of Ribeirão Preto. Ribeirão Preto.** 2021. Master Thesis (Master Degree in Sciences) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2021.

The exclusion of work for the mentally ill did not allow these people to participate in work activities and in the social exchange relationships that surround work. In the field of mental health, the Psychosocial Care Network (Ordinance No. 3,088 of December 2011) was established, within the scope of the Unified Health System. The Psychosocial Care Centers represent a significant position in this network in the specialized psychosocial care component. Initiatives of social inclusion through work must integrate the health and Solidarity Economy networks, aiming at improving living conditions, expanding autonomy, contractuality and social inclusion of users and their families. The Solidarity Economy is an alternative to the exclusion of mental health users in the capitalist market and corroborates the assumptions of psychiatric reform and psychosocial rehabilitation. The aim of this study was to analyze social inclusion initiatives through work, from the perspective of Solidarity Economy that are part of the Psychosocial Care Network of the city of Ribeirão Preto. The research was characterized as a predominantly qualitative, cross-sectional study, of a descriptive and analytical nature and had as instruments and techniques of data collection: electronic questionnaire using the Google Forms platform, semi-structured interviews, participant observation and field diary, used in stages many different. The research took place in the Psychosocial Care Network of Ribeirão Preto through electronic questionnaires and in the Psychosocial Care Centers in the interviews and participant observation. The research subjects were the managers of the health units (3), coordinators (6) and participants (21) of the social inclusion through work initiatives. Based on the electronic questionnaire, health units that understand the Solidarity Economy as a strategy for social inclusion through work are specialized in Mental Health. The articulation of mental health with the Solidarity Economy makes it possible to change the perspective on madness. The results showed that the characterization and consolidation methods of the initiatives are divergent and varied according to the health service in which they took place, however, similar in what concerns

the generation of income, since most of the initiatives presented an ambiguous approach with the Solidarity Economy, as coordinators and users do not have an understanding of the principles of Solidarity Economy, nor of having work as an end to the process of social inclusion and not as a therapeutic means. Except for the workshop coordinated by a professional who trained in Solidarity Economy and a member of the movement in Ribeirão Preto, which shows the importance of training the members of these initiatives. Social inclusion initiatives through work proved to be an important tool used in the Psychosocial Rehabilitation of users of mental health services. The results also showed that inclusion initiatives through work from the perspective of the Solidarity Economy are powerful strategies for social inclusion for users of mental health services. It is concluded that the Psychosocial Care Centers are the places where Psychosocial Rehabilitation has as a reference and the possibility of spaces that aim at social inclusion through work in the perspective of the Solidarity Economy.

Keywords: Alcohol. Drugs. Health Mental. Labor. Social Inclusion. Solidarity Economy.

RESUMEN

SANTANA, Mariana Pantoni. **Inclusión social a través del trabajo desde la perspectiva de la Economía Solidaria en la Red de Atención Psicosocial en la ciudad de Ribeirão Preto.** Ribeirão Preto. 2021. Disertación (Master en Ciencias) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2021.

La exclusión del trabajo para los enfermos mentales no permitió que estas personas participaran en las actividades laborales y en las relaciones de intercambio social que rodean el trabajo. En el campo de la salud mental, se estableció la Red de Atención Psicosocial (Ordenanza N ° 3.088 de diciembre de 2011), en el ámbito del Sistema Único de Salud. Los Centros de Atención Psicosocial representan una posición significativa en esta red en el componente de atención psicosocial especializada. Las iniciativas de inclusión social a través del trabajo deben integrar las redes de la salud y la Economía Solidaria, con el objetivo de mejorar las condiciones de vida, ampliar la autonomía, la contractualidad y la inclusión social de los usuarios y sus familias. La Economía Solidaria es una alternativa a la exclusión de los usuarios de salud mental en el mercado capitalista y corrobora los supuestos de la reforma psiquiátrica y la rehabilitación psicosocial. El objetivo de este estudio fue analizar las iniciativas de inclusión social a través del trabajo, desde la perspectiva de la Economía Solidaria que forman parte de la Red de Atención Psicosocial de la ciudad de Ribeirão Preto. La investigación se caracterizó por ser un estudio predominantemente cualitativo, transversal, de carácter descriptivo y analítico y tuvo como instrumentos y técnicas de recolección de datos: cuestionario electrónico utilizando la plataforma Google Forms, entrevistas semiestructuradas, observación participante y diario de campo, utilizado por etapas. muchas diferentes. La investigación se llevó a cabo en el Red de Atención Psicosocial de Ribeirão Preto a través de cuestionarios electrónicos y en los Centros de Atención Psicosocial en las entrevistas y observación participante. Los sujetos de investigación fueron los gerentes de las unidades de salud (3), los coordinadores (6) y los participantes (21) de la inclusión social a través de iniciativas laborales. A partir del cuestionario electrónico, las unidades de salud que entienden la Economía Solidaria como estrategia de inclusión social a través del trabajo se especializan en Salud Mental. La articulación de la salud mental con la Economía Solidaria permite cambiar la perspectiva de la locura. Los resultados mostraron

que los métodos de caracterización y consolidación de las iniciativas son divergentes y variados según el servicio de salud en el que se desarrollaron, sin embargo, similares en lo que concierne a la generación de ingresos, ya que la mayoría de las iniciativas presentaron un enfoque ambiguo con la Economía Solidaria, como coordinadores y usuarios no comprenden los principios de la Economía Solidaria, ni tienen el trabajo como fin del proceso de inclusión social y no como medio terapéutico. Excepto el taller coordinado por un profesional capacitado en Economía Solidaria y miembro del movimiento en Ribeirão Preto, que muestra la importancia de capacitar a los integrantes de estas iniciativas. Las iniciativas de inclusión social a través del trabajo demostraron ser una importante herramienta utilizada en la Rehabilitación Psicosocial de los usuarios de los servicios de salud mental. Los resultados también mostraron que las iniciativas de inclusión a través del trabajo desde la perspectiva de la Economía Solidaria son poderosas estrategias de inclusión social para los usuarios de los servicios de salud mental. Se concluye que los Centros de Atención Psicosocial son los lugares donde la Rehabilitación Psicosocial tiene como referencia y la posibilidad de espacios que apunten a la inclusión social a través del trabajo en la perspectiva de la Economía Solidaria.

Palabras clave: Alcohol. Drogas. Economía Solidaria. Inserción Social. Salud Mental. Trabajo

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Fluxograma das etapas de coleta de dados.....	45
Gráfico 2- Relação das unidades de saúde componentes da RAPS de Ribeirão Preto que responderam ao formulário.....	50
Gráfico 3- Relação das iniciativas de inclusão social através do trabalho nas unidades de saúde componentes da RAPS.....	51

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Organograma das Unidades de Saúde do município de Ribeirão Preto.....	39
Figura 2- Cooperativa Vão das Artes.....	59

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Cenário da pesquisa.....	41
Quadro 2- Categorias dos gerentes dos serviços de saúde com iniciativas de inclusão social através do trabalho e coordenadores das iniciativas de inclusão social através do trabalho.....	54
Quadro 3- Categorias dos usuários participantes das iniciativas de inclusão social através do trabalho.....	80
Quadro 4- Caracterização das iniciativas de inclusão social através do trabalho obtidos através da observação participante.....	97

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Caracterização dos empreendimentos/oficinas/grupos de geração de renda.....	52
Tabela 2- Gerentes dos serviços de saúde.....	52
Tabela 3- Caracterização dos coordenadores das iniciativas de inclusão social pelo trabalho.....	53
Tabela 4- Identificação das iniciativas de inclusão social pelo trabalho.....	53
Tabela 5- Caracterização dos participantes das iniciativas de inclusão social através do trabalho entrevistados (n=22)	77
Tabela 6- Situação de moradia dos participantes das iniciativas de inclusão social através do trabalho entrevistados (n=22)	78
Tabela 7- Situação de renda dos participantes das iniciativas de inclusão social através do trabalho entrevistados (n=22)	79

LISTA DE SIGLAS

BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas
CT	Comunidade Terapêutica
ECOSOL	Economia Solidária
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ITES	Incubadora Tecnológica de Empreendimentos Econômicos Solidários
PAM	Posto de Atendimento Médico
PTS	Projeto Terapêutico Singular
PVC	Programa de Volta para a Casa
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RP	Reabilitação Psicossocial
SPA	Substância Psicoativa
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
UA	Unidade de Acolhimento
UBDS	Unidade Básica Distrital de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	21
1.1 Reabilitação Psicossocial.....	26
1.1.1 A história da Reabilitação Psicossocial.....	26
1.1.2 Os cenários e os pilares da Reabilitação Psicossocial.....	27
I Hábitat (moradia)	28
II Rede Social.....	29
III Trabalho com valor social.....	30
1.2 Economia Solidária.....	30
1.2.1 A história da Economia Solidária.....	31
1.2.2 Princípios da Economia Solidária.....	32
1.2.3 Economia Solidária v. Saúde Mental no Brasil.....	33
2 OBJETIVOS.....	35
2.1 Objetivos Gerais.....	36
2.2 Objetivos Específicos.....	36
3 MATERIAL E MÉTODO.....	37
3.1 Natureza do estudo.....	38
3.2 Cenário e local da pesquisa.....	38
3.3 Instrumentos de coleta de dados.....	41
3.4 Coleta de dados.....	42
3.5 Participantes da pesquisa.....	46
3.6 Análise dos dados.....	46
3.7 Procedimentos éticos.....	48
4 RESULTADOS	49

4.1 Apresentação dos dados do questionário eletrônico	50
4.2 Apresentação dos dados das entrevistas com os gerentes dos serviços de saúde que possuem iniciativas de inclusão social pelo trabalho.....	52
4.3 Apresentação dos dados das entrevistas com os coordenadores e participantes das iniciativas de inclusão social pelo trabalho.....	53
4.4 Categorias dos gerentes dos serviços de saúde com iniciativas de inclusão social pelo trabalho e coordenadores.....	54
4.4.1 Caracterização e métodos de consolidação da iniciativa.....	55
4.4.1.1 Processo de início e implementação da iniciativa no serviço que coordena....	55
4.4.1.2 Constituição, natureza e dinâmica de funcionamento da iniciativa.....	57
4.4.1.3 Objetivos e finalidades das iniciativas de inclusão social através do trabalho.	63
4.4.1.4 Artesanato como produto predominante nas iniciativas de inclusão social através do trabalho.....	64
4.4.1.5 Falta de recursos financeiros como fator limitador às iniciativas de inclusão social através do trabalho.....	65
4.4.1.6 Características dos participantes das iniciativas de inclusão social através do trabalho e dificuldades cotidianas.....	66
4.4.1.7 Qualidade e capacitação técnica para a produção.....	67
4.4.1.8 Transformação na abordagem do objeto em saúde mental: a mudança de olhar da doença mental para a Saúde Mental.....	69
4.4.2 Potencialidades e perspectivas na inclusão social pelo trabalho e redução de vulnerabilidade social.....	69
4.4.2.1 Redução dos sintomas dos transtornos mentais.....	70
4.4.2.2 O desenvolvimento de habilidades e inclusão social.....	70
4.4.2.3 Comercialização dos produtos.....	72

4.4.2.4 Fortalecimento de identidade e redução de barreiras e estigma.....	73
4.4.2.5 Inserção na esfera do trabalho.....	76
4.5 Apresentação dos dados obtidos através do questionário sociodemográfico realizado com os usuários participantes das iniciativas de inclusão social pelo trabalho.....	76
4.6 Apresentação dos dados das entrevistas semiestruturadas dos usuários participantes das iniciativas de inclusão social através do trabalho.....	79
4.6.1. Inserção dos participantes nas iniciativas de inclusão social pelo trabalho.....	81
4.6.1.1 Compreensão sobre o que é a Economia Solidária.....	81
4.6.1.2 O contato e o início da participação na iniciativa de inclusão social pelo trabalho.....	83
4.6.2 Dificuldades e potencialidades.....	85
4.6.2.1 Dificuldade em perceber a si mesmo de que é capaz.....	85
4.6.2.2 Melhoria dos recursos financeiros, materiais e humanos.....	85
4.6.2.3 Apoio e suporte técnico.....	87
4.6.2.4 Dificuldade de adesão dos usuários dos serviços de saúde mental às iniciativas de inclusão social através do trabalho.....	87
4.6.2.5 Competitividade de mercado.....	88
4.6.2.6 Capacitação para novas técnicas.....	89
4.6.2.7 Espaço de acolhimento.....	89
4.6.3 Efeitos, decorrências ou implicações da participação nas iniciativas de inclusão social pelo trabalho.....	90
4.6.3.1 Mudanças decorrentes da participação na iniciativa.....	90
4.6.3.2 Aspectos positivos da participação na iniciativa.....	92
4.6.3.2.1 Possibilidade de novos aprendizados.....	92
4.6.3.2.2 Possibilidade de inserção Social.....	92

4.6.3.2.3 Momento de distração e lazer.....	93
4.6.3.2.4 Pertencer a um novo lugar.....	93
4.6.3.2.5 Local de trocas sociais e socialização.....	94
4.6.3.2.6 Percepção de mudanças no comportamento.....	94
4.6.3.3 Sentimentos emergentes a partir da participação.....	95
4.7. Resultados dos dados complementares obtidos através da observação participante.....	96
5 DISCUSSÃO.....	104
6 CONCLUSÃO.....	117
REFERÊNCIAS.....	122
APÊNDICE A	132
APÊNDICE B.....	138
APÊNDICE C.....	145
APÊNDICE D.....	146
APÊNDICE E.....	147
APÊNDICE F.....	150
ANEXO A.....	151

1 INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais geram impacto no custo do tratamento no campo da saúde e, também, impactam a vida econômica das pessoas diagnosticadas. A partir da pesquisa de Andrade et al. (2012) nota-se a prevalência, no período de um ano, de 19,9% de distúrbios de ansiedade, 11% de distúrbios de humor, 4,3% de transtornos de controle de impulsos e 3,6% de abuso de substâncias, no Brasil. Esses problemas de saúde mental, sendo graves, representam 21,5% de anos de vida perdidos, incapacitando essas pessoas, por meio de estudos enfocados na realidade brasileira (SCHRAMM et al., 2004; ANDRADE et al., 2012).

Entretanto, fatores sociais e econômicos também exercem forte impacto na saúde mental de pessoas e populações, representando determinantes que levam ao desenvolvimento ou agravamento de transtornos mentais. Devido ao impacto dos determinantes sociais na saúde mental de pessoas com sofrimento ou transtorno mental e/ou com necessidades decorrentes do uso de álcool ou outras drogas, houve a necessidade de promover mudanças na assistência à saúde mental no Brasil, a fim de ampliar o acesso à saúde na comunidade, com base nas orientações da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2008). Estudos apontam que impactos econômicos e sociais, como falta de emprego e crise na economia, afetam diretamente a saúde mental das pessoas, gerando taxas elevadas de ansiedade e estresse, além do aumento do uso de substâncias psicoativas como maneira de lidar com situações estressantes vividas (BOLTON et al., 2009; CARRIGAN; RANDALL, 2003; KHANTZIAN, 1985, 1997 in GOEJI et al., 2015).

Uma temática importante que acompanha as transformações nas concepções e práticas em saúde – descentrando-se de um referencial puramente biomédico para uma visão ampliada de saúde, a partir da qual é entendida como socialmente determinada – é a discussão sobre os Determinantes Sociais da Saúde (DSS), provenientes do campo da saúde coletiva. Os DSS são definidos como determinantes de origem social que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. Dessa forma é possível entender como a exclusão da pessoa com transtorno mental do mundo do trabalho e da obtenção de renda tem forte impacto em sua condição de saúde, podendo incorrer no desenvolvimento de novas crises e no aumento do consumo de drogas (BUSS; FILHO, 2007; SANCHEZ; BERTOLOZZI, 2006; GONTIJO; MEDEIROS, 2009).

Sendo assim, no campo da saúde mental, visando uma integralidade maior para atuar sobre os determinantes sociais foi instituída, em 2011, através da Portaria n. 3.088 de dezembro de 2011, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para o atendimento e acompanhamento de pessoas com sofrimento ou transtorno mental e/ou com necessidade decorrente do uso de álcool

e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Essa rede tem como objetivo a criação e articulação entre os pontos de atenção à saúde para as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e/ou com necessidades decorrentes do uso de álcool, *crack* ou outras drogas. Tem como objetivos gerais ampliar o acesso à atenção psicossocial, promover o acesso aos diversos pontos de atenção à saúde e garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde e assistência social no território a essa população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

A RAPS é constituída dos seguintes componentes: 1) atenção básica em saúde formada pelos pontos de atenção, Unidade Básica de Saúde, equipes de atenção básica para populações específicas (Equipe de Consultório na Rua, equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório) e os Centros de Convivência; 2) atenção psicossocial especializada, a qual é integrada pelos pontos de atenção representados pelos Centros de Atenção Psicossocial; 3) atenção de urgência e emergência, os pontos de atenção que integram esse componente são o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) 192, Sala de Estabilização, Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas, portas hospitalares de atenção à urgência/pronto-socorro, Unidades Básicas de Saúde; 4) a Atenção Residencial de Caráter Transitório, a qual é formada pelas Unidades de Recolhimento e Serviços de Atenção em Regime Residencial; 5) a atenção hospitalar, cujos pontos de atenção são enfermarias especializadas em Hospitais Gerais, Serviço Hospitalar de Referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas; 6) ainda há o componente representado pelas estratégias de desinstitucionalização, o qual é formado pelo ponto de atenção Serviços Residenciais Terapêuticos; 7) como último componente tem-se a reabilitação psicossocial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

É importante destacar a significativa posição que assume o componente atenção psicossocial especializada nessa rede, representado pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). O CAPS é um serviço comunitário de atenção psicossocial em saúde mental, conta com equipe multiprofissional, atuando interdisciplinarmente, atendendo pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e pessoas com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, na comunidade. As atividades são realizadas preferencialmente em espaços coletivos, como grupos e oficinas, em articulação com os outros pontos da rede, são equipamentos comunitários de saúde mental fundamentados na Reabilitação Psicossocial, desenvolvendo ações e programas voltados para a reabilitação psicossocial, incluindo-se os

empreendimentos de inclusão pelo trabalho, iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais (BRASIL, 2011).

As iniciativas de inclusão social pelo trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais devem integrar as redes de saúde e de Economia Solidária, utilizando os recursos presentes no território, visando a melhora nas condições de vida, ampliação da autonomia, contratualidade e inclusão social dos usuários e seus familiares, propiciando ações voltadas aos determinantes sociais da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Segundo o 1º Plano Nacional de Economia Solidária, a Economia Solidária tem apresentado mudanças no âmbito do trabalho, pois aposta em alternativas de geração de trabalho e renda, possuindo características principais como os princípios de autogestão, cooperação e solidariedade na realização de atividades de produção de bens e de serviços, distribuição, consumo e finanças (1º PLANO NACIONAL DE ECONOMIA SOLIDÁRIA, 2015).

Nos anos 1980, a Economia Solidária no Brasil se fortaleceu com o surgimento das cooperativas, empresas de autogestão, mas somente após o I Fórum Social Mundial a articulação e discussão no âmbito nacional foi estruturada durante as atividades da Economia Solidária Fórum (MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO, 2010).

A articulação da Economia Solidária com a Saúde Mental, no Brasil, se deu a partir da parceria que o governo realizou em 2004 entre a Secretaria Nacional de Economia Solidária (Ministério do Trabalho e Emprego) e o Ministério da Saúde, constituindo a Rede Brasileira de Saúde Mental e Economia Solidária (BARRETO et al., 2013), instituída oficialmente em 2005. Essa rede visa mapear e contribuir para iniciativas de geração de renda e inclusão das pessoas com transtornos mentais e/ou que apresentam problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, contando com 1.008 iniciativas de inclusão social pelo trabalho, segundo o último levantamento realizado no período de dezembro de 2005 a dezembro de 2013 (BRASIL, 2015).

A Economia Solidária apresenta posição contrária ao capitalismo, uma vez que considera a pessoa na sua integralidade, visando sua autonomia política, social e humana e sua finalidade econômica só acontece com base em vínculos solidários, cooperativos e nunca por vínculos baseados na livre concorrência, como se dá no sistema econômico vigente; garantindo, então, espaços democráticos na gestão da atividade econômica, responsabilidade com o bem-estar dos trabalhadores e sustentabilidade do meio ambiente, distribuição justa dos resultados obtidos, participação em conjunto com a comunidade e com movimentos sociais emancipatórios (1º PLANO NACIONAL DE ECONOMIA SOLIDÁRIA, 2015).

Sendo assim, percebe-se que a política pública de Economia Solidária é um processo de conquista social. A expansão das políticas públicas de Economia Solidária nacionalmente foi conquistada nos últimos anos e fortalece os esforços de organizações da sociedade civil e de governos municipais e estaduais, fomenta estratégias de geração de trabalho associado e de cooperação em atividades de produção, comercialização e consumo, articuladas a processos sustentáveis e solidários de desenvolvimento (1º PLANO NACIONAL DE ECONOMIA SOLIDÁRIA, 2015).

Segundo Amarante e Belloni (2014), a inclusão social pelo trabalho é capaz de promover a ampliação da contratualidade da pessoa em sofrimento mental.

As pessoas que apresentam sofrimento psíquico e/ou uso de substâncias psicoativas se tornam vulneráveis à exclusão na esfera do trabalho, sendo essa condição a mais frequente nessa população. Sentimentos como desespero, pavor e angústia causados pela exclusão social prolongada trazem como consequência o desenvolvimento ou o agravamento de transtornos mentais. A inclusão social pelo trabalho é a forma como atualmente milhões de pessoas se reabilitam, além de possibilitar que mostrem a capacidade e aptidão de viver em convívio, de criar condições sociais, políticas e econômicas para enfrentamento à exclusão com base no desemprego (KINISHITA, 2014).

Estudos apontam que a inclusão social pelo trabalho é capaz de proporcionar a ampliação da contratualidade da pessoa em sofrimento mental. A partir dos anos 2000, o Brasil potencializou o investimento em ações que facilitam a inserção no trabalho, geração de renda e inclusão social, mas ainda não constituiu legalmente um conjunto de ações em políticas públicas de apoio e incentivo às cooperativas sociais e iniciativas econômicas solidárias, por isso há a necessidade de avançar e avaliar ações de forma crítica, no sentido de perseguir a melhoria e alcance dos objetivos sobre o quanto ainda devem ser desenvolvidas na direção da autonomia e do desenvolvimento da cidadania real dos envolvidos, de seu processo de emancipação (AMARANTE; BELLONI, 2014; LUSSI et al., 2011).

Pensando, portanto, como iniciativas de geração de renda e trabalho através da Economia Solidária têm se mostrado importantes fatores de inclusão social para pessoas em sofrimento mental, este estudo tem como objetivo analisar como as iniciativas de Economia Solidária vêm sendo integradas às estratégias da RAPS do município de Ribeirão Preto. Nesse sentido, ressalta-se a importância dessa pesquisa para o mapeamento das iniciativas que visam à inclusão social pelo trabalho de pessoas com transtornos mentais, bem como a identificação das potencialidades de criação e fortalecimentos dessas iniciativas e na resolução das dificuldades apresentadas.

O marco teórico da pesquisa foi constituído por dois referenciais teóricos: o da reabilitação psicossocial e o da Economia Solidária, pois esses dois referenciais estão absolutamente conectados e interseccionados nas ações, programas e estratégias gerais da RAPS, bem como nos projetos terapêuticos dos serviços de base comunitária de saúde mental, tais como os CAPS.

1.1 Reabilitação Psicossocial

A Reabilitação Psicossocial (RP) é estratégia que tem como um de seus pressupostos a reinserção social através do trabalho. A reabilitação psicossocial é definida como um conjunto de programas e serviços elaborados para auxiliar a vida de pessoas com problemas severos, visando à autonomia do exercício de suas funções em seu meio social, objetivando a potencialidade da pessoa através de uma abordagem compreensiva e suporte vocacional, residencial, social, recreacional, educacional, adaptado à singularidade de cada indivíduo (PITTA, 2001).

Saraceno apresenta a existência de uma estreita relação entre a cidadania e saúde mental, pois o indivíduo que não usufrui integralmente de sua cidadania encontra-se vulnerável a maior sofrimento psíquico. Assim, o pressuposto da reabilitação psicossocial é a transformação da pessoa de sua condição de doente mental para a condição de cidadão (SARACENO, 2001).

1.1.1 A história da Reabilitação Psicossocial

A Reabilitação Psicossocial é originária dos movimentos da Reforma Psiquiátrica nos Estados Unidos e Europa, desenvolvida de diferentes maneiras, acarretando mudanças nos sistemas de saúde mentais locais – modificando a atenção psiquiátrica que deixa de ser centrada no modelo hospitalocêntrico, isolamento social das pessoas com transtornos mentais, controle social e segregação –, constituindo novas formas de atenção com o foco na comunidade e estabelecimento de vínculos afetivos e sociais, com a produção de trocas, objetivando recapacitar as pessoas com transtornos mentais a produzirem sua vida material e simbolicamente na cultura (AMARANTE, 2007).

A desinstitucionalização ocorre, inicialmente, com a mudança da explicação causal da doença e da necessidade da solução racional para o problema (doença mental), ou seja, a necessidade de o padrão de normalidade ser restabelecido, assumindo outra forma de

intervenção prática em que a doença mental passa a ser compreendida como forma de existência e de expressão (ROTELLI; DE LEONARDIS; MAURI, 1990).

Nessa lógica, as instituições (manicômios) são desmontadas possibilitando novas conquistas, tais como a criação de serviços de base comunitárias substitutivos ao modelo hospitalar para o tratamento de pessoas com transtornos mentais. O sofrimento psíquico passa a ser entendido como forma de existência, e não doença, sendo compreendido a partir de novas relações inscritas em novos espaços instituídos, que exploram possibilidades híbridas e novos modos de subjetivação (AMARANTE, 2007).

Segundo Saraceno (1999), é indispensável a desconstrução do manicômio e a construção de serviços substitutivos alternativos ao modelo até então vigente (modelo hospitalocêntrico). Sendo assim, a RP tem como objetivo solucionar a dicotomia entre o indivíduo e seu contexto e entre especialistas e tratamentos, constituindo serviços de saúde mental com o foco na inclusão do sujeito portador de transtornos mentais, compreendendo a sua complexidade social, política e civil (SARACENO, 1999).

De acordo com Bertolote (1996), a reabilitação social não pode ser entendida como uma reabilitação para doentes, considerando que em alguns casos uma pessoa pode necessitar da reabilitação no campo social; o autor defende que o sujeito alvo da reabilitação psicossocial é o que se encontra em desvantagem social. Para ele, a reabilitação é um processo que tem como objetivo remover barreiras – pois essas dificultam a inserção social plena do sujeito em desvantagem social na sua comunidade – e possibilitar ao indivíduo realizar o exercício de seus direitos e de cidadania. Portanto, a RP pode ser entendida como o processo pelo qual o indivíduo, através das barreiras removidas, tem condições melhores de efetivar o seu exercício pleno de cidadania.

É na década de 1970 que o Movimento de Reforma Psiquiátrica se inicia no Brasil, porém ganha força nas décadas de 1980 e 1990 através da instituição dos serviços comunitários em saúde mental: os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Centros de Convivência (CECCO) e os Hospitais-Dia (AMARANTE, 1995).

1.1.2 Os cenários e os pilares da Reabilitação Psicossocial

A reabilitação psicossocial é uma abordagem e estratégia que necessita mais do que transformar um usuário de um estado de “desabilidade” (perda ou limitação de habilidades para a realização de atividades necessárias à reprodução da vida material e simbólica, decorrentes

da doença ou iatrogenia como consequência do tratamento) a um estado de “habilidade”, de um estado de incapacidade a um estado de capacidade. O processo de reabilitação seria um processo de reconstrução, um exercício pleno de cidadania e de contratualidade nos três grandes pilares: hábitat, rede social e trabalho com valor social (SARACENO, 2001). Em saúde mental, os serviços de base comunitária devem centrar seu trabalho em três grandes canários: a moradia dos usuários, as redes sociais de que participam ou potencialmente podem participar e a inclusão no trabalho como forma de inclusão social, na medida que lhes possibilita realizar as trocas econômicas necessárias para a vida. O poder contratual são as relações de trocas, no contexto social, realizadas a partir de um valor previamente atribuído para cada indivíduo, dentro do campo social, como precondição para qualquer processo de troca (TYKANORI, 2001), ou seja, a habilidade que o indivíduo tem em efetuar suas trocas sejam elas afetivas, sejam materiais (SARACENO, 2001).

I – Hábitat (moradia)

Saraceno (2001) aponta a diferença entre “estar” e “habitar” um lugar. O primeiro significa estar em uma condição nula e escassa da propriedade em que vive, não somente no sentido material, em uma relação de anomia e anonimato da pessoa com o espaço, não possuindo poder de decisão material e/ou simbólico. O segundo apresenta um poder de contratualidade com a propriedade, em relação à organização material e simbólica do espaço. Segundo Saraceno (2001, p. 114), um “dos elementos fundamentais da qualidade de vida de um indivíduo e de sua capacidade contratual é representado pelo quanto o próprio ‘estar’ em qualquer lugar se torna um ‘habitar’ esse lugar”.

O modelo anterior ao da RP centralizava o tratamento dos portadores de sofrimento mental nos hospitais psiquiátricos e asilos, o que os impedia de exercer o direito à moradia enquanto hábitat, uma vez que o manicômio é o lugar onde é negado o hábitat e afirmado o estar (SARACENO, 2001). Portanto, a RP também tem como objetivo a garantia do direito à moradia e habitação dos portadores de sofrimento mental egressos ou não de longas hospitalizações, através da criação de espaços de moradia, sendo essa uma das bases da Reabilitação Psicossocial (SARACENO, 2001).

No Brasil, essas ações foram estruturadas através da instituição dos Serviços de Residenciais Terapêuticos (SRTs) em 1990, com a inclusão de pessoas com transtornos mentais com mais de dois anos de internações em hospitais psiquiátricos e que não tinham mais famílias possíveis de serem identificadas ou encontradas ou que não conseguiriam acolher essas pessoas (FURTADO et al., 2010). Essas iniciativas foram oficializadas no âmbito do SUS através da

Portaria 106/2000 (BRASIL, 2002). Essas foram introduzidas nos movimentos de desinstitucionalização no Brasil pautados na Reabilitação Psicossocial.

II – Rede social

A participação nas trocas de identidades ou na invenção dos lugares em que essas trocas sejam possíveis é denominada rede social. A *desabilidade* (SARACENO, 2001, p. 14) é o empobrecimento e enfraquecimento dessa rede, quantitativa e qualitativamente (SARACENO, 2001).

A rede social pode ser considerada, de acordo com Sluzki (2006), a soma de relações significativas para a pessoa, o conjunto de vínculos interpessoais dela, podendo ser composta por pessoas da família, pessoas da comunidade, amigos, profissionais dos serviços de saúde, colegas de trabalho e agências sociais.

Com o objetivo de aumentar a rede social das pessoas em sofrimento psíquico, a RP foca nos serviços de saúde mental com base comunitária, necessitando do envolvimento dos profissionais de saúde e dos atores envolvidos nesse processo, como a família, por exemplo (SARACENO, 2001).

Os recursos da RP têm como finalidade melhorar as redes sociais de produção e reprodução da vida. Não acumulam conhecimentos tecnocientíficos e universais para se legitimarem, contudo atuam diretamente nos contextos socioculturais destinados a responderem a problemáticas pontuais da vida cotidiana dos sujeitos e seus familiares (FIORATI; SAEKI, 2011).

Saraceno (2011) aponta que o indivíduo apresenta falta de habilidades sociais e, também, o empobrecimento de sua rede social e que será através dessa que ele ressignificará seu local na sociedade. As redes sociais são essenciais à vida humana, formando os vínculos essenciais à manutenção e sustentação da vida pessoal e coletiva; essa rede deve ser a base para o enfrentamento dos problemas, além de proporcionar ambiente de acolhimento adequado para o desenvolvimento. A rede social de apoio representa um círculo social elaborado por traços de afinidade constituídos por uma teia com o objetivo de unir pessoas (COSTA; DELL'AGLIO, 2009; MOLINA et al., 2009).

A RP é, então, a estratégia composta de um conjunto de meios que se desenvolvem para melhorar as trocas, valorizar as subjetividades e promover a contratualidade social. A RP inclui o processo de facilitar à pessoa com limitações restaurar a autonomia do exercício de suas funções na comunidade (PITTA, 2001).

III – Trabalho com valor social

O trabalho com valor social, apresentado como um dos grandes pilares para Saraceno, deve ser diferenciado do trabalho “terapêutico” do tratamento moral, pautado na diminuição e privação da liberdade, relações de subordinação e produção de dependência nas instituições. Na reabilitação psicossocial há a mudança nos modos de pensar a inclusão pelo trabalho, transformando o lugar de “assistido”, restituindo direitos, assumindo criticamente a entrada nas relações de trabalho e da economia, construindo espaços reais que possibilitem às pessoas o direito ao trabalho, a partir de suas potencialidades, possibilitando restituir a subjetividade da pessoa visando resgatar a contratualidade social e, como resultado, a cidadania (SARACENO, 2001).

O desenvolvimento lógico do trabalho anti-institucional foi a criação de cooperativas, funcionando como espaços de serviço (tratamento) e lugares de produção (mercado); nesse sentido, o “trabalho aparece como importante indicador do funcionamento social e visto como função recíproca complexa entre o indivíduo e os lugares econômicos e sociais, mas sobretudo como faculdade intrapsíquica de adaptação” (SACARENO, 2001, p. 127).

No Brasil, após a década de 1970, com o surgimento do Movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira e o desenvolvimento da desinstitucionalização, o trabalho como reparação dos direitos e inclusão social é organizado com as cooperativas de trabalho. Esse trabalho, que antes tinha como objetivo a alienação, com fins terapêuticos, é visto como trabalho dotado de direitos humanos, sociais, políticos e de trocas sociais.

Os NAPS, os primeiros serviços de atenção em saúde mental com base comunitária, os quais deram origem aos CAPS, inauguraram várias iniciativas de inclusão social através do trabalho (AMARANTE, 1995).

A Portaria 3.088 de 2011, que instituiu a RAPS para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS, conta com as iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais no componente da RP. Assim, é possível observar que a RP está em conexão direta com a inclusão social pelo trabalho, pois tem como um de seus pilares básicos a inserção da pessoa em sofrimento mental no trabalho com valor social.

1.2 Economia Solidária

A Economia Solidária pode ser definida como uma criação em processo contínuo de trabalhadores em resistência contra o capitalismo (SINGER, 2000). A Economia Solidária é

descendente de um movimento de trabalho cooperativado que surgiu na época da Revolução Industrial, como forma de luta de resistência à organização capitalista industrial nascente, da época, que gerava empobrecimento dos artesãos devido ao crescente uso de maquinários e de fábricas de produção (SINGER, 2002).

1.2.1 A história da Economia Solidária

Paul Singer (2002) considera a origem histórica da Economia Solidária o “cooperativismo revolucionário”, surgido na Europa como alternativa à organização capitalista do trabalho. Na França, Charles Fourier propôs um sistema fundamentado na proposta de que as pessoas deveriam ser livres para escolher o que gostariam de produzir com base na escolha de produzir aquilo que as atraía, acarretando aumento da produção e produtividade. Esse sistema foi experimentado nos Estados Unidos.

Robert Owen e Charles Fourier inspiraram o cooperativismo, que se difundiu no século XIX na Europa, começando de fato pela cooperativa dos Pioneiros Equitativos de Rochdale, em 1844, por operários de um centro têxtil na Inglaterra, adotaram alguns princípios do cooperativismo, sendo eles: 1) cada membro tem direito a um voto nas decisões a serem tomadas; 2) a cooperativa era porta aberta, qualquer um que desejasse poderia aderir; 3) o cooperado deveria pagar uma taxa de juros fixa, caso necessitasse de dinheiro emprestado da cooperativa; 4) divisão das sobras entre os membros em proporção; 5) compras feitas à vista; 6) produtos vendidos de forma pura; 7) empenho na educação cooperativa; 8) imparcialidade religiosa e política. Esses princípios vieram a se tornar os princípios universais do cooperativismo (SINGER, 2018). A cooperativa de Rochdale é considerada a primeira cooperativa e a partir dela surgiram outras em diversos países, assim, o cooperativismo se tornou um movimento social oposto ao capitalismo, já dominante naquela época (SINGER, 2018).

As cooperativas, em todas as suas classificações, como as cooperativas de produção industrial, cooperativas com capital modesto, associações de pessoas estigmatizadas ou marginalizadas, cooperativas de trabalho, junto com os clubes de trocas constituem o campo da Economia Solidária (SINGER, 2000).

No Brasil, segundo Singer (2000), a Economia Solidária surge em 1980, mas é somente no início da década de 1990 que ganha corpo, como resultado de movimentos sociais que lutavam contra o desemprego em massa daquela época; assim surgiram as primeiras experiências brasileiras. Ainda na década de 1990 empresas autogestionárias fundaram a

Associação Nacional de Trabalhadores em Empresas Autogestionárias e de Participação Acionária (Anteg).

Apesar de serem recentes, há alguns marcos importantes para a Economia Solidária no Brasil como o Fórum Social Mundial (2001), I Plenária Brasileira de Economia Solidária (2002), II Plenária Brasileira de Economia Solidária e a III Plenária Brasileira de Economia Solidária (2003), Secretaria Nacional de Economia Solidária (SENAES) (2003) e o Fórum Brasileiro de Economia Solidária (2003) (BARBOSA, 2007).

1.2.2 Princípios da Economia Solidária

A Economia Solidária tem como princípios fundamentais a autogestão, autonomia, solidariedade, democracia e cooperação. Na autogestão o trabalho coletivo e a participação democrática dos trabalhadores são relevantes, pois essa estrutura organizacional interna é oposta à heterogestão, ou seja, não hierarquizada. A autogestão promove o desenvolvimento do sujeito nas relações de produção com o objetivo de satisfazer as necessidades humanas, no contexto social e político, o estímulo à criatividade e igualdade não visando o lucro e a alienação provocada pela economia capitalista; além disso, todas as pessoas possuem o mesmo peso de voto na tomada de decisões nas cooperativas solidárias. O sujeito passa a ter a possibilidade de reflexão sobre seu papel no contexto social em que vive e, com isso, exercer a cidadania (LEAL; RODRIGUES, 2018; REBEHY, 2015).

A autonomia é exercida à medida em que há a permissão do sujeito na tomada de decisões colocadas pelo princípio da autogestão, com o objetivo de promover a preservação e desenvolvimento do grupo, evitando o atravessamento das decisões de setores externos ao empreendimento, como, por exemplo, outras empresas, organizações e o governo (REBEHY, 2015).

O princípio da solidariedade caracteriza-se pela solidariedade democrática, marcada pela igualdade, reciprocidade e organização da produção, e não como um conceito de caridade. A competição fomentada pela economia tradicional dá lugar a trocas entre as pessoas no princípio da cooperação (LEAL; RODRIGUES, 2018).

As cooperativas, no Brasil, também se tornam ferramentas importantes para a inclusão de pessoas com sofrimento psíquico e/ou que fazem uso de substâncias psicoativas devido à dificuldade de inserção no mercado de trabalho capitalista (BRASIL, 2015).

O cooperativismo social é um subgrupo dentro do cooperativismo e objetiva a inclusão de pessoas em desvantagem no mercado de trabalho. Esse modelo surge na experiência de

desinstitucionalização na Itália, em que as cooperativas sociais foram essenciais para o fechamento dos manicômios (MARTINS, 2014).

1.2.3 Economia Solidária v. Saúde Mental no Brasil

Iniciativas de inclusão social através do trabalho com base na Economia Solidária, no Brasil, no campo da saúde mental, surgem na década de 1990 paralelamente à Reforma Psiquiátrica e, em 1999, através da Lei 9.867 é legalizada a criação e funcionamento das Cooperativas Sociais, visando à integração social das pessoas em desvantagem, sendo elas: deficientes físicos e sensoriais; os deficientes psíquicos e mentais, as pessoas dependentes de acompanhamento psiquiátrico permanente e os egressos de hospitais psiquiátricos; os dependentes químicos; os egressos de prisões; os condenados a penas alternativas à detenção; os adolescentes em idade adequada ao trabalho e situação familiar difícil do ponto de vista econômico, social ou afetivo (BRASIL, 1999). Nesse momento, a Economia Solidária ganha força novamente devido à crise econômica advinda da política neoliberal vigente, acarretando a criação da Secretaria Nacional de Economia Solidária) em 2003, visando coordenar e apoiar as atividades de Economia Solidária no Brasil (SECRETARIA DE ECONOMIA SOLIDÁRIA, 2015).

A militância no movimento da luta antimanicomial dos usuários, familiares e trabalhadores dos serviços de saúde mental, em relação à inserção social através do trabalho das pessoas portadoras de transtornos mentais, culminou na III Conferência Nacional de Saúde Mental e incentivou o mapeamento das iniciativas de inclusão social através do trabalho pela Coordenação Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006).

Em 2004, o evento Oficina de Experiências de Geração de Renda e Trabalho de Usuários de Serviços de Saúde Mental deu início à parceria entre SENAES, do Ministério do Trabalho e Emprego, e a Coordenação Nacional de Saúde Mental, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005).

A SENAES, então, considerou o cooperativismo social como importante experiência da Economia Solidária no Brasil e insere a discussão sobre a inclusão social pelo trabalho na pauta (SINGER; SCHIOCHET, 2014). Sendo assim, o cooperativismo e as oficinas de geração de renda baseadas na Economia Solidária, atrelados aos pressupostos da reabilitação psicossocial, é uma importante estratégia para a inserção no mundo do trabalho e na vida produtiva.

Optar pela Economia Solidária como norteadora para a inclusão social através do trabalho foi devido aos seus princípios fundamentais, como a autogestão, justiça social, trabalho

coletivo e a solidariedade, tendo importante papel na inclusão social e proporcionando o direito à cidadania dos usuários de saúde mental (AMARANTE; BELLONI, 2014; MARTINS, 2008).

Vale ressaltar que em 2011 foi consolidada a RP através da Portaria n. 3088 de 23 de dezembro de 2011, pelo Ministério da Saúde, instituindo a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no SUS (BRASIL, 2011). Além disso, a Economia Solidária e a saúde mental se mostram como alternativa à “desconstrução da lógica produtivista e alienada como única relação possível no mundo do trabalho” e para a saúde mental representa “a oportunidade de arquitetar a inclusão social de sujeitos com vivências de sofrimento psíquico para além de espaços e ações de trabalhos terapêuticos, de ocupação do tempo livre, cerceados e protegidos (SANTIAGO; YASUI, 2015, p. 709).

Dessa forma os referenciais teóricos da Reabilitação Psicossocial e da Economia Solidária utilizados nesta pesquisa estão intrincados e extremamente ligados um ao outro no eixo do trabalho com valor social e, também, o componente da RP na RAPS é composto principalmente pela Economia Solidária, representando, então, o marco teórico excelente para balizar a compreensão do fenômeno estudado.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar as iniciativas de inclusão social através do trabalho, na perspectiva da Economia Solidária, que integram a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município de Ribeirão Preto.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever e analisar como está organizada a RAPS no município de Ribeirão Preto e identificar os seus componentes.
- Identificar iniciativas de inclusão social pelo trabalho desenvolvido nos serviços que compõem a RAPS do município de Ribeirão Preto e, dentre essas, aquelas com base na Economia Solidária.
- Analisar como as estratégias de inclusão social pelo trabalho com base na Economia Solidária auxiliam no processo de reabilitação psicossocial dos usuários dos serviços componentes da RAPS do município de Ribeirão Preto.
- Analisar como as estratégias de inclusão social pelo trabalho auxiliam no enfrentamento das iniquidades sociais vividas pelos usuários com base nos princípios da Economia Solidária nos serviços componentes da RAPS no município de Ribeirão Preto.

3 MATERIAL E MÉTODO

3.1 Natureza do estudo

A pesquisa consiste em estudo predominantemente qualitativo, transversal, de natureza descritiva e analítica. Os estudos transversais descritivos enfocam em um objeto, com o objetivo de analisá-lo minuciosamente em um contexto e tempo específicos e atuais, em um determinado momento (PARDAL; LOPES, 2011, p. 33), aprofundando a descrição de uma determinada realidade (TRIVIÑOS, 1992, p. 110). Os instrumentos para a coleta de dados foram: questionário através da plataforma virtual *Google Docs*, entrevistas semiestruturadas, observação participante e diário de campo.

3.2 Cenário e local da pesquisa

O município de Ribeirão Preto, está localizado na região noroeste do estado de São Paulo, com aproximadamente 703.293 habitantes, com um território de 650.916 km². Desde maio de 1998 está qualificado na Gestão Plena do Sistema Municipal pela Portaria n. 2.553 e é o município polo assistencial da microrregião da Direção Regional de Saúde XIII, sendo referência para os municípios próximos, nos níveis de média e elevada complexidade tecnológica (IBGE, 2019).

A rede de saúde do município de Ribeirão Preto é organizada por distritos de saúde, sendo esses o distrito Norte/Quintino, Sul/Vila Virgínia, Central, Oeste/Sumarezinho e Leste/Castelo Branco. Esses distritos são definidos como regiões de área e população definidas considerando as características geográficas, econômicas e sociais do local, têm como finalidade prestar atendimento básico e de pronto atendimento em urgências na comunidade e facilitar o acesso ao atendimento de algumas especialidades encontradas nas Unidades Básica e Distrital de Saúde (UBDS). Cada distrito possui uma UBDS de referência e conta, também, com diversas Unidades Básicas de Saúde (UBS) com atendimento básico de médicos, odontologistas e equipe de enfermagem (PREFEITURA DA CIDADE DE RIBEIRÃO PRETO, 2020).

Segundo informações do Plano Municipal de Saúde 2018-2021 de Ribeirão Preto, a rede municipal de saúde conta com 95 estabelecimentos de saúde SUS, a rede de serviços da Atenção Básica conta com 46 estabelecimentos de atenção básica, distribuídos no município, sendo 26 UBS, 19 Unidades de Saúde da Família (USF) e duas UBDS. A atenção básica é definida como o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e

gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre a qual as equipes assumem responsabilidade sanitária; é considerada a porta principal de entrada na Rede de Atenção à Saúde, coordenando o cuidado e direcionando as ações e serviços disponíveis na Rede, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017 (PNAB, 2017).

Figura 1 – Organograma das Unidades de Saúde do município de Ribeirão Preto

Fonte: Plano Municipal de Saúde 2018-2021.

Além disso, conta com duas Unidades Distritais e Especializadas, uma UPA e 11 Unidades Especializadas que atendem serviços de atenção secundária – desses, estão inclusos os sete CAPS, em todas as modalidades (adulto; álcool e outras drogas; infantil), de acordo com a Resolução n. 19, de 27 de outubro de 2006, em que o ambulatório central e regional de Saúde Mental e a Equipe de Saúde Mental do Posto de Atendimento Médico (PAM) II de Ribeirão

Preto passam a ser denominados CAPS e têm mudanças na atuação de acordo com o que é preconizado pela Política Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde; sendo assim, inicialmente o município contava com quatro CAPS e, em 2006, passa a conter sete serviços especializados em Saúde Mental (PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO, 2017).

Entende-se como CAPS o ponto de atenção psicossocial especializado da RAPS, com atuação de uma equipe multiprofissional através da interdisciplinaridade, prestando atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas; esse atendimento ocorre na comunidade em que o sujeito vive e conta com diferentes tipos de regime de tratamento: intensivo, semi-intensivo e o não intensivo. As atividades são preferencialmente em espaços coletivos, como grupos, priorizando a articulação intersetorial. O atendimento prestado tem como instrumento norteador o Projeto Terapêutico Singular (PTS), que envolve o sujeito, a equipe, a família e o contexto em que vive. Pode-se considerar que os CAPS estão organizados de acordo com a quantidade de habitantes do município em questão: CAPS I para municípios com mais de 20 mil habitantes; CAPS II para municípios com mais de 70 mil habitantes; CAPS III com funcionamento 24 horas, atendendo especificamente pessoas com transtornos mentais graves e persistentes para municípios com mais de 200 mil habitantes; CAPS AD (Álcool e Drogas) que atende pessoas com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas para municípios com mais de 70 mil habitantes; CAPS AD III com funcionamento 24 horas para municípios com mais de 200 mil habitantes e CAPS i (Infantil), que atende crianças e adolescentes para municípios com população acima de 50 mil habitantes – segundo a Portaria n. 3.088 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Sendo assim, considerando a normativa de 2006 do município de Ribeirão Preto e o Plano Municipal de 2018-2021, Ribeirão Preto conta com sete CAPS, sendo esses: três CAPS Adulto II, dois CAPS infantil, um CAPS Adulto III e um CAPS AD.

O cenário da pesquisa incluiu os pontos de atenção básica e especializada da RAPS do município de Ribeirão Preto, exceto os dois CAPS Infantil, devido à faixa etária dos usuários do serviço, que não se encaixava nos critérios dos participantes desta pesquisa.

O cenário da pesquisa se inseriu na esfera da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Ribeirão Preto. A RAPS do município de Ribeirão Preto é denominada Rede de Atenção Psicossocial “Aqüífero Guarani” e é composta pelos seguintes componentes: 1) no componente atenção básica, Unidades Básicas de Saúde (UBS), incluindo aquelas que contam com o programa Estratégia de Saúde da Família (ESF) e uma equipe de consultório na rua; 2) na

atenção especializada, Ribeirão Preto possui sete Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), nas modalidades CAPS i, CAPS II, CAPS III e CAPS AD; 3) a atenção urgência e emergência é prestada pelo SAMU no atendimento às crises e quatro Unidades de Suporte Básico (UPAS); 4) o componente Atenção Residencial de Caráter Transitório conta com duas Unidades de Acolhimento (UA), sendo uma infantil e outra adulta e comunidades terapêuticas; 5) a atenção hospitalar possui 30 leitos no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; nas estratégias de desinstitucionalização são 16 Serviços de Residenciais Terapêuticos (SRT) e o Programa de Volta para a Casa (PVC) (PLANO REGIONAL DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL, 2013).

Quadro 1 – Cenário da pesquisa

Serviços de saúde incluídos na pesquisa	Quantidade
Unidades de Atenção Básica	48
CAPS	4
Total	52

Fonte: elaborado pela autora (2020).

3.3 Instrumentos de coleta de dados

Os instrumentos de coleta de dados foram aplicados de acordo com cada etapa da pesquisa realizada. Para a etapa do mapeamento dos serviços de saúde que compõem a RAPS do município de Ribeirão Preto – que possuem iniciativas de inclusão social através do trabalho com base na Economia Solidária – foi utilizado um questionário eletrônico elaborado a partir da plataforma Google/Gmail, nomeado *Google Forms*. Esse foi disponibilizado aos gerentes dos serviços do ponto de atenção básica e dos serviços especializados (CAPS) da RAPS de Ribeirão Preto através do endereço de *e-mail* disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, após contato realizado pela pesquisadora. Nesse questionário, disponível no APÊNDICE B, após acessar o *link* enviado através do *e-mail*, encontrava-se a página do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em que o participante poderia optar em clicar “sim”, caso aceitasse participar da pesquisa, e “não” caso se recusasse.

Após aceitar participar da pesquisa, automaticamente o questionário se iniciava, primeiramente com algumas questões básicas, como o nome do participante, *e-mail* da unidade de saúde e qual a unidade de saúde em que é gerente; na página seguinte foi apresentada uma breve descrição sobre a Economia Solidária, a fim de facilitar ao gestor identificar se no serviço

de saúde que gerencia há alguma estratégia de inclusão social desse tipo, a página seguinte continha as questões elaboradas, sendo essas: se possuía alguma iniciativa de inclusão social no local que gerencia; em caso afirmativo, a página seguinte possuía mais três questões referentes especificamente a essa iniciativa, com perguntas sobre quem desenvolve esse grupo/iniciativa, o que é produzido pelos participantes e, por último, se é baseado na perspectiva da Economia Solidária.

O outro instrumento de coleta de dados utilizado foram as entrevistas semiestruturadas, que consistiram em perguntas abertas compostas por eixos temáticos, possibilitando ao participante responder abertamente ao tema apresentado (BONI; QUARESMA, 2005). Esse instrumento foi utilizado na segunda e terceira etapas da pesquisa. Na segunda etapa, a entrevista semiestruturada foi destinada aos gerentes das unidades de saúde da RAPS do município de Ribeirão Preto que afirmaram possuir iniciativas de inclusão social através do trabalho no local que gerenciam (APÊNDICE C). As entrevistas aconteceram após agendamento prévio com os participantes dessa etapa.

Já na terceira etapa as entrevistas semiestruturadas foram realizadas com os coordenadores e participantes das iniciativas de inclusão social através do trabalho (APÊNDICE D). Todas as entrevistas foram agendadas previamente e ocorreram em um horário diferente ao horário dos encontros da iniciativa.

Complementarmente aos dados adquiridos com os instrumentos mencionados acima, foi utilizada a observação participante e o diário de campo como etapa complementar. A observação participante é uma técnica em que o observador permanece em uma situação social colocando-se como parte do contexto da observação (MINAYO, 2008), utilizando o roteiro disponível no APÊNDICE F. O diário de campo é o registro pessoal realizado pelo pesquisador no período de três meses, no caso desta pesquisa, sendo contemporâneo ao momento em que os acontecimentos ocorreram (ZACCARELLI; GODOY, 2010).

3.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada através de questionário eletrônico utilizando a plataforma *Formulários Google*, entrevistas semiestruturadas, observação participante e diário de campo, utilizados em etapas diferentes e recurso de complementação dos dados, sendo essas descritas abaixo.

Primeira etapa

Neste primeiro momento, foi disponibilizado o questionário eletrônico utilizado através da plataforma virtual *Formulários Google*, baseado na formação de um sítio contendo os documentos da pesquisa; esses, por sua vez, são enviados por correio eletrônico através de um *link* que pode ser acessado pelo participante, preenchido devidamente e posteriormente acessado pelo pesquisador no mesmo sítio. Todo o conteúdo do TCLE (APÊNDICE A) foi disponibilizado no mesmo *link* de acesso, porém antes de iniciar o formulário a ser respondido, com os esclarecimentos sobre a pesquisa. No estudo, o formulário foi enviado a todos os gerentes dos serviços que compõem a RAPS do município de Ribeirão Preto, a fim de identificar em quais desses equipamentos há iniciativas de Economia Solidária; os contatos de *e-mail* foram cedidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, que acompanhou o processo de aceite da rede de saúde da cidade antes da submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Essa etapa correspondeu ao período de outubro de 2018 a março de 2019. O *link* com o formulário foi enviado através do *e-mail* das 52 unidades de saúde que compõem a RAPS em Ribeirão Preto; foram enviados *e-mails* semanalmente. Dentre esses, foram respondidos 32 formulários.

O roteiro do questionário continha questões fechadas sobre a existência de iniciativas de Economia Solidária no serviço dos respectivos gerentes (APÊNDICE B).

Segunda etapa

Após identificar quais serviços da RAPS possuíam iniciativas de Economia Solidária, foi realizada, com os gerentes desses serviços, entrevista composta por eixos em relação à história dessa iniciativa; de que natureza é a iniciativa (geração de renda, cooperativa, associação, troca, de consumo, outros); o tipo de produção (artesanato, arte, alimentos, horta, outros); quantos participantes; o responsável (ou responsáveis) por coordenar o empreendimento; com que regularidade se reúne para a produção; se realiza atividade de comercialização, onde e com que frequência (APÊNDICE C).

Terceira etapa

No estudo, as entrevistas foram aplicadas com os coordenadores e participantes dos empreendimentos de Economia Solidária dos serviços selecionados previamente.

As entrevistas semiestruturadas caracterizam-se por serem compostas por eixos de perguntas suficientemente abertas que norteiam a entrevista, permitindo que o informante tenha a liberdade e espontaneidade para discorrer acerca dos eixos (TRIVIÑOS, 1992; LOPES; PARDAL, 2011, p. 86).

O roteiro das entrevistas para os coordenadores desses empreendimentos versou sobre os eixos: história do empreendimento; quais as dificuldades que o empreendimento apresenta na sua consolidação e para atingir os objetivos propostos; as potencialidades que apresenta na inclusão social dos participantes e no enfrentamento da condição de vulnerabilidade social dessas pessoas; o que é necessário para melhorar o funcionamento do empreendimento que coordena (APÊNDICE D).

Para os participantes dos empreendimentos foi aplicado um questionário sociodemográfico e a entrevista semiestruturada contendo eixos sobre a história de vida do participante; como teve contato com a proposta de Economia Solidária da qual participa; quais as percepções em participar do empreendimento; se houve mudanças em sua vida após participar desse empreendimento; quais os aspectos positivos de participar desse empreendimento; quais as dificuldades esse empreendimento apresenta na sua consolidação e para atingir os objetivos propostos; sugestões para melhorar o empreendimento (APÊNDICE E).

Triangulação dos dados

A observação participante e o diário de campo foram utilizados como instrumentos de complementação dos dados, propiciando, também, a triangulação dos dados ao possibilitar o olhar sobre o objeto de estudo sob outras perspectivas. Foi realizada diretamente nos empreendimentos de Economia Solidária identificados; a pesquisadora participou dos encontros das oficinas de trabalho e desenvolveu a observação e o registro dessa.

A observação participante é definida por um processo de observação sistemática, cujo sistema de registro é bastante acurado, o observador se mantém presente na situação social, vivencia a situação, o que lhe possibilita conhecer o objeto de estudo a partir do interior (LOPES; PARDAL, 2011, p. 72). A observação participante foi efetuada mediante um roteiro que guiou o processo (APÊNDICE F).

O diário de campo é um instrumento de coleta de dados qualitativo, suas anotações devem ser feitas desde a primeira ida ao campo de investigação até a fase final (MINAYO, 2008). Nesta pesquisa o diário de campo foi realizado principalmente por meio da observação

participante, mas também contém registro das impressões, ideias e concepções dos participantes durante as entrevistas.

Em resumo, primeiramente foi disponibilizado questionário *on-line* aos gerentes de todos os serviços da RAPS; em segundo, após o contato com as entrevistas dos gerentes dos serviços que possuem empreendimentos de Economia Solidária, a pesquisadora desenvolveu a observação participante nos empreendimentos, frequentando os encontros regularmente durante o período de três meses consecutivos – considerado um período adequado para obter informações referentes ao funcionamento, dificuldades e potencialidades desses empreendimentos. Nesse mesmo período foram realizadas as entrevistas com os coordenadores e usuários dos empreendimentos de Economia Solidária. O diário de campo foi utilizado a todo momento da coleta dos dados, com o registro de impressões pessoais que os gerentes apresentaram sobre a Economia Solidária e sua importância; além disso, o diário de campo foi imprescindível no momento da observação participante.

Gráfico 1 – Fluxograma das etapas de coleta de dados

Fonte: elaborado pela autora (2020).

3.5 Participantes da pesquisa

Os participantes da pesquisa foram os gerentes dos serviços que compõem a RAPS do município de Ribeirão Preto, gerentes dos serviços que apresentavam empreendimentos de Economia Solidária, os coordenadores dos empreendimentos de Economia Solidária e os usuários que participam desses empreendimentos de Economia Solidária. Os critérios de inclusão foram:

- ser gerente dos serviços que compõem a RAPS no município de Ribeirão Preto;
- ser gerente do serviço em que forem identificados empreendimentos de Economia Solidária no município de Ribeirão Preto;
- ser coordenador de um empreendimento de Economia Solidária no equipamento que compõe a RAPS no município de Ribeirão Preto;
- ser usuário dos CAPS e integrante de um empreendimento de Economia Solidária nos locais selecionados, maior de 18 anos.

A amostra dos participantes da segunda etapa foi composta a partir da primeira etapa da coleta de dados, que constituiu a disponibilização de um questionário a todos os gerentes de serviços de saúde que compõem a RAPS. Por meio desse questionário houve a identificação dos empreendimentos em Economia Solidária existentes nos serviços que compõem a rede e, a partir desse momento, a amostra pôde ser delineada.

3.6 Análise dos dados

Para análise dos dados utilizou-se o referencial metodológico da análise de conteúdo proposta por Bardin (2011), o qual é definido como um

conjunto de técnicas de análise das comunicações, propondo, através de procedimentos sistemáticos de descrição do conteúdo das mensagens, obter indicadores quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção das mensagens (BARDIN, 2011, p. 47).

Inferências são caracterizadas como a dedução lógica do material coletado ou as consequências que a ele pode provocar (SANTOS, 2012).

De acordo com Bardin (2011), a análise de conteúdo deve seguir três etapas: pré-análise, descrição analítica e interpretação inferencial. A primeira etapa é aquela em que o material deve

ser organizado compondo o *corpus* da pesquisa, momento em que os documentos são selecionados e elaboram-se os indicadores que auxiliam na interpretação final, observando que as categorias organizadas devem atender a aspectos relevantes como a exaustividade, representatividade, homogeneidade, pertinência e exclusividade (SANTOS, 2012). O primeiro contato com os documentos da coleta de dados é denominado “leitura flutuante”, momento de elaboração das hipóteses e objetivos da pesquisa (PARDAL; LOPES, 2011, p. 99). Neste estudo, na primeira etapa da análise dos dados foi realizada uma leitura exaustiva de todo material coletado a partir das entrevistas realizadas com os gerentes dos serviços de saúde, coordenadores das iniciativas de inclusão social através do trabalho e dos usuários participantes dessas iniciativas; nesse momento foram compilados todos os dados obtidos dos conteúdos e aqueles obtidos por meio da observação participante e do diário de campo. Nessa etapa o material foi organizado em estrutura temática a partir da leitura intensiva e de análise prévia, tratando-se da organização literal do material.

O segundo momento, denominado descrição analítica, é aquele em que o *corpus* da pesquisa é estudado de forma aprofundada, direcionado pelas hipóteses e referenciais teóricos. Nesse momento da análise, à luz do referencial teórico da Reabilitação Psicossocial e Economia Solidária, foram realizadas a codificação, a classificação e a categorização do material compilado, a partir de temáticas emergentes encontradas. Também foi realizada a triangulação dos dados obtidos nas entrevistas semiestruturadas, observação participante e no diário de campo (BARDIN, 1997, p. 3 apud TRIVIÑOS, 1992, p. 161; SANTOS, 2012). Nessa etapa foram criadas categorias e subcategorias a partir da codificação e classificação dos temas que surgiram nas narrativas. As categorias foram organizadas em dois quadros distintos, sendo que o primeiro quadro de categorização diz respeito à condensação dos achados nos discursos provenientes das entrevistas semiestruturadas dos gerentes dos serviços de saúde que possuem iniciativas de inclusão social, através do trabalho e dos coordenadores dessas iniciativas; o segundo quadro é referente à categorização das narrativas dos participantes das iniciativas de inclusão social através do trabalho.

A última fase diz respeito ao tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Essa etapa é destinada ao tratamento dos resultados, havendo a condensação e o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais. Essa é a última etapa do processo da análise dos dados em que, através das categorias elencadas na segunda etapa da análise, foi realizada a discussão dos dados obtidos, momento da intuição, da análise reflexiva e crítica (BARDIN, 2006 apud MOZZATO; GRZYBOVSKI, 2011). Nesse momento da análise foi elaborada a articulação do material analisado, codificado e classificado com os referenciais

teóricos da Reabilitação Psicossocial e da Economia Solidária, o que foi ao encontro dos objetivos que fundamentaram a elaboração das categorias analíticas das narrativas.

Por fim, foi realizada a triangulação dos dados coletados através da observação participante e do diário de campo. Assim, os dados foram analisados de forma comparativa, a fim de encontrar os eixos de sentido das narrativas, se havia uma repetição de forma concordante, discordante do padrão observado e dos eixos captados através da leitura, análise e organização do material.

3.7 Procedimentos éticos

Atendendo à Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, a pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, e aprovada em 13 de agosto de 2018 sob protocolo CAAE 90594718.1.0000.5393 (ANEXO A).

4 RESULTADOS

De forma a facilitar a compreensão dos resultados, esses serão apresentados de acordo com a etapa correspondente da pesquisa, ou seja, a apresentação dos resultados da primeira, segunda e terceira etapas está organizada de forma separada.

4.1 Apresentação dos dados do questionário eletrônico

Esta etapa da pesquisa consistiu no envio do formulário eletrônico, através do *Formulários Google*, a todos os gerentes das unidades de saúde componentes da RAPS de Ribeirão Preto, a fim de mapear as unidades de saúde que possuíam iniciativas de inclusão social através do trabalho. O *link* com o formulário foi enviado através do *e-mail* das 52 unidades de saúde que compõem a RAPS em Ribeirão Preto; os *e-mails* foram enviados semanalmente. Dentre esses, foram respondidos 32 formulários.

Nota-se, de acordo com o Gráfico 2, que os gerentes que mais responderam foram aqueles que gerenciam as Unidades Básicas de Saúde do município (12 gerentes), em seguida os gerentes das Unidades de Saúde da Família (seis gerentes), Núcleo Saúde da Família (três gerentes), CAPS (três gerentes), Centro Saúde Escola (dois gerentes) e Unidade Básica Distrital de Saúde (um gerente). O Gráfico 2 apresenta a caracterização segundo os componentes da RAPS.

Gráfico 2 – Relação das unidades de saúde componentes da RAPS de Ribeirão Preto que responderam ao formulário

Fonte: elaborado pela autora (2020).

Em relação ao fato de a unidade a qual os gerentes coordenam possuir alguma iniciativa de inclusão social através do trabalho, 26 afirmaram que não possuíam qualquer uma dessas iniciativas, cinco afirmaram positivamente e um não possuía o conhecimento se na unidade de saúde que gerencia havia alguma iniciativa de inclusão social através do trabalho. As informações estão apresentadas no Gráfico 3.

Gráfico 3 – Relação das iniciativas de inclusão social através do trabalho nas unidades de saúde componentes da RAPS

Fonte: elaborado pela autora (2020).

As unidades de saúde que possuem iniciativas de inclusão social através do trabalho são: CAPS Adulto II, iniciativa coordenada por um musicoterapeuta; CAPS Adulto III, iniciativa coordenada de forma multiprofissional pela terapeuta ocupacional, assistente social e equipe de enfermagem; CAPS AD II, iniciativa coordenada pela terapeuta ocupacional; duas Unidades Saúde da Família, sendo as iniciativas coordenadas pelas agentes comunitárias de saúde e usuárias do serviço em um local e, em outro, a iniciativa é coordenada pelas agentes comunitárias de saúde apenas.

Percebe-se que em todos os empreendimentos/oficinas/grupos de geração de renda é produzido artesanato, como confecção de sabonetes, panos de prato, carteiras, almofadas, tapetes, bijuterias, entre outros. Desses, somente três são pautados pela Economia Solidária (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização dos empreendimentos/oficinas/grupos de geração de renda

Unidade de saúde	Profissional que coordena o empreendimento/oficina/grupo de geração de renda	Produto	Pauta-se pela Economia Solidária
CAPS Adulto II	Musicoterapeuta	Artesanato	Sim
CAPS Adulto III	Terapeuta ocupacional, assistente social e equipe de enfermagem	Artesanato	Sim
CAPS AD II	Terapeuta ocupacional	Artesanato	Sim
Unidade Saúde da Família (1)	Agentes comunitárias de saúde e usuárias do serviço	Artesanato	Não
Unidade Saúde da Família (2)	Agentes comunitárias de saúde	Artesanato	Não

Fonte: elaborado pela autora (2020).

4.2 Apresentação dos dados das entrevistas com os gerentes dos serviços de saúde que possuem iniciativas de inclusão social através do trabalho

Nesta etapa foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os gerentes dos serviços de saúde, com o objetivo de identificar iniciativas de inclusão social através do trabalho na perspectiva da Economia Solidária na unidade gerenciada e qual o tipo de produção era desenvolvida pela iniciativa.

Foram entrevistados três gerentes devido à exclusão das duas unidades de saúde que possuíam iniciativas de inclusão social através do trabalho, porém sem a perspectiva da Economia Solidária – sendo assim, não correspondiam aos critérios de inclusão desta pesquisa.

Os gerentes entrevistados foram identificados como Gerente 1, Gerente 2 e Gerente 3, com os respectivos serviços e iniciativas identificados pelos gerentes em cada local, como apresentado na Tabela 2 abaixo.

Tabela 2 – Gerentes dos serviços de saúde

Gerente	Unidade de saúde	Iniciativas de inclusão social pelo trabalho
Gerente 1	CAPS Adulto II	Vão das Artes
		Oficina de tapeçaria
Gerente 2	CAPS Adulto III	Oficina de bijuteria
		Oficina de <i>patchwork</i> (Costura Arte)
Gerente 3	CAPS AD II	Oficina Lótus artesanato social

Fonte: elaborado pela autora (2020).

4.3 Apresentação dos dados das entrevistas com os coordenadores e participantes das iniciativas de inclusão social através do trabalho

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas com seis coordenadores das iniciativas de inclusão social através do trabalho identificadas previamente. Cada coordenador é responsável por uma iniciativa; somente um grupo possuía dois coordenadores. Os coordenadores estão identificados por Coordenador 1, Coordenador 2, Coordenador 3, Coordenador 4, Coordenador 5 e Coordenador 6, conforme apresentado na Tabela 3 a seguir, em que é detalhado em qual serviço de saúde ocorre a iniciativa de inclusão social através do trabalho e qual o seu nome.

Tabela 3 – Caracterização dos coordenadores das iniciativas de inclusão social pelo trabalho

Coordenador	Unidade de saúde	Nome da iniciativa
Coordenador 1	CAPS Adulto II	Vão das Artes
Coordenador 2	CAPS Adulto III	Oficina de tapeçaria
Coordenador 3	CAPS Adulto III	Costura & Arte
Coordenador 4	CAPS Adulto III	Oficina de bijuteria
Coordenador 5	CAPS Adulto III	Oficina de bijuteria
Coordenador 6	CAPS AD II	Oficina Lótus artesanato social

Fonte: elaborado pela autora (2020).

De forma a facilitar a compreensão ao longo do texto, as iniciativas foram nomeadas e identificadas da seguinte maneira, conforme apresentado na Tabela 4.

Tabela 4 – Identificação das iniciativas de inclusão social pelo do trabalho

Iniciativa de inclusão social pelo trabalho	Nome da iniciativa
Iniciativa 1	Vão das Artes
Iniciativa 2	Oficina de tapeçaria
Iniciativa 3	Costura & Arte
Iniciativa 4	Oficina de bijuteria
Iniciativa 5	Oficina Lótus artesanato social

Fonte: elaborado pela autora (2020).

4.4 Categorias dos gerentes dos serviços de saúde com iniciativas de inclusão social através do trabalho e coordenadores

Após leitura exaustiva do material coletado a partir das entrevistas semiestruturadas realizadas com os gerentes das unidades de saúde com iniciativas de inclusão social através do trabalho e os coordenadores dessas iniciativas, foram analisados e registrados os temas dos discursos dos participantes da pesquisa e analisada a frequência em que esses discursos apareciam.

Sendo assim, o discurso foi categorizado e separado em categorias analíticas referentes aos eixos temáticos que permeiam os objetivos desta pesquisa e àquilo que se buscou descobrir através da coleta de dados, ou seja, são consideradas as categorias de análise temática. Já as categorias empíricas são referentes às categorias temáticas que emergiram das falas e relatos das narrativas dos participantes.

Sendo assim, foram identificadas duas categorias analíticas, das quais emergiram 13 categorias empíricas; dessas, oito subcategorias, apresentadas no Quadro 2.

Como o conteúdo das respostas das entrevistas semiestruturadas realizadas com os gerentes e coordenadores se aproximaram em relação ao conteúdo, foi possível fazer a análise em conjunto. As categorias dos gerentes dos serviços de saúde com iniciativas de inclusão social através do trabalho e dos coordenadores das iniciativas de inclusão social através do trabalho serão apresentadas a seguir.

Quadro 2 – Categorias dos gerentes dos serviços de saúde com iniciativas de inclusão social através do trabalho e coordenadores das iniciativas de inclusão social através do trabalho

Categorias analíticas	Categorias empíricas
4.4.1 Caracterização e métodos de consolidação da iniciativa	4.4.1.1 Processo de início e implementação da iniciativa no serviço que coordena 4.4.1.2 Constituição, natureza e dinâmica de funcionamento da iniciativa 4.4.1.3 Objetivos e finalidades das iniciativas de inclusão social através do trabalho 4.4.1.4 Artesanato como produto predominante nas iniciativas de inclusão social através do trabalho 4.4.1.5 Falta de recursos financeiros como fator limitador às iniciativas de inclusão social através do trabalho 4.4.1.6 Característica dos participantes das iniciativas de inclusão social através do trabalho e dificuldades cotidianas

Continua

Continuação

Categorias analíticas	Categorias empíricas
	4.4.1.7 Qualidade e capacitação técnica para a produção 4.4.1.8 Mudança de olhar acerca do objetivo de intervenção: da doença mental para a Saúde Mental
4.4.2 Potencialidades e perspectivas na inclusão social pelo trabalho e redução de vulnerabilidade social	4.4.2.1 Redução dos sintomas dos transtornos mentais 4.4.2.2 O desenvolvimento de habilidades e inclusão social 4.4.2.3 Comercialização dos produtos 4.4.2.4 Fortalecimento de identidade e redução de barreiras e estigma 4.4.2.5 Inserção na esfera do trabalho

Fonte: elaborado pela autora (2020).

A seguir, serão detalhadas as categorias apresentadas com os trechos identificados nas narrativas dos gerentes dos serviços de saúde que possuem iniciativas de inclusão social através do trabalho e dos coordenadores dessas iniciativas.

4.4.1 Caracterização e métodos de consolidação da iniciativa

Os gerentes iniciaram a entrevista realizada descrevendo quais são as características das iniciativas, qual a produção realizada, quem coordena essas iniciativas, frequência dos encontros, divisão das sobras, os recursos materiais utilizados, a participação dos usuários e qual a natureza da iniciativa, isso através da ótica do gerente do serviço.

Nesse eixo os coordenadores relataram como foi o processo de consolidação da iniciativa, apontando qual era a finalidade da iniciativa; quais as dificuldades encontradas; sobre os produtos confeccionados; a mudança de olhar para a Saúde Mental, anteriormente voltada para a doença e atualmente de forma ampliada, valorizando o contexto e o sujeito; recursos materiais e humanos e sobre a técnica para a confecção. Essa categoria gerou as categorias empíricas abaixo.

4.4.1.1 Processo de início e implementação da iniciativa no serviço que coordena

De acordo com o histórico de como surgiram as iniciativas de inclusão social através do trabalho nos serviços observados, foi possível identificar que foram implementadas de formas diferentes.

Das cinco iniciativas de inclusão social pelo trabalho observadas, quatro tiveram início com objetivo terapêutico e, ao longo do percurso do grupo, houve a possibilidade de geração de renda (iniciativas 1, 2, 3 e 4); dessas quatro iniciativas, a Iniciativa 1 teve seu início como um grupo de atividades e, depois de consolidada pela motivação dos participantes, partiu-se para a venda e exposição dos produtos; outra oficina nasceu a partir do ensinamento da técnica de tapeçaria por um usuário do serviço, despertando a atenção de outros sujeitos (Iniciativa 2); já a Iniciativa 3 foi uma proposta da coordenadora do grupo que, a partir do seu desejo e da demanda do serviço, criou um grupo de costura a fim de ensinar a técnica que dominava para quem tivesse interesse e outra surgiu a partir da disponibilidade de materiais para a confecção de bijuteria, o que motivou a formação do grupo (Iniciativa 4). A Iniciativa 5 nasceu a partir da proposta de uma incubadora tecnológica de Empreendimentos Econômicos Solidários universitária, com a adesão de uma profissional do serviço que se propôs a ser coordenadora do projeto e a disponibilidade do serviço. Essa proposta desde o princípio teve como objetivo a geração de renda e a constituição de um empreendimento de inclusão social através do trabalho na perspectiva da Economia Solidária.

Somente uma iniciativa de inclusão social através do trabalho, das cinco identificadas, foi iniciada através da ideia de um usuário do serviço que, inclusive, ensinou a técnica ao atual coordenador, sendo implementada como parte da grade de atividades do serviço, como apresentado na fala do Gerente 2.

O grupo de tapete, ele iniciou há uns cinco anos atrás, na verdade foi uma paciente que trouxe a ideia do tapete em tear [...], depois acabou ficando com o D. que é atendente de enfermagem, mas tem uma familiaridade com a técnica, né, de fazer o tapete (Gerente 2).

Duas das iniciativas de inclusão social pelo trabalho surgiram a partir da familiaridade do coordenador com a técnica ou com a Economia Solidária. No caso da oficina Costura & Arte, a coordenadora levou sua técnica de costura para dentro da iniciativa, demanda essa que foi aceita pelos usuários do serviço desde o início e aperfeiçoada a partir de sugestões apresentadas tanto pelos usuários quanto pela própria coordenadora.

O outro grupo é um grupo de patchwork, que é uma assistente social que começou, que chama Hilda, ela já “tá” aqui há mais tempo, ela já “tá” aqui há 10 anos, aí ela tinha também essa familiaridade com a costura e ela começou a fazer essa oficina com alguns pacientes e funciona até hoje, né (Gerente 2).

Outra situação apresentada foi a necessidade de proposta de atividades pelo profissional ao ser contratado pelo serviço, em que o profissional expressou o desejo em iniciar uma proposta pautada pela Economia Solidária.

Na verdade, foi uma iniciativa da P. que é nossa TO aqui, quando ela foi contratada, é, sempre a gente pede algum tipo de oficina para os profissionais, né, e ela veio com essa ideia de Economia Solidária, e aí aos poucos foi ganhando espaço, né, sendo expandida, né (Gerente 3).

Nota-se que a disponibilidade de alguns materiais também favoreceu a continuidade de uma iniciativa, como no caso da oficina de bijuteria apresentada pela Gerente 2.

A oficina da bijuteria também foi, começou também lá atrás, também com a enfermagem, a enfermagem fazia, a G., ela fazia o grupo de bijuteria, os produtos foram ficando, assim, não tinha muita saída, aí quando eu entrei, “tava” parada a oficina, a gente reativou, eu e a psicóloga, que é a A., tentando trazer mais uma noção mesmo de Economia Solidária (Gerente 2).

4.4.1.2 Constituição, natureza e dinâmica de funcionamento da iniciativa

De acordo com as narrativas dos gerentes e coordenadores, os empreendimentos tiveram início de formas diferentes, a exemplo do que se apresentou na categoria empírica anterior. Com o desenrolar dos grupos houve a necessidade por parte dos participantes em vender os produtos confeccionados nas oficinas, mas, ainda assim, de maneira individualizada. A partir da demanda apresentada, alguns grupos (iniciativas 1, 3, 4 e 5) começaram a se reunir em locais definidos para a exposição desses materiais, alguns dentro do próprio serviço de saúde mental (iniciativas 3, 4 e 5) e, também, em locais fora dos serviços (iniciativas 1 e 5). A Iniciativa 5 é a única em que os participantes realizam as exposições na Feira de Economia Solidária do município.

Das iniciativas observadas e a partir da entrevista realizada com os gerentes, apenas duas delas foram identificadas como cooperativas (iniciativas 1 e 5), nomeadas pelos gerentes dos serviços de saúde, porém, não apresentaram nenhum documento de formalização das cooperativas mencionadas.

De acordo com o Gerente 1, a iniciativa realizada na unidade de saúde que coordena é nomeada “iniciativa de geração de renda”, a partir da ótica e percepção em relação ao grupo quando foi iniciado; depois essa proposta mudou de forma, tornando-se uma cooperativa, de acordo com a fala do Gerente 1 e do Coordenador 1.

É, ela iniciou como uma iniciativa voltada para a geração de renda, dentro daquela, das condições dos pacientes percebendo que a maioria “tava” desempregado, então na época foi um modelo deles conseguirem um dinheirinho, deles pegarem ônibus, comprarem alguma coisa mínima, e com a vinda do L. é que isso, né, do M., principalmente (Gerente 1).

Nós iniciamos em 2007, 2006, 2007, no CAPS da João Penteado, numa oficina com pintura em cerâmica; bom, essa oficina era pra atender, tinha um caráter terapêutico inicialmente e a função era trabalhar um pouco através do trabalho, né, da atividade artesanal, trabalhar as questões internas, né, bom, como todo grupo terapêutico tem essa função, só que aí, no decorrer do processo a gente pensou, eu junto com os usuários que estavam envolvidos na questão, pensamos que isso poderia ser vendido e poderia ser revertido em dinheiro para eles e aí começamos a vender para os funcionários, como para algumas pessoas amigas ali da rua e vimos que tinha, começou a ser bem aceito e o resultado terapêutico disso era muito mais, a gente tinha muito mais resultado do que simplesmente uma atividade por si mesma [...], começamos a produzir os trabalhos pra vender, vendíamos na rua e tal e aí como a instituição não pode lidar com o dinheiro, a gente criou o mecanismo deles mesmos começarem a controlar a entrada e saída de dinheiro (Coordenador 1).

Uma das iniciativas, no início da formação da proposta, era considerada como um grupo de geração de renda, através da narrativa do Gerente 1; depois, após algumas mudanças, a iniciativa de inclusão social através do trabalho formalizou-se como cooperativa, denominada Cooperativa Vão das Artes, foi apresentado um documento fixado na parede da sala em que acontecem as produções.

Isso foi ampliando, mas isso é mais recente, mas inicialmente começou como uma coisa de geração de renda do sujeito, né, a gente aproveitava os fomentos que a instituição nos permitia e eles vendiam e ganhavam as coisas deles, foi por aí que começou, então ela começou como geração de renda e hoje ela “tá” como uma iniciativa aí da cooperativa, que eles estão fazendo (Gerente 1).

O Gerente 3 não soube dizer com certeza qual é a natureza da iniciativa, porém acredita que seja uma cooperativa.

Agora eu não sei se ela tem desenvolvido já a cooperativa ou não, isso eu não sei direito te falar (Gerente 3).

Figura 2. Cooperativa Vão das Artes.

Fonte: elaborado pela autora (2020).

A exemplo do CAPS II, nota-se o histórico da iniciativa que foi se moldando ao longo do tempo e demanda. Essa já existia mesmo antes de o serviço transformar-se em CAPS, passando por um processo de experiências de vendas até chegar ao formato de associação atual.

[...] é assim, ela “tá” desde quando a gente tinha o NAPS, ela tinha outros nomes, então a gente tinha uma produção principalmente de quadros, né, [...] mas nós tínhamos essas iniciativas, não é, de fazer algo que pudesse estar compondo com a comunidade, com o jeito de produzir trabalho, então isso, essá desde quando eu iniciei meu trabalho no NAPS, foi lá em 2000, no ano de 2000 que começou, né, a oficina uma vez por mês nós íamos para a praça fazer a exposição dos trabalhos e fazer venda, aí vendíamos os tapetes, vendíamos as pinturas, então eu me lembro que começou por aí (Gerente 1).

Uma das iniciativas, observada e apontada pelo gerente do serviço como uma iniciativa de inclusão social pelo trabalho na perspectiva da Economia Solidária, apresenta dificuldade em se consolidar no que diz respeito à Economia Solidária.

Tem gente que fica, né, na atividade em si, de fazer a bijuteria, se a gente pensar em Economia Solidária, no sentido mais amplo, a gente tem que “tá” conversando, reconversando, é, tentando sensibilizar todo mundo pra participar de todo o planejamento, de todas as etapas do processo, inclusive das vendas, da preparação, da compra de material, e isso a gente tem que “tá” o tempo inteiro “tá” falando sobre isso, pra tentar sensibilizar. Algumas

vezes eles se limitam só a fazer a atividade em si, manual, acho que esse, o objetivo seria mais amplo, eu acho que essa é também uma das dificuldades (Coordenador 4).

Tem nesse momento, conversando mais, bastante sobre Economia Solidária, mas eu acho que o que precisa melhorar, precisaria a gente ter mais recursos pra poder ampliar ou ter mais opções, desde materiais e a gente ter que se preparar mais pra poder comercializar os produtos, isso em todos os sentidos, inclusive, não são todos, são poucos pacientes que se envolvem com as vendas, é, o que mais que precisa, eu acho que esse lado, né, deles, de ainda é, saber como envolver eles pra que eles assumam, né, de forma mais ampla né, que que é a proposta, não só a atividade em si (Coordenador 4).

Tive muita dificuldade assim de, a entender como funcionava, e muitos questionamentos, na verdade, de se realmente quem “tava” participando entendia o que que era, sabia como fazer (Coordenador 5).

Eles não “tão” muito acostumados de chegar no lugar e entender que não é só fazer bijuteria, é algo maior de um, “tá” dentro de um, a parte de fazer uma oficina, a parte de fazer a atividade, de fazer a bijuteria é uma parte do processo, mas tem muitas outras coisas, e eu não sei o quanto os usuários conseguem entender isso (Coordenador 5).

A parte de fazer bijuteria, todo mundo, eu sei que todos gostam, mas aí tem a parte das vendas, que já é mais difícil de ter alguém comigo, porque geralmente são sempre as mesmas pessoas e tudo bem também, porque tem gente que não tem habilidade, que não se sente confortável, enfim, são coisas que eu acho que a gente tem que ir trabalhando, aí a parte de divulgação, de organizar material, de comprar material, de entender, pensar o que que a gente vai fazer com o dinheiro, mas eu sinto que isso “tá” um pouco, não “tá” fluindo, sabe? (Coordenador 5).

Através da observação participante foi possível notar tal dificuldade apresentada. O grupo possui um formato com a finalidade terapêutica da atividade em si, do fazer uma atividade, do estímulo à concentração, atenção, sequenciamento, redução dos sintomas dos sujeitos presentes; é um grupo aberto, isto é, quem estiver disponível no momento em que o grupo ocorre tem a possibilidade de participar, o que dificulta a adesão e o espaço de formação dos participantes em relação à Economia Solidária. Foi possível identificar também os esforços dos coordenadores a cada início de grupo em retomar assuntos referentes à Economia Solidária, mas percebe-se que esse desejo ainda é muito solitário referido pelos coordenadores e aparentemente não é uma demanda apontada pelos participantes.

Somente uma das iniciativas (Iniciativa 5) foi apontada como proposta de geração de renda desde o início de sua formação, devido a um projeto já iniciado pela incubadora Co-labora da USP no serviço de saúde; foi necessário dar continuidade à proposta, sendo assim, a

Coordenadora 6 assumiu a coordenação dessa oficina. Houve a incubação da iniciativa de inclusão social pelo trabalho, o que consistiu na participação da coordenadora e alguns participantes de cursos de formação e capacitação em Economia Solidária oferecidos pela incubadora Co-labora. Nota-se a importância do apoio e formação acadêmicos para que a iniciativa fosse criada a partir da perspectiva da Economia Solidária.

Através da observação participante, foi possível perceber que a Iniciativa 5 é a única que elaborou um estatuto assinado por todos os participantes. Nesse estatuto estão descritos quais os direitos e deveres de cada participante na iniciativa. Também foi estruturado um fluxo para entrada de novos participantes; pode-se acompanhar durante a observação participante o processo seletivo de novos integrantes, em que todos os participantes opinam sobre quem deveria entrar na iniciativa.

Então, quando eu entrei, né, eu entrei em 2015 e aí tem esse projeto da USP, né, do Co-labora e eles já tinham realizado aqui no CAPS um trabalho e quando eles fizeram, eles fizeram de forma autônoma, os próprios extensionistas e coordenador vieram pra fazer aqui, e eles sentiram falta de ter uma pessoa da equipe pra dar continuidade, porque o projeto se renovava, tinha férias e eles perderam e aí antes não tinha tido nenhum profissional pra acompanhar eles, e aí quando eu entrei eu tinha o interesse, né, pelo tema, e aí eu acabei ficando como coordenadora, e aí a gente, eles, né, não conhecia nada de Economia Solidária, teoria, nem nada; então a gente foi fazendo a formação conjunta mesmo, fui aprendendo junto com os próprios usuários e foi muito legal (Coordenador 6).

Nota-se o trabalho multidisciplinar nas iniciativas de inclusão social pelo trabalho, não ficando sob a responsabilidade de uma profissão, mas sim da disponibilidade do profissional, serviço e usuários interessados.

O L que ele é como, ele é musicoterapeuta de formação (Gerente 1).

Então, é bem multi, né. A gente tem profissional de enfermagem, profissional da assistência social, profissional da psicologia e profissional da terapia ocupacional. Mas não é exclusivo de um só aqui (Gerente 2).

Só a P. hoje (Gerente 3).

A frequência dos encontros varia de acordo com a iniciativa, a depender da disponibilidade do profissional que coordena e do serviço. É importante notar que os encontros

dependem da grade de atividades dos serviços de saúde, sendo entendidos como parte do Projeto Terapêutico Singular do sujeito intramuros.

Então, assim, é semanal, mas às vezes o projeto terapêutico ou o projeto singular é que vai dizer quantas vezes ele vai “tá” vindo, né (Gerente 1).

[...] a gente tem que pensar se ele “tá” conseguindo entender isso, pra não ficar um trabalho escravo, pedindo pra ele fazer, fazer, fazer, sem sentido, então não é por aí, o sentido é ele fazer e valorizar aquilo que ele faz enquanto uma possibilidade de trabalho, de habilidades que pode se tornar trabalho, que ele possa sentir um pouco de autonomia pra fazer na casa dele também (Gerente 1).

Uma vez por semana, né, o patchwork e a bijuteria, eles se reúnem. Aí o tapete são 4x na semana, né. Até pelo próprio, pela própria técnica, demora mais, então eles ficam um tempo maior para produzir o tapete, demora mais do que produzir outro tipo de produto, né (Gerente 2).

Da Lótus é uma vez por semana, na sexta-feira (Gerente 3).

Segundo a observação participante verificou-se que a quantidade de participantes varia de acordo com cada iniciativa; naquelas consideradas atividades abertas, de convivência e baixa exigência, como a oficina de bijuteria, a quantidade de usuários é maior; as que necessitam de materiais específicos têm limitação de participantes, como no caso da oficina de tapeçaria devido à quantidade limitada de tear e limitação de espaço físico. Já na Lótus e Oficina de *pachwork* a exigência de participação é maior, tendo uma quantidade menor de usuários ativos.

Em torno de umas 10, 12 pessoas estão envolvidas (Gerente 1).

Olha, da bijuteria caiu muito, antes chegou a ficar com 20, 23 pessoas, agora a gente “tá” com 10 no máximo, no patchwork acho que são seis, de seis a oito no máximo e do tapete, se não me engano, fica umas 10 lá, né (Gerente 2).

Em média, entre, no máximo 10, pelo que eu percebo assim, mas o que são efetivos é bem menos, né [...], mas aí quem vai pra frente mesmo, que vai nas reuniões do Fórum da Economia Solidária são dois, três, quatro, no máximo (Gerente 3).

A Iniciativa 4 é a única que apresenta um formato de grupo aberto, ou seja, qualquer usuário do serviço que tiver interesse pode participar dessa atividade, o que dificulta a adesão à iniciativa, pois muitos participam uma vez, depois não retornam mais, ou participam porque

estão no contexto de acolhimento noturno ou então por conta da proposta de Projeto Terapêutico Singular de forma intensiva.

[...] esse ano “tá” muito diferente do que a do ano passado, ano passado tinha mais pessoas, tinha as estagiárias da TO que também ajudavam a coordenar isso em relação à Economia Solidária e aí esse ano a oficina tem, “tá” com poucas pessoas e pessoas novas, e as que são, as que eram mais antigas não tão participando tanto, tão ativamente assim (Coordenador 5).

Através das narrativas dos gerentes pode-se perceber como é pensada e estruturada a divisão das sobras de acordo com cada iniciativa de inclusão social através do trabalho, a unidade de saúde que é realizada, a forma como é organizada a venda dos materiais e o valor arrecadado com essas vendas.

Nota-se através das falas do Gerente 2 que nas oficinas de *patchwork* e na de tapeçaria a sobra é individual, ou seja, a produção e venda são de responsabilidade da pessoa; inclusive a forma como ela vai gerenciar o dinheiro para a compra de novos materiais ou aperfeiçoamento de técnica e formas de mostrar seus produtos também foram observados através da observação participante.

Eles fazem os produtos, vendem e dividem entre eles o lucro, né, uma parte fica com o material (Gerente 2).

Acho que mais a do tapete funciona mesmo como uma oficina de, depois eles aprendem a técnica, e depois eles levam lá fora e eles geram renda pra eles, mais de uma forma individual, não é tão coletiva. A do patchwork tem algumas coisas que são coletivas, mas os produtos na verdade ficam, por exemplo, ele faz o pano de prato, a L. que fez o pano de prato, quando vender aquela porcentagem vai vir pra ela, sabe, é assim como funciona (Gerente 2).

Na oficina de bijuteria percebe-se uma forma de organização diferente das demais, como o valor das peças e a sobra, que é pouca – os coordenadores junto com os usuários optaram por utilizar a sobra para realizar atividades de lazer, como visitas ao *shopping*, McDonald's, ocorrendo uma vez a cada semestre, aproximadamente (dado coletado pela observação participante).

[...] hoje a gente tem a proposta deles fazerem passeios com o que é vendido, então foi uma forma também de tentar estimular o... e... a participação deles, né (Gerente 2).

4.4.1.3 Objetivos e finalidades das iniciativas de inclusão social através do trabalho

Das cinco iniciativas identificadas pelos gerentes dos serviços, nota-se que quatro não surgiram com a proposta de inserção social através do trabalho e como finalidade a geração de renda. As iniciativas passaram por um processo de transformação até chegarem ao ponto de uma estratégia de geração de renda.

Essa oficina era pra atender, tinha um caráter terapêutico inicialmente e a função era trabalhar um pouco através do trabalho, né, da atividade artesanal, trabalhar as questões internas, né, bom como todo grupo terapêutico tem essa função, só que aí no decorrer do processo a gente pensou, eu junto com os usuários que estavam envolvidos na questão, pensamos que isso poderia ser vendido e poderia ser revertido em dinheiro para eles e aí começamos a vender para os funcionários, como para algumas pessoas amigas ali da rua e vimos que tinha, começou a ser bem aceito e o resultado terapêutico disso era muito mais, a gente tinha muito mais resultado do que simplesmente uma atividade por si mesma, então a valorização disso no social ganhou outro aspecto e aí a gente começou a olhar pra isso e aí começamos a produzir os trabalho pra vender (Coordenador 1).

Essa oficina, nós começamos aqui com essa oficina por acaso, tinha uma paciente aqui com o nome de T. e ela tinha um tear escondido aqui, nós descobrimos esse tear, os pacientes só faziam pinturas, aí com esse tear que nós descobrimos, nós remendamos ele, concertamos e ela deu umas linhas pra nós começar e por um acaso nós vimos um tapete que ela fez e nós começamos a fazer o nó que ela fez, dali não parou mais, aí eu tomei pela sala, e é só eu que mexo com a sala do tapete e nós estamos tocando isso aí faz mais de cinco anos (Coordenador 2).

Foi assim, é, quando eu cheguei aqui há 10 anos atrás o gerente que era o coordenador, o doutor pediu que eu fizesse uma oficina e pra eu ver o que eu gostaria e na época eu tinha ganho uns retalhos de uma tapeçaria, uns retalhos muito bonitos e outros tecidos de costureiras, mas tudo em retalho, então eu comecei a fazer a oficina por isso, porque eu tinha material e porque, assim, quando ele falou pra eu fazer uma oficina, o que talvez eu tivesse mais habilidade era com costura e foi por isso que eu comecei a fazer com costura (Coordenador 3).

Logo no início ela ainda não era uma oficina de geração de renda, se eu não “tô” enganada. E aí foi passando por vários processos, né, até identificarem que seria uma oficina, né, de geração de renda, que entraria na questão da Economia Solidária (Coordenador 5).

4.4.1.4 Artesanato como produto predominante nas iniciativas de inclusão social através do trabalho

Nota-se, através das falas dos gestores dos serviços de saúde mental, que a produção realizada nas iniciativas de inclusão social pelo trabalho é o artesanato, a exemplo da confecção de tapetes, decoração em cerâmica, pinturas em tecido, mosaico, sabonetes identificados pelas falas dos gestores dos três serviços e, também, comprovados através da observação participante.

É, pintura em cerâmica, pintura em tecido, tapetes, que eu me lembre é isso, né, mas na linha do artesanato, mais nessa linha, mas são produtos em cerâmica, produtos em confecções de tapetes, essa é produção (Gerente 1).

É artesanato, né (Gerente 2).

Sabonete, alguns materiais com mosaico, né [...], a base mais forte é o sabonete (Gerente 3).

4.4.1.5 Falta de recursos financeiros como fator limitador às iniciativas de inclusão social através do trabalho

Todos os coordenadores das cinco iniciativas apontaram a falta de recursos como uma dificuldade para o fortalecimento das iniciativas. Os recursos citados foram: falta de recursos financeiros vindos de outras esferas, como a Secretaria Municipal de Saúde; falta de recursos físicos, como a dificuldade em pleitear um espaço próprio para a exposição e venda dos produtos, como, por exemplo, uma loja fixa e, também, a dificuldade em locais para divulgação das iniciativas e dos produtos confeccionados. Essa falta de recursos foi identificada como uma dificuldade na competição com os outros produtos do mercado.

Uma das questões apontadas pelos entrevistados nesta pesquisa foi a falta de materiais disponíveis, devido ao não repasse financeiro da prefeitura; além disso existe a dificuldade nas realizações ou parcerias com locais que forneçam capacitações das técnicas utilizadas na confecção dos produtos a fim de aumentar a concorrência com o mercado atual.

Em uma das iniciativas observadas não há suporte financeiro para a compra dos materiais, sendo assim, é necessário que cada pessoa leve de sua casa o seu material para conseguir produzir seus tapetes.

Já teve vezes que funcionava com os pacientes ter o material comprado pela própria instituição e aí eles executavam, vendia e aí o retorno era usado no próprio material, mas aí tiveram alguns problemas de paciente, ter furto do que foi vendido, aí depois parou de receber essa verba e hoje funciona com o próprio paciente trazendo seu próprio material, a gente ajuda com o tear (Gerente 2).

Outra dificuldade é da gente colocar o produto no mercado, então esse produto a gente tem poucos espaços pra divulgar isso, a gente não tem pernas pra, ainda, não tem pernas pra ter um loja, um virtual, uma coisa assim, pra cuidar de uma forma mais, mais intensiva desse trabalho, temos o Vão das Artes daqui e algumas exposições, feiras na rua e só, alguns congressos que às vezes a gente é convidado e só, eu acho que isso precisa ser expandido e isso é uma dificuldade que a gente tem, né (Coordenador 1).

Então, primeiro é a falta de dinheiro, tendo dinheiro a gente cresce, vai ter muito mais coisas do que a gente tem aqui dentro (Coordenador 2).

O que talvez precisasse é ter um local pra colocar os produtos feitos pra vender, sem aquela burocracia que a prefeitura exige, como em outros lugares, um lugar fixo, um lugar agradável que tivesse tipo uma praça com árvores e que a prefeitura podia dar uma estrutura, não só pra elas, pra cá, juntar com o pessoal dos outros CAPS e mesmo, não sei se nas residências terapêuticas, mas fazer tipo uma feirinha, mas sem, porque não dá pra ter muitas regras, tem que ser todo mundo da mesma cor, a gente começou a ir, mas parece que começou com muitas exigências e nós não tivemos muitas condições (Coordenador 3).

Acho que os recursos que é limitado, tem que se retroalimentar porque não tem recursos (Coordenador 4).

Olha, a maior dificuldade é, que eu vejo hoje, que eu fico pensando, né, é a questão do tempo, a gente não tem, é, na estrutura do serviço tem a questão das oficinas terapêuticas e tudo mais e eu com a ideia de fechar o grupo, eu gostaria de ter estendido para mais dias da semana, pra gente conseguir consolidar isso mesmo como trabalho, porque não tem lógica ter uma vez na semana só, só na sexta-feira, mas tem muitas dificuldades, principalmente de recursos humanos, eu não consigo “tá” fazendo essa oficina todos os dias (Coordenador 6).

Recurso financeiro principalmente, porque a gente não tem investimento nela, desde sempre ela foi superautônoma, a gente não tem recurso da instituição pra isso, né, ela se mantém e eu acho que isso é uma dificuldade, porque o retorno acaba sendo todo pra manutenção da própria oficina, né, acho que a princípio teria que ter um investimento pra conseguir ampliar e eu acredito que essa questão dos recursos humanos mesmo, né, poder ter uma pessoa pra dedicação exclusiva, sei lá, um oficineiro pra acompanhar, né (Coordenador 6).

4.4.1.6 Características dos participantes das iniciativas de inclusão social através do trabalho e dificuldades cotidianas

Devido ao perfil aberto da iniciativa coordenada pelo Coordenador 4, a diversidade de perfis e de momentos do tratamento em que o usuário do serviço se encontra – alguns em crise,

outros em acolhimento noturno, outros já com sintomas mais estáveis – dificultam o manejo da iniciativa pautada na Economia Solidária, o que dá o contorno muito mais de um grupo de atividades terapêuticas do que como finalidade de inserção social por meio da inclusão na ocupação trabalho.

Acho que o desafio dos perfis muito diferentes dentro da oficina, então acho que isso é um desafio, porque como eu “tava” falando hoje, né, que tem desde pacientes que têm algumas limitações, outros que querem desafios e ainda aqueles que estão em um momento de crise (Coordenador 4).

Uma dificuldade apontada e, também, identificada através da observação participante é a relação interpessoal entre os participantes, sendo necessário por vezes a mediação do coordenador quando acionado ou quando identifica que algo ocorreu. A oficina em que o Coordenador 1 atua tem como característica, diferentemente das outras, a não presença em tempo integral do coordenador, ou seja, o profissional não permanece junto com os sujeitos no local em que ocorre a confecção dos produtos, cada participante é livre para produzir de acordo com a organização de seus Projetos Terapêuticos Singulares, com a frequência em que permanecem no serviço e também no momento em que ocorrem as vendas e exposição dos produtos; sendo assim, em momentos de conflitos entre os participantes há a necessidade da mediação do coordenador.

Então, as dificuldades é a própria relação interna do grupo, eu acho que essa é uma dificuldade que é interna, né, porque é uma dificuldade que a gente tem no social, a partir do momento que você tem dois conversando vai ter divergência, vai ter pensamentos contrários, né, e como que se lida com isso, cada um tem seu aprendizado e eu deixo isso muito livre, pontuando algumas questões, né, amarrando alguns pontos pra coisa não virar briga, né, mas é um aprendizado que a gente também passa numa equipe técnica, até dentro de casa no familiar, né, ou seja, é uma dificuldade normal da vida que segue nosso amadurecimento (Coordenador 1).

4.4.1.7 Qualidade e capacitação técnica para a produção

Os coordenadores das iniciativas 1 e 3 apontaram a necessidade de direcionamento por parte deles no processo de confecção dos produtos, como o auxílio na combinação de cores e, também, na finalização do acabamento do produto, a fim da melhoria na qualidade dos produtos confeccionados – aumentando, com isso, a chance de competitividade com o mercado.

Na Iniciativa 1, através da observação participante, foi possível perceber a necessidade de aprovação do produto confeccionado por parte do coordenador e também a dependência dos

participantes para com o coordenador, para que ele auxilie nos acabamentos, ou a forma como deve ser feito determinado produto e até mesmo as cores que podem ser utilizadas. Observou-se essa dependência em alguns participantes, outros possuem maior autonomia durante o processo.

Como parte da equipe de trabalho, só dávamos o suporte para que isso acontecesse, né, e era a formação técnica porque a gente foi vendo que, que esse trabalho precisava ser melhorado pra poder ser aceito comercialmente falando, então começou a ser vendido não mais assim, porque antes as vendas era assim: “ah, vamos comprar pra ajudar”; essa característica de ajuda começou a perder um pouco a partir do momento que a gente começou a produzir coisas de qualidade e aí a gente focou nessa história da qualidade e começamos a produzir coisas mais bonitas, né, entre aspas, né, bonita esteticamente vendável eu diria, né, e aí ganhou um novo aspecto essa história, então o Vão das Artes tem essa história aí (Coordenador 1).

Na Iniciativa 3 também é possível notar o auxílio em alguns processos de escolha.

Então essa oficina, ela foi assim, aos poucos as pacientes, eu fui orientando sobre cores, sobre estética, porque a maioria, mesmo as que sabiam costurar um pouco, elas não tinham muita noção de combinação de cores, de estampas e eu já tinha, né, eu já tenho uma boa noção, então no começo foi mais difícil isso, de mostrar pra elas que a partir do momento que era geração de renda, que a gente não podia fazer por fazer o trabalho, a gente tinha que ter uma ideia a quem iria interessar, quem iria agradar aquilo e que existe alguns gostos, umas preferências que são universais, né, a combinação de cores, não adianta você querer usar texturas de tecidos pra uma, pra fazer um trabalho, por exemplo, que vai pra máquina, usar uma seda, sabe, querer usar, faz um enfeite de pano de prato em seda, a gente tem que pensar que aquele pano de prato a pessoa vai jogar na máquina, pôr em roupa, em água sanitária, vai passar, aquilo não pode passar, então isso daí, essas coisas assim aos poucos, é mais difícil é isso, é, tentar conversar com muita cautela, né, pra não ofender a pessoa de que aquilo que ela pensa que vai ser bacana não vai agradar, vai emperrar, não vai vender e ela também teve coisas que eu sugeri cores, às vezes eu compro tecido, eu falo: “olha, eu já comprei essa linha pra que eu acho que fica bem” (Coordenador 3).

Outra dificuldade encontrada consiste na formação e aprimoramento de técnicas por parte dos participantes da iniciativa. Essa dificuldade foi apontada somente pelo Coordenador 1 da Iniciativa 1, porém, através das observações participantes realizadas nas iniciativas 2, 3, 4 e 5, nota-se que em nenhuma das oficinas de inclusão no trabalho há incentivo no sentido de capacitá-los para a produção, não por parte dos coordenadores, mas pela dificuldade do poder público em proporcionar infraestrutura para os empreendimentos em Economia Solidária, tais como local externo ao serviço de saúde e pessoal para ministrar formação técnica para a produção dos artesanatos.

Em relação à formação em Economia Solidária, a Iniciativa 5 foi a única que nasceu dessa proposta e em todo o tempo de sua formação foi assistida por uma incubadora, realizando encontros e assistência específicas ao local. Nas outras iniciativas alguns participantes representantes e coordenadores participaram de encontros voltados à formação em Economia Solidária, com a proposta de replicar o aprendizado para o restante do grupo.

Outra dificuldade acho que seria a formação mais técnica deles também, acho que eles têm que aprimorar, acho que a gente enquanto ser humano tem aquela coisa de se acomodar num ponto, então se você se acomoda naquele ponto, você acha que aquilo não precisa mais ser melhorado e é um engano que a gente comete na vida, né, porque quando a gente para num ponto, alguma coisa tá errada, em tudo, né, a nossa vida tem uma dinâmica de tudo “tá” em mudança, em movimento, então você tem um produto que estabilizou, alguma coisa, ele vai parar de vender, vai cansar o público, tem que ter essa dinâmica de mudança, isso pra eles é difícil, mas também acho que é um processo que é uma questão que precisa estar inserida dentro do processo também (Coordenador 1).

4.4.1.8 Transformação na abordagem do objeto em saúde mental: a mudança de olhar da doença mental para a Saúde Mental

Através das diversas transformações da Iniciativa 1, o coordenador menciona que essas experiências de inclusão social através do trabalho na perspectiva da Economia Solidária são resultado de uma mudança da abordagem da atenção em saúde mental, ou seja, há uma mudança do olhar antes focado na doença mental, voltando-se agora à Saúde Mental; essa mudança foi relevante no processo de amadurecimento dessa iniciativa.

O Vão das Artes, o embrião do Vão das Artes, ele vem na verdade dessa proposta diferente de ver a saúde mental, porque a gente vê a saúde mental como doença mental né e é esse novo olhar, eu não sei se é novo, mas é um olhar que é olhar pra saúde e aí foi o embrião desse trabalho, foi a partir dessa essência de pensamento, digamos assim, olhar para o ser humano, olhar para a saúde e não para a doença (Coordenador 1).

4.4.2 Potencialidades e perspectivas na inclusão social pelo trabalho e redução de vulnerabilidade social

Neste eixo objetivou-se identificar como o gerente entende a inclusão social dos participantes das iniciativas de inclusão social através do trabalho. Os conteúdos emergentes

das falas são referentes à forma como são comercializados os produtos, o fortalecimento da identidade, a necessidade de diminuir barreiras e estigmas e a inserção na esfera do trabalho.

Os coordenadores foram incentivados a relatar sobre as potencialidades e perspectivas na inclusão social pelo trabalho e de que maneira esse processo auxilia na redução da vulnerabilidade social. Foram identificadas as categorias empíricas abaixo.

4.4.2.1 Redução dos sintomas dos transtornos mentais

Uma das potencialidades identificadas pelo Coordenador 2 é a melhora dos sintomas ocasionados pelo transtorno mental diagnosticado ao realizar a atividade proposta.

Primeiro lugar, a tranquilidade [...], nós tinha uma outra aqui que ela não entrava nem na sala e ela começou, devagarzinho eu fui conversando: “entra aqui pra ver, entra aqui pra conhecer”; e devagarzinho ela entrou, hoje ela faz quatro, cinco tapetes por dia na casa dela e ganha seu dinheirinho só com o tapete (Coordenador 2).

4.4.2.2 O desenvolvimento de habilidades e inclusão social

Outra potencialidade apontada pelos coordenadores foi o desenvolvimento de habilidades sociais que favorecem a inclusão social dos participantes. Com o despertar estimulado pela participação nas iniciativas, o sujeito se torna mais autônomo na realização de atividades, na participação social, no contato com o outro.

Então na inclusão social foi maravilhoso essa história do tapete, entendeu, então pra nós é satisfatório ver esse tipo de coisa, nós fomos pra Aparecida do Norte, o R., no começo, o R. não abria a boca, hoje ele não para de falar, então pra ele foi maravilhoso e pra todos que frequenta lá você vê que como entra e depois de um, dois meses você vê a pessoa como é que muda completamente, pra mim “tá” sendo satisfatório, “tá” sendo maravilhoso poder ver o cidadão, a cidadã que frequenta a sala, sair de lá com essas possibilidade pra vida [...], que não é só vir aqui, fazer o tapete, ficar dentro de casa, eles estão vindo aqui, “tão” melhorando psicologicamente, “tão” conversando melhor, entendendo melhor o que que é a vida, isso pra nós “tá” sendo maravilhoso (Coordenador 2).

Hoje eu “tô” achando que ela “tá” superbem, como ela mora perto do centro, ela também se dispôs a ir comprar alguma coisa porque às vezes eu não acho aqui o que precisa no lugar que eu vou, ela também começou a comprar, a ajudar nas compras, mas também parte dela, né, ela tem muita disposição pra vender (Coordenador 3).

[...] a oficina possibilita, a hora que você “tá” em interação e interação, desde o momento que você “tá” em grupo, dentro da oficina, na hora que você “tá” em contato com alguém vendendo ou quando eles participam dessas reuniões de cursos ou até num depoimento sobre a oficina, acontece às vezes de, de irem pra algum, algum usuário ir, acho que, todos esses momentos eu vejo momentos de inclusão, eles estão se socializando, participando, então (Coordenador 4).

[...] acho que são várias situações que a oficina possibilita de desenvolver isso, em todos os aspectos, desde a convivência até a produtividade em si, em se sentir útil, “tá” interagindo, “tá” em papéis diferentes, eu “tô” fazendo, eu tô como artesão, mas eu “tô” como empreendedora, eu “tô” como colega de oficina, eu “tô” como parte, me sentindo parte (Coordenador 4).

[...] acho que tanto o transporte que ele passa pra essa outra posição, pro outro papel, eu acho que isso é superpotente e aí todas essas habilidades que vem nessa é, nessa parte das vendas, da organização, né, do processo, isso faz com que eles desenvolvam habilidades que com certeza vão ajudar, ajuda em outros contextos também, é meios que eles vivem, então habilidades de comunicação com pessoas, precisa de tomar, ter uma atitude de conseguir pensar no processo como prazo, de se organizar, de conseguir estar no lugar falando com o outro sobre algo que você que fez, às vezes pegar um ônibus pra ir até o lugar da venda (Coordenador 5).

[...] mas eu acho que, que auxilia na inclusão do trabalho é, são as habilidades necessárias para conseguir desempenhar essa função, funções de trabalhador, né, então ter responsabilidades, ter habilidades sociais, conseguir colocar suas opiniões, acho que no grupo a gente pensa em trabalhar essas, e às vezes mesmo não planejado, mas a gente trabalha essas habilidades, né, que um dia, quem sabe eles consigam transformá-los, levá-los pra outro contexto de trabalho (Coordenador 5).

Os coordenadores entrevistados apontaram o desenvolvimento de habilidades como outra potência observada através das iniciativas.

M. quando ela chegou, ela não sabia pegar na agulha, foi a pessoa que mais se desenvolveu dentro do grupo, porque a maioria das outras já sabia alguma coisa, ela não sabia nada, ela quando chegou, ela “tava” muito mal, porque ela tinha tido uma tentativa de suicídio e ela ficou meses no hospital, saindo do hospital ela foi internada no Santa Tereza e ela veio pra cá assim, num aspecto físico muito debilitado, sabe, que as pessoas estranhavam ela, daí um dia ela chegou na porta da oficina e ela falou: “eu posso participar?”, e eu falei: “entra pra você ver”, né, e tal, e ela quis aprender e ela se mostrou uma grande bordadeira, nossa, super caprichosa, as coisas que ela faz vende super-rápido, daí ela começou a aprender outras coisas, bolsa de crochê lindas, tanto que quando ela traz, ela vende na hora (Coordenador 3).

Acho que pra eles verem como uma possibilidade de renda, uma, um empreendimento, acho que ainda falta, eu não sei, né, não sei se falta ou se depende deles, a gente pode ter a vontade, pode tentar sensibilizar, mas se a

peessoa, se eles não quiserem, eu acho, eu não sei se é viável, se a gente, se é uma falha nossa ou se realmente não é uma demanda deles nesse momento (Coordenador 4).

[...] é algo que eu vejo como difícil deles conseguirem entender que é deles isso, sabe, que não é a gente que vai chegar e falar: “ah, é assim que tem que ser”; não a gente vai pensar junto, tal, porque acho que eles estão tão acostumados de só receberem, né, que é difícil eles possibilitarem essa autonomia, de pensar: “não, eu quero assim, eu não quero assim” (Coordenador 5).

Eu vejo que assim, né, essa oficina é muito importante nesse sentido porque principalmente na questão do álcool e drogas a relação com o dinheiro é muito complicada e, assim, é você trabalhar justamente essa questão que é impossível, a gente tem que viver com dinheiro, então é muito terapêutico nesse sentido pra eles, né, da reabilitação na questão de lidar com o dinheiro, pensar, projetar, conseguir ter planos em relação com o que eu posso fazer com o dinheiro, então, trabalhar essa questão da relação com o dinheiro que eu acho que é muito importante pra essa clínica, né (Coordenador 6).

4.4.2.3 Comercialização dos produtos

A comercialização dos produtos se dá através da venda em feiras, combinadas a partir do Fórum de Economia Solidária de Ribeirão Preto, e no próprio serviço, realizada com uma mesa na porta de entrada e exposição dos produtos.

Geralmente tem as feiras e tem na praça, acho que eles ofertam a cada 15 dias, eles vão na praça lá (Gerente 1).

Eles, agora, a gente começou a fazer o bazar aqui mesmo no CAPS, né, então eles ficam na recepção durante o período da manhã e aí a residente da Terapia Ocupacional acompanha, é... e uma vez por semana na verdade, e quando tem eventos, por exemplo, trabalho na feira, eventos da USP, aí eles acabam indo também e aí vendem (Gerente 2).

Aqui dentro do CAPS uma vez na semana, na segunda-feira de manhã, e aí quando tem feira ou alguma outra atividade externa assim, eles colocam (Gerente 3).

Nota-se que a divisão das sobras das iniciativas não consegue suprir as necessidades básicas dos sujeitos, porém essas são colocadas como relevantes na complementação de renda.

[...] ele vivia muito na casa dele, só dentro do quarto, mas hoje ele fica no quarto, mas fazendo tapete, pra ganhar o dinheiro dele, ele já tem uma aposentadoria hoje, mas ele complementa fazendo o tapete, [...] não é que ele

vem aqui pra só fazer tapete, ele saindo daqui ele tem aonde arrumar o dinheirinho dele, ele não fica esperando de ninguém, de familiares, dois tapetinho que ele vende aí, ele já ganha o dinheirinho dele da semana (Coordenador 2).

[...] nessa oficina que a gente tem não é algo que é muito grande, assim os produtos dos pacientes não conseguem ter uma renda da atividade, tanto que o que a gente consegue arrecadar é dividido entre todos (Coordenador 5).

[...] agora infelizmente a questão da renda a gente ainda não alcançou isso, né, o retorno é muito pequeno, a gente acaba conseguindo só manter a própria oficina e o repasse pra eles é muito pequeno mesmo assim, não consegue ter uma assiduidade, não é todos os meses que tem sobra, então infelizmente a questão do retorno financeiro é muito pouco (Coordenador 6).

4.4.2.4 Fortalecimento de identidade e redução de barreiras e estigma

Nota-se como papel relevante da inserção social através do trabalho o fortalecimento da identidade do sujeito enquanto cidadão, pois o sujeito é valorizado pela sua habilidade, pela capacidade de fazer e criar algo. Com isso, a possibilidade de sair do serviço de saúde mental e poder expor sua criação coloca essa pessoa como um sujeito potente, e não como alguém que possui um diagnóstico relacionado a algum transtorno mental; há o incentivo à autonomia, trocas sociais com a sociedade e, aos poucos, a oportunidade de reduzir as barreiras e estigmas criados pelo território.

O significado da oficina é primeiro reconhecer que ele tem uma habilidade, né, e a partir do momento que ele não “tá” num quadro agudo que é patológico, que é biológico, que ele não “tá” num quadro agudo, o quanto é interessante ele ter o significado que a habilidade dele pode ser produção de um sentido que ele goste, uma coisa que ele gosta de fazer (Gerente 1).

Eles têm muita dificuldade de se verem como pessoas que podem produzir, até por conta da história, por conta do adoecimento, né, tem muitas pessoas que têm uma questão de autoestima baixa de achar que não dá conta, tem alguns que têm receio de produzir e aí perder benefício, por exemplo, que eles recebem do INSS, é, então a gente tenta fortalecer que esse tipo de empreendimento, esse tipo de atividade, vai deixá-lo mais forte pra conseguir se relacionar com outras pessoas lá fora, né (Gerente 2).

Quando ele consegue produzir algo e ele consegue vender aquilo que ele produz, isso fortalece a identidade dele, fortalece a autonomia, a capacidade, que quando, a gente percebe, né, que o paciente que tem um transtorno de saúde mental, eles têm tudo isso prejudicado, né, eles perdem sua identidade, perdem, né, algumas capacidades e principalmente a habilidade social, né, eles têm dificuldade de se relacionar e quando você consegue produzir algo e

vender aquilo que você produziu, você tem que colocar sobre aquilo que você fez, se comunicar com o outro e isso pra ele às vezes é muito difícil, porque eles costumam ficar naquele isolamento (Gerente 2).

Assim, tem vários pacientes que até eu indiquei para a Economia Solidária, pra essa oficina que hoje eles têm um protagonismo da própria vida que vai muito além da questão financeira, que vai em outras situações, porque muitas vezes eles ficam muito em casa, né, não têm, não se sentem produtivos, né, e na sociedade capitalista que a gente tem hoje a questão de se sentir produtivo é muitas vezes ter o dinheiro, né, é o ganho financeiro e essa oficina ela é bem bacana por conta disso (Gerente 3).

[...] então mais o dinheiro da oficina, então ajuda a comprar as coisas que eles precisam, principalmente de higiene, né, comida, às vezes vai no Bom Prato, então tem, mas ajuda bastante assim, a gente vê que eles fazem bom uso ou às vezes mau uso também, acabam que usando pra comprar substâncias, né, enfim, tem todo um manejo em cima da questão do dinheiro, né (Gerente 3).

Percebe-se, através da fala do Gerente 2, que as iniciativas de inclusão social através do trabalho têm como finalidade a terapêutica ofertada pelo serviço e a importância do olhar para o processo do fazer – não somente para o resultado final do produto confeccionado – e o valor arrecadado é dividido entre os participantes. Com a valorização desse processo há a redução das barreiras e estigmas em relação às pessoas com transtornos mentais e/ou que fazem uso de substâncias psicoativas.

As pessoas conseguem, apesar de todas as dificuldades delas, elas conseguem produzir e se relacionar com os outros, que é tirando um pouco aí dessas barreiras do preconceito que tem, que a pessoa tem que ficar reclusa, que ela não pode participar, então eu acho de extrema importância a gente focar mesmo nesses tipo de atividade terapêutica, né, ela vai ter aí um fim pra comercialização, mas antes disso ela tem todo um processo pra ser feito, né, e acho que é isso que valoriza quando você vai vender aquele produto, que ele não veio de uma indústria, ele veio de um processo terapêutico (Gerente 2).

As iniciativas proporcionam a promoção de cidadania dos participantes através da mudança de papel, isto é, de doente passa-se a considerá-lo como um sujeito potente, dono de um fazer, o que estimula a cidadania, o sujeito passa a realizar trocas nas diferentes esferas propostas por Saraceno, quais sejam, hábitat, social e trabalho.

Olha, tem potencial à medida que a pessoa, que a gente vai observando a autoestima vai melhorando, elas vão se sentindo assim, elas se apropriam, né, e o fato de receber um dinheiro que é fruto do trabalho também melhora, valoriza, melhora em todos os aspectos, né, e eu tenho sentido assim no grupo,

uma maturidade, hoje eu acho que eu fiquei uns dias de férias, pela primeira vez eu deixei, você viu, eu deixei as coisas pra elas gerenciar, a compra, o que era pra fazer, inclusive novas pessoas que era pra entrar no grupo, elas, antes, sempre a pessoa vinha, pedia, alguém indicava pra participar e a pessoa ali chegava, chegando mesmo (Coordenador 3).

[...] é um trabalho pra mim de promoção mesmo, a partir da pessoa estar se sentindo incluída pelo próprio trabalho dela, eu acho que é um passo bastante, um bom passo pra reabilitação e a pessoa ela vai ter uma resiliência, fortalece, né, todo mundo, todas as pessoas, agora imagina uma pessoa que “tá” meio impedida de ter uma vida plena, social, eu acho supermaravilhoso (Coordenador 3).

A partir do trabalho, ela vai estreitar relacionamentos, né, vai conviver, vai ter um canal de, vai facilitar, né, a vida dela, social também, porque às vezes a vida social acontece aqui, né, a maioria das vezes, mas ao mesmo tempo que a pessoa, ela tem uma outra atividade que é uma atividade produtiva, né, ela vai fazer, ter novos relacionamentos, porque sempre, nossa, a gente percebe assim a evolução que elas têm tido (Coordenador 3).

Acho que pelo fato de você ver uma produção sua, acho que já tem o ato de uma realização pessoal, você vê que você é capaz de produzir, de aprender uma coisa nova, e pensando de poder chegar a ser, ter uma renda, com as oficinas, isso é, pra mim, é cidadania, porque o fato de às vezes não “tá” trabalhando, não “tá” produtivo, eu acho que é uma questão que dificulta pra muitos deles (Coordenador 4).

[...] eu acho que você estar no papel de, eu acho que o fato deles assumirem quando “tão” vendendo lá, né, então eles não “tão” ali como usuário do CAPS, como um paciente, eles “tão” ali como uma pessoa que fez algo que “tá” vendendo seu produto, eu acho que isso já traz um impacto sensacional, aí deve ser, a ideia que eu penso, talvez, de potencializar ainda mais isso, é sair fora desse contexto do espaço do CAPS (Coordenador 5).

O que eu vejo de mais, que a gente consegue ter como resultado já aparente, é a questão da autonomia mesmo, né, do reconhecimento das potencialidades, deles conseguirem se entenderem como potentes na relação com o trabalho, isso a gente consegue observar e na inserção social mesmo, estando nas feiras, né, o contato com as pessoas, isso a gente já vê como resultado (Coordenador 6).

O fato de o sujeito perceber-se enquanto potente em uma atividade auxilia na melhora de sua autoestima e autopercepção, fato esse apresentado na fala do Coordenador 4.

Pessoa no sentir produtiva, no sentir parte de alguma coisa, ele, ampliando a possibilidade de interação em vários contextos, porque muito desses usuários, desses pacientes estão, às vezes em, estavam isolados, então eles não “tavam” nem se socializando, não se sentiam produtivo (Coordenador 4).

4.4.2.5 Inserção na esfera do trabalho

Através das falas de dois gerentes entrevistados (gerentes 1 e 3), compreende-se que a inserção social através do trabalho se dá a partir das habilidades sociais adquiridas por meio de todo o processo de participação na iniciativa, bem como por meio da atenção e cuidado dos profissionais para com os participantes.

Com base na observação participante foi possível perceber que na Iniciativa 1 existe a divisão dos papéis dos participantes da oficina, em que o momento da exposição e venda de produtos é muito potente para gerar essas habilidades de socialização e participação social necessárias à inserção no mundo do trabalho – pois existe o contato direto com os clientes e a necessidade de habilidades sociais para a aproximação, manejo e gerenciamento do dinheiro (observação participante). Os papéis foram definidos junto com o coordenador da Iniciativa 1, em que todos os participantes presentes no momento da exposição dos produtos podem e devem se aproximar dos clientes e mostrar os artesanatos, porém, só um participante é responsável pelo manejo do dinheiro e anotações de encomendas, quando necessário.

Então é, “tá” bem vinculado, porque se ele pega habilidade, é possível constituir isso um trabalho, né, e pode ir pro seu núcleo de cidadania, ele pode ir, como de repente montar uma coisa na casa dele, numa praça, ele pode ser registrado, não é, dentro das condições dele, então acho que aí é mundo do trabalho mesmo, então a gente incentiva pra que ele possa fazer isso, que possa ser um meio de subsistência dele, né, mas que esse meio seja alocado ao trabalho, e não à doença, né (Gerente 1).

O Gerente 3 fala a respeito da iniciativa como um laboratório, um espaço de aprendizado de habilidades necessárias para o ambiente laboral, com a finalidade de que o sujeito adquira esse conhecimento para levá-lo à esfera de um trabalho formal.

[...] criar habilidades sociais pra se desenvolver no mercado de trabalho, né, independente dele, é fazer atividade visando economicamente algum lucro, mas ele desenvolve muito além do que é o dinheiro que vai ser dividido entre eles, eles desenvolvem muito na questão de habilidade mesmo (Gerente 3).

[...] teve até alguns pacientes que [...] que até já saíram, que já tiveram alta daqui, alta entres aspas, né, que já se deram alta, na verdade, e que se engajaram no mercado de trabalho, tendo em vista as experiências vivenciadas dentro da oficina, isso é muito bacana, eu acredito (Gerente 3).

4.5 Apresentação dos dados obtidos através do questionário sociodemográfico realizado com os usuários participantes das iniciativas de inclusão social através do trabalho

Dados correspondentes à terceira etapa da pesquisa, todos os participantes das iniciativas de inclusão social através do trabalho foram convidados a participar das entrevistas, porém somente 22 participantes aceitaram.

A apresentação dos dados foi dividida em quantitativa, com a caracterização dos sujeitos através do questionário socioeconômico, e qualitativa através da análise de conteúdo das entrevistas semiestruturadas. Este tópico é dedicado à apresentação da caracterização dos 22 participantes das iniciativas de inclusão social através do trabalho.

Tabela 5 – Caracterização dos participantes das iniciativas de inclusão social através do trabalho. Entrevistados (n=22)

Identificação	Frequência	Porcentagem
Sexo		
Feminino	14	63,56
Masculino	8	36,32
Idade		
21-30 anos	1	4,54
31-40 anos	4	18,16
41-50 anos	8	36,32
51-60 anos	8	36,32
61-70 anos	1	4,54
Estado civil		
Solteiro	7	31,78
Casado	3	13,62
Divorciado	6	27,24
Amasiado	5	22,7
Viúvo	1	4,54
Etnia		
Branca	7	31,78
Preta	5	22,7
Parda	10	45,4
Estado de origem		
Bahia	2	9,08
Goiás	1	4,54
Minas Gerais	3	13,62
Paraná	2	9,08
São Paulo	14	63,56

Fonte: elaborado pela autora (2020).

Na Tabela 5 é possível notar a prevalência do sexo feminino dentre os entrevistados (63,56%) e a minoria masculina (36,32%). Percebe-se que a faixa etária é diversificada, em que dos 20 entrevistados, oito (36,32%) possuíam de 51 a 60 anos; oito participantes, de 41 a 50 anos (36,32%); quatro respondentes, de 31 a 40 anos (18,16%); um entrevistado possuía de 21 a 30 anos (4,54%) e outro, de 61 a 70 anos (4,54%). A maior parte dos entrevistados (sete) respondeu estar solteira (31,78%), três participantes são casados (13,62%), seis responderam ser divorciados (27,24%), outros cinco são amasiados (22,7%) e um deles é viúvo (4,54%). Quanto à etnia autodeclarada, dez consideraram-se pardos (45,4%), sete consideraram-se brancos (31,78%) e cinco, pretos (22,7%). Em relação ao estado de origem, 14 entrevistados nasceram no estado de São Paulo (63,56%); três participantes, no estado de Minas Gerais (13,62%); dois respondentes nasceram na Bahia (9,08%); outros dois usuários, no estado do Paraná e somente um nasceu em Goiás (4,54%).

Tabela 6 – Situação de moradia dos participantes das iniciativas de inclusão social através do trabalho. Entrevistados (n=22)

Identificação	Frequência	Porcentagem
Localidade do domicílio		
Região central	10	45,4
Região periférica	9	40,86
Comunidade	3	13,62
Quantidade de residentes		
Sozinho	4	18,16
1-4 pessoas	14	63,56
5-8 pessoas	3	13,62
Mais de 10 pessoas	1	4,54
Condição de domicílio		
Própria	8	36,32
Alugada	13	59,02
Cedida	1	4,54
Tipo de casa		
Alvenaria	22	100

Fonte: elaborado pela autora (2020).

Em relação à situação de moradia dos entrevistados, dez residem em região central do município de Ribeirão Preto (45,4%), nove moram em região periférica da cidade (40,86%) e três participantes relataram residir em comunidades (13,62%). Já no que diz respeito à

quantidade de moradores nas residências, quatro participantes referiram residir sozinhos (18,16%), 14 entrevistados moram com uma a quatro pessoas em casa (63,56%), três usuários do serviço residem junto com cinco a oito pessoas (13,62%) e uma respondente reside com mais de dez pessoas (4,54%) – essa é a única participante da pesquisa que reside em um Serviço de Residencial Terapêutico. Quanto à condição de domicílio, oito entrevistados residem em casa própria (36,32%); 13 participantes, em casa alugada (59,02%); uma pessoa, em residência cedida pelo governo (SRT) (4,54%). Todos os entrevistados moram em casas de alvenaria (100%).

Tabela 7 – Situação de renda dos participantes das iniciativas de inclusão social através do trabalho. Entrevistados (n=22)

Identificação	Frequência	Porcentagem
Renda mensal		
Menor que 1 salário mínimo	5	22,7
1-2 salários mínimos	13	59,02
3-4 salários mínimos	1	4,54
Sem renda fixa	3	13,62
Possui benefícios ou auxílios do governo		
Benefício de Prestação Continuada	2	9,08
Aposentadoria por invalidez	6	27,24
Auxílio-doença	6	27,24
Nenhum	8	36,32

Fonte: elaborado pela autora (2020).

Em relação à fonte de renda mensal dos entrevistados, cinco apontaram receber valor inferior a um salário mínimo (22,7%), 13 participantes recebiam o valor de um a dois salários mínimos (59,02%), um ganhava de três a quatro salários mínimos (4,54%) e três mencionaram não possuir renda fixa (13,62%). Quando questionados se recebem algum benefício ou auxílio do governo, dois relataram possuir o Benefício de Prestação Continuada (BPC); seis recebiam aposentadoria por invalidez (27,24%); seis, auxílio-doença (27,24%); oito referiram não possuir nenhum benefício ou auxílio do governo.

4.6 Apresentação dos dados das entrevistas semiestruturadas dos usuários participantes das iniciativas de inclusão social através do trabalho

A seguir, apresenta-se a categorização das entrevistas realizadas com os 20 usuários participantes das iniciativas de inclusão social através do trabalho. Nessas foram encontradas três categorias analíticas, das quais derivaram 13 categorias empíricas e seis subcategorias, que serão detalhadas na sequência.

Quadro 3 – Categorias dos usuários participantes das iniciativas de inclusão social através do trabalho

Categoria analítica	Categoria empírica	Subcategoria
4.6.1 Inserção dos participantes nas iniciativas de inclusão social pelo trabalho	4.6.1.1 Compreensão sobre o que é a Economia Solidária 4.6.1.2 O contato e o início da participação na iniciativa de inclusão social pelo trabalho	
4.6.2 Dificuldades e potencialidades	4.6.2.1 Dificuldade em perceber que é capaz 4.6.2.2 Melhoria dos recursos financeiros, materiais e humanos 4.6.2.3 Apoio e suporte técnico 4.6.2.4 Dificuldade de adesão dos usuários dos serviços de saúde mental às iniciativas de inclusão social através do trabalho 4.6.2.5 Competitividade de mercado 4.6.2.6 Capacitação para novas técnicas 4.6.2.7 Espaço de acolhimento	
4.6.3 Efeitos, decorrências ou implicações da participação nas iniciativas de inclusão social pelo trabalho	4.6.3.1 Mudanças decorrentes da participação na iniciativa 4.6.3.2 Aspectos positivos da participação na iniciativa 4.6.3.3 Sentimentos emergentes a partir da participação	4.6.3.2.1 Possibilidade de novos aprendizados 4.6.3.2.2 Possibilidade de inserção social 4.6.3.2.3 Momento de distração e lazer 4.6.3.2.4 Pertencer a um novo lugar 4.6.3.2.5 Local de trocas e socialização 4.6.3.2.6 Percepção de mudanças no comportamento

Fonte: elaborado pela autora (2020).

4.6.1 Inserção dos participantes nas iniciativas de inclusão social pelo trabalho

Nesta categoria os entrevistados foram questionados em relação ao conhecimento sobre Economia Solidária, sobre como se deu o contato e a inserção na iniciativa, quais os sentimentos emergentes da participação na iniciativa de inclusão social através do trabalho. Foram também abordadas questões sobre as mudanças em suas vidas, os potenciais e as dificuldades vivenciados nesse processo.

4.6.1.1 Compreensão sobre o que é a Economia Solidária

Nota-se, através das entrevistas realizadas com os participantes, a dificuldade em compreender o que é a Economia Solidária, principalmente pelos que não participaram de nenhum tipo de formação. Já os sujeitos que conseguiram participar, possuíam compreensão melhor acerca do que é a Economia Solidária.

Com o pouco que a gente faz, a gente pode tirar lucro sobre o produto que a gente fabrica (Sujeito 1).

Não sei isso (Sujeito 2).

Eu não sei o que é isso (Sujeito 3).

Não entendo nada (Sujeito 4).

A gente faz as coisas, [...] e aí eles vendem pra depois a gente, juntos, fazermos passeio, fazer um, alguma coisa que agregue todo mundo que participa dos grupos, algum tipo de passeio, ah, eu acho que é isso, mais passeio, nesse sentido, né (Sujeito 5).

Me deram alta e a médica pediu pra mim se eu podia ser voluntária aqui, uma vez por semana e eu aceitei e eu tô vindo (Sujeito 6).

Direito não (Sujeito 7).

Economia Solidária eu entendo assim, que nem a gente que “tá” passando por um processo de doença, de doença mental e você tem, ganha pouco, aí não dá. As pessoas que te ajudam, ajudam só pouco tempo, depois tem que tocar tua vida e nisso com essa oportunidade de você fazer uma terapia de você mesmo, da sua mente, do seu interior, pra te ajudar lá da doença e ao mesmo tempo divulgando o que a gente faz, fazendo crescer esse grupo e ajuda também a gente um pouco, financeiramente. É um grupo terapêutico que a gente “tá” participando, [...] tem inúmeras coisas que hoje eu sobrevivo

com isso, é pouco, mas “tá” dando pra mim tocar, né, e muitas pessoas aqui também são assim (Sujeito 8).

Não entendo nada (Sujeito 9).

Não entendo nada (Sujeito 10).

Não entendo nada (Sujeito 11).

Economia Solidária é você fazer, ah, você produz e leva pra feira de Economia Solidária pra poder vender (Sujeito 12).

“Ixi”, eu não entendo muito bem, não (Sujeito 13).

Economia Solidária? Ah, eu não entendo, não (Sujeito 14).

Eu não entendo muita coisa, não, não sei muito disso, não, porque eu não participei disso (Sujeito 20).

Entretanto, afastando-se da cognição acadêmico-científica, percebe-se haver nas falas dos sujeitos pequenas apreensões do sentido geral do que é Economia Solidária. Nas falas abaixo pode-se perceber sentidos implícitos nas narrativas que remetem à “solidariedade”, “todos iguais e divisões iguais para todos”, “todo faz um grupo”, “pra ser unido”, “cooperativa”, “sustentabilidade”, “sem atravessadores” e “a gente faz e a gente mesmo vender”. Dessa forma, percebe-se que os sujeitos detêm uma espécie de sabedoria prática sobre o que é a Economia Solidária.

Acho que é ajudar uns aos outros, né, ter um tipo de renda, né, deve ser isso (Sujeito 15).

Economia Solidária, eu entendo que é um “baguio” de associação que junta todos o pessoal, que faz o programa de Economia Solidária, com o pessoal, junta todo mundo e faz um grupo, pra ser unido e todo mundo fazer o mesmo papel de cada um, cada um faz o seu papel, aí um ajuda a fazer alguma coisa a mais, outro ajuda menos, então nós faz Economia Solidária como feira, discute com o grupo, isso que eu entendo Economia Solidária (Sujeito 16).

Que todo mundo tem parte e deveres e obrigações iguais e segue conforme a sua função, e é um meio de se socializar, a ideia de entrar pessoas como eu que é pouco sociável (Sujeito 17).

Eu entendo que é algo que eu aprendi era na, na fabricação de produtos artesanais, né, sabonetes, sabão, carteiras, [...] um novo conhecimento, né,

na área e “tá” ajudando o CAPS também, nesse processo da cooperativa (Sujeito 18).

Eu acho que é uma pessoa que precisa de uma ajuda, que está ajudando o próximo que não tem condições sozinha, né (Sujeito 19).

Ah, eu entendo por Economia Solidária, né, que tudo aquilo que as pessoas descarta no lixo, acha que não serve pra ela, vai ser útil pra uma outra pessoa, você pode transformar numa arte, né e ou vender, ou você doar pra uma outra pessoa (Sujeito 21).

Como um meio da gente divulgar o nosso trabalho e a gente mesmo fazer e vender, não vender para atravessadores, eu gostei muito dessa maneira (Sujeito 22).

4.6.1.2 O contato e o início da participação na iniciativa de inclusão social pelo trabalho

A maioria dos participantes iniciou sua participação nos projetos de inclusão social através do trabalho, a partir do direcionamento e sugestão do profissional de referência, como parte do Projeto Terapêutico Singular. Poucos iniciaram por interesse próprio a proposta apresentada pela iniciativa.

Fui convidado pelo profissional de referência (Sujeito 1).

Foi a D. (Sujeito 2, indicado pelo profissional de referência).

[...] o dia que eu vim aí, a enfermeira que falou pra mim, que tem umas par de grupo aí, pra mim escolher o que eu queria fazer (Sujeito 4).

Quando eu fiquei acolhida aqui da outra vez, eu fiz um tempo, aí depois eu parei e agora eu quero voltar de novo (Sujeito 5).

O que é que é... pra ajudar as pessoas? Ah, eu acho que eu sou uma pessoa econômica, que eu sei economizar e eu também faço muita doação (Sujeito 6).

Eu que pedi para participar (Sujeito 7).

Então, foi o médico mesmo, ele se propõe isso, aí depois a gente passa pela assistente social, ela te explica, sabe de toda a sua vida, pra você não ficar em casa, sozinha (Sujeito 8).

Não sei (Sujeito 9).

Não mandaram. A inscrição com a moça lá, o acolhimento e aí eu quis o tapete (Sujeito 10).

A menina lá, a enfermeira, ela me fazendo entrevista pra passar pro psiquiatra, ela falou se eu não gostaria, que tinha tapete, pra eu fazer parte, tinha oficina assim, de artesanato, tinha vários, aí me interessei pelo tapete (Sujeito 11).

Foi o D. que trouxe o tapete, aí nós gostamo e começamo a produzir umas tela e nós começou a comprar, a fazer (Sujeito 12).

A porque a proposta aqui do CAPS pra quem fica diurno na internação, então tem que “tá” fazendo alguma coisa pra “tá” ocupando a cabeça, aí tem várias atividade, aí o paciente escolhe qual que seria mais assim, que dá mais jeito pra “tá” fazendo, que leva jeito, que gosta, se tenta vários, aí você vê qual que você habituou (Sujeito 13).

A minha referente do CAPS que me indicou eu pra fazer outras oficinas (Sujeito 14).

Do tapete foi na consulta que eu tive com a doutora [...]. A bijuteria faz duas vezes que eu fui só na aula e é a própria professora, [...] só que eu opinei fazer primeiro um e depois o outro, pra não ficar muita coisa na minha cabeça (Sujeito 15).

Foi minha profissional que me chamou [...] pra trabalhar na Economia Solidária, aí eu aceitei, fiz o grupo também de Economia Solidária, fui no fórum, fui nas feira, fui em todas câmara [câmara], aí eu participei de tudo de Economia Solidária (Sujeito 16).

Foi pela oficina, aí chamaram muita gente, [...] então eu entrei como opção de oficina, aí o pessoal foi saindo e eu fui ficando. Eu vi e quis participar, eu fiquei naturalmente (Sujeito 17).

Aqui mesmo, né, eu fui com a coordenadora, fui convidado por eles, fiz a entrevista com eles e eles aceitaram a minha participação (Sujeito 18).

Foi através da assistente social, através dessa doença crônica que eu tenho, [...] através da assistente social e eu “tô” até hoje e “tô” gostando muito, deve fazer uns cinco anos já (Sujeito 19).

O L. [coordenador] (Sujeito 20).

Ele [coordenador] que convidou, essa oficina, da cooperativa Vão das Artes, foi, começou, quem deu início foi o L. [coordenador], [...] a gente começamo junto com ele (Sujeito 21).

Foi a Sujeito 21, né, [...] ela começou a trazer minhas coisas pra cá, começou a vendendo e aí depois eles abriram espaço, aí eu passei a ser paciente e a gente vende até hoje (Sujeito 22).

4.6.2 Dificuldades e potencialidades

Foi proposta a discussão acerca das dificuldades e potencialidades decorrentes da participação dos sujeitos entrevistados nas iniciativas de inclusão social pelo trabalho.

4.6.2.1 Dificuldade em perceber a si mesmo de que é capaz

Dentre as dificuldades e barreiras enfrentadas, o Sujeito 8 aponta o fato de não se sentir capaz de dar conta de concluir uma tarefa ou produção proposta e a necessidade de trabalhar essa questão internamente.

Então, a dificuldade em questão que a gente enfrenta é, se achar que é capaz, então a pessoa tem que trabalhar mentalmente com ela, ela achar capaz, que ela “tá” passando por uma fase difícil (Sujeito 8).

Já os sujeitos 10, 15 e 19 apontaram de forma vaga que não identificam dificuldades nas iniciativas de inclusão social através do trabalho das quais participam.

Do jeito que “tá”, “tá” bom (Sujeito 10).

Dificuldade? Não, não tem, não, assim, acho que é tudo tranquilo, né (Sujeito 15).

Pra mim “tá” muito bom, eu não tenho queixa, pra melhorar mais, “tá” muito bom assim, não tenho nenhuma sugestão (Sujeito 19).

4.6.2.2 Melhoria dos recursos financeiros, materiais e humanos

A partir das entrevistas, os participantes (sujeitos 7, 8, 11, 14, 15, 18, 20, 21 e 22) apontaram a dificuldade de recursos financeiros devido ao cancelamento dos recursos fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde; esses eram destinados aos serviços de saúde para a compra de materiais para a confecção dos produtos e, também, para a compra de itens

necessários para a venda nos produtos na feira de Economia Solidária, como apontado pelo Sujeito 8.

Faltam recursos materiais e físicos, com uma estrutura de local que comporte a iniciativa proposta, como apontado pelo Sujeito 11. Já o Sujeito 18 coloca como necessário aumentar a quantidade de participantes, a fim de melhor organização e compartilhamento dos papéis na iniciativa.

No sentido da atividade eu acho assim, é material que às vezes fica meio pesado e aí a pessoa tem que ajudar um pouco, né, trazer um pouco de material às vezes, nem sempre, mas agora que nem, “tá” vendendo, gerando renda (Sujeito 7).

Olha, a melhoria não só nela, é mais estrutura financeira, porque realmente faz parte, né, a gente precisa, que nem, participar da feira de San Leandro lá, a gente “tá” precisando da barraca, das mesa, cadeira, não foi possível a gente conseguir comprar [...]. Ter mais oportunidade, ajuda da prefeitura, ter vale-transporte pra poder ir, levar as pessoas (Sujeito 8).

Ali tem muito pouco espaço, né, precisa mais de gente, as pessoas precisam ter mais condições, porque tem pessoas que tem condições de comprar linha, então precisa mais, de mais ajuda (Sujeito 11).

O espaço lá quando vem todo mundo não cabe, é pequeno o espaço, tem muita gente também que “tá” esperando aprender costurar, eu também gostaria muito de aprender costurar, às vezes o transporte, às vezes as pessoas não têm como vim, tem tudo isso, é uma dificuldade que acontece com as pessoas, [...] o governo que tinha que arrumar uma atitude e ajudar mais o próximo (Sujeito 11).

Falta verba da prefeitura pra mandar material, porque a gente que tem que comprar e trazer, né, quem quer fazer, então dificulta, a prefeitura não manda verba (Sujeito 12).

Ah, eu acho que, assim, pra melhorar eu acho que tinha que ter algum empresário, alguém assim pra fornecer mais material pra ajudar, porque os paciente aqui, é, tem que ficar comprando linha e eles não têm como comprar, tem que ficar pedindo ajuda pra algum parente, pra alguém, pra ficar comprando linha ou então vender sucata, vender alguma coisa pra conseguir fazer alguma coisa, se tivesse alguém que desse esse apoio, um empresário, sei lá, quem tivesse condições de ajudar a doar materiais pro CAPS era bom (Sujeito 14).

Ah, fosse bom se o governo ajudasse mais, né, desse linha de graça, a verba que não existe mais, né, comprasse até as coisa melhor, né, pensar mais no povo que “tá” aqui, na esperança de melhorar, né [...]. Ter mais material, né, porque de certo tem falta das coisa, né, [...] a gente às vezes tem que comprar pra fazer e se a gente não tem também, aí usa o deles aqui, acaba trabalhando

[...]. Se tivesse mais condições, né, de vez desse governo ficar cortando tudo as coisas, o certo era ele investir, né, tem que pensar na população, nas pessoas, né, no próximo (Sujeito 15).

Mais participantes e material pra poder “tá” evoluindo, né, no trabalho, principalmente nas vendas e nas feiras, né (Sujeito 18).

Mais material, que a prefeitura não manda, mais material (Sujeito 20).

A prefeitura deveria ter, manter ainda o funcionamento aqui do CAPS e eles continua, se continuar assim, pagasse ainda a verba que eles mandava dos materiais, aí não precisava da gente ter que tirar do bolso pra comprar, pra poder comprar pra fazer as atividade, porque cortou muito, cortou as verba que vinha aí, aí tem que se autossustentar o grupo inteirinho pra poder ver se para, pra poder fazer uma atividade, né (Sujeito 21).

Então, acho que existe, né, eu acho que a prefeitura liberasse a verba, algum recurso para ajudar como vinha ajudando antigamente, seria bem melhor (Sujeito 22).

4.6.2.3 Apoio e suporte técnico

Outra dificuldade identificada pelos participantes é a falta de apoio tanto na esfera política, com o incentivo de políticas públicas, quanto o apoio técnico de pessoas com *expertise* em Economia Solidária.

É mais apoio mesmo, do lado de fora, de pessoas, assim, que têm mais conhecimento, maior do que a gente, maior do que os profissional aqui. Conhecimento sobre a própria geração mesmo, nossa solidária aqui, né, Economia Solidária, que pode assim mostrar pra gente de novo, que pode nos ajudar mais ainda do que “tá” ajudando (Sujeito 8).

Mais apoio dos funcionários pra ajudar o D. [coordenador] (Sujeito 12).

Dificuldade é o governo que, que corrompe um pouquinho esse bagulho, o governo “num” sabe o que que é Economia Solidária, um governo sabe, mas só que ele não sabe como trabalhar nisso aí (Sujeito 16).

Mais apoio, né, nessa feira solidária lá “tá” sendo muito bom, mas merece mais apoio, mais união de todo mundo, mais participação, mais apoio dos responsáveis, presidente, as pessoas que faz parte da diretoria, né (Sujeito 22).

4.6.2.4 Dificuldade de adesão dos usuários dos serviços de saúde mental às iniciativas de inclusão social através do trabalho

Existe também a dificuldade em relação à adesão dos participantes. Na Iniciativa 4, por exemplo, em que é feito um processo seletivo para a inserção na iniciativa, observa-se através da fala do Sujeito 17 que alguns deles não se comprometem com o grupo, não retornando mais, dificultando o andamento da iniciativa.

Ter o número ideal de participantes, tem o pessoal que é contratado pra ficar lá, não indo embora se não atrapalha tudo, porque fazer sabonete hoje, carteira, ia ter dificuldades porque o número de pessoas é muito limitado pra fazer (Sujeito 17).

Eliminar aqueles que não vêm mais e excluir mesmo o que não dizem que vão voltar e põe pessoas decididas a querer trabalhar lá, essa é a minha opinião, comprometidas (Sujeito 17).

A dificuldade que tem muito é aderir mais pessoas, que é muito difícil, tem muita gente que vem, fala com o L. [coordenador] que vai, tá interessado em participar, mais aí na hora H que eles vê que tem que vim pra cá de manhã, pega as coisas, carrega pra lá, pega tudo, aí eles desiste (Sujeito 21).

4.6.2.5 Competitividade de mercado

A dificuldade em relação à competitividade de mercado foi apresentada pelos sujeitos 1, 4, 5, 6, 13 e 18. Essa dificuldade se dá pela falta de locais novos para a exposição e, conseqüentemente, venda; além de melhorar a qualidade dos produtos através de capacitação ou novas ideias.

Não ter lugar pra vender, falta lugares pra deixar a gente vender (Sujeito 1).

Fazer bijuteria e tentar arrumar um lugar no centro pra vender. Ou um lugar na USP, procurar uns eventos pra poder colocar nossos produtos, que é um produto diferenciado, porque nós somos, como se diz, é um problema mental, então a gente gosta de fazer isso aí pra poder gerar uma renda pra gente poder se manter melhor (Sujeito 1).

Ah, eu acho que pra vender tem que ter um lugar mesmo, uma vez por semana, a cada 15 dias, um lugar melhor pra vender, né (Sujeito 4).

Questão financeira mesmo, né, pra ela se manter, de ajuda, das vendas, fazer algumas coisas que a questão mais da renda mesmo, que precisaria melhorar a forma, e tem que vender mais também (Sujeito 5).

Ah, tinha que vender mais, né, porque a gente faz geração de renda pra poder comprar os material depois, né, então, porque pra vender tinha que participar de feira, essas coisas assim, né, pra ir gerando mais dinheiro, pra comprar mais coisa, mas “tá” indo devagarinho (Sujeito 6).

A gente só “tá” fazendo e não “tá” vendendo, então eu acho, assim, que tinha que vender um pouco pra poder “tá” comprando mais coisa assim, diferente, novidade, porque se vê, você vai na cidade um colar que se compra é, que o nosso aqui é nós que faz que a gente tem problema, mas sai bonito, mas se vê que lá pro centro é bem mais bonito, então, tem que “tá” acompanhando, né, pra você ter uma renda melhor (Sujeito 13).

[...] aumentar o índice de produtos, a quantidade de produtos pra poder “tá” tendo uma renda, né, mais capacitadas, pra “tá” ajudando na cooperativa (Sujeito 18).

Aumentar o tipo de artesanato, a evolução do artesanato pra “tá” vendendo nas feiras, é isso que eu penso (Sujeito 18).

4.6.2.6 Capacitação para novas técnicas

Outro ponto apontado como dificuldade é a necessidade de capacitação para a técnica já utilizada na iniciativa, conforme colocado pelo Sujeito 7, que participa da Iniciativa 3.

A sugestão que eu tinha eu já dei, foi melhorar com o bordado, né, e aí a gente “tá” levando bem (Sujeito 7).

4.6.2.7 Espaço de acolhimento

Um aspecto positivo identificado, na perspectiva dos participantes das iniciativas, é o respeito à singularidade e ao indivíduo.

Quando eu não “tô” bem eu fico sem fazer, conversando, assim não atrapalhando também, mas eu fico ali, fico olhando, aprendendo mais coisas, as pessoas respeitam e entende, ah, porque aqui é assim, você veio pra fazer o tratamento, mas nem sempre, se você não “tá” boa a gente não é obrigada a fazer, então fica muita na ideia da gente, se “tá” pra aprender, é pra mexer com você, mas se você não está bem eles não te obrigam (Sujeito 13).

A gente é tratado como pessoa normal, não é tratado como coitadinha, que eu bipolar, né, nós não é tratada como coitadinha, a gente tem, é tratada como igual (Sujeito 20).

4.6.3 Efeitos, decorrências ou implicações da participação nas iniciativas de inclusão social pelo trabalho

Esta categoria analítica tem como objetivo identificar nas narrativas quais são os efeitos, decorrências ou implicações da participação nas iniciativas de inclusão social pelo trabalho.

4.6.3.1 Mudanças decorrentes da participação na iniciativa

Houve a percepção de mudança nos sintomas e comportamento pelos participantes. Muitos destacaram mudanças cognitivas, como melhora na atenção e concentração, nas habilidades sociais de contato com o outro e a melhora dos sintomas depressivos, a exemplo do que se identifica nas falas.

Eu notei que eu fiquei mais atento às coisas, eu era meio displicente, agora eu “tô” mais compenetrado, eu fico fixo naquele lugar até eu terminar (Sujeito 1).

Melhorei bem (Sujeito 2).

Não muito (Sujeito 3).

Ah, mudou, mudou bem. Ter alguém pra conversar, vergonha, vergonha eu tenho depois do acidente, eu esqueci muitas palavras (Sujeito 4).

Percebi bastante coisa, [...] quando você começa a ter contato com outras pessoas que têm mais ou menos, que têm as mesmas coisas que você, ou parecido, ou mais forte, você começa a entender que não está sozinho (Sujeito 5).

Ah, foi bem legal, “tá” melhor. Ah, então, eu fiquei assim mais desinibida, eu tinha muita dificuldade de ficar perto das pessoas, agora não, agora quando eu fico assim com mais gente, eu não tenho aquela, que eu tinha assim, parece uma vergonha (Sujeito 6).

A mudança minha é só quando eu venho aqui, [...] eu venho aqui e volto contente, só que cansada porque eu não “tô” fazendo quase mais nada em casa, então quando eu venho aqui eu começo a conversar assim, distrai, parece que dá mais vontade (Sujeito 7).

A mudança é que nem eu falei, né, a gente se resgata, né, você começa a ver coisas que você não via antes, você já “tava” no fim, né, [...] ela me fez, assim, ter gosto de viver de novo, me resgatei, a minha alma, o meu espírito, por mais que eu tenha alguns momentos de caída, mas pra mim eu não consigo viver sem essas oficinas e sem outras aqui também, no momento aqui pra mim é meu pilar, a minha fonte segura (Sujeito 8).

Não (Sujeito 9).

Eu fiquei mais tranquilo (Sujeito 10).

Fiquei mais calma, mais tranquila, mais sorridente (Sujeito 11).

Deixou eu mais calmo e estável (Sujeito 12).

Melhorei, que eu era estressada, eu brigava à toa, não tinha muito convívio com as pessoas, assim, o convívio com o pessoal, com as pessoas eu não tinha, brigava demais, nada pra mim “tava” bom, tanto no CAPS como em casa ou em qualquer lugar, dentro do ônibus, qualquer lugar, então pra mim foi ótimo, me ajudou, “tá” me ajudando bem (Sujeito 13).

Não muito (Sujeito 14).

Eu acho que percebi uma mudança sim, mas dá mais tranquilidade, passou mais paz na minha vida, um pouco, quando eu começo a fazer lá em casa (Sujeito 15).

Sim, de vez em quando eu vou na feira, trabalho pra vender os sabonetes, sabão, quadro, “mosalho” [mosaico] (Sujeito 16).

Não, não houve nenhuma mudança na minha vida (Sujeito 17).

Com certeza, eu percebi sim, porque aprendi que é muito bom a gente aprender coisas novas, né e “tá” podendo ajudar as pessoas, né e participar de algo, ser útil e isso faz com que eu me sinta bem, sinta ocupação gratificante na minha vida (Sujeito 18).

Teve uma mudança pra muito boa, eu “tava” na pior e “tô” na melhor (Sujeito 19).

Ah, percebo, eu fico mais esperta, eu não vejo a hora de vir pra cá pra mim ficar, fazer as minhas coisa, tapete, pintura (Sujeito 20).

Percebi assim, porque de primeira eu era, ficava muito triste demais e só queria ficar internada no hospital, mas aí depois que, que eu iniciei com o L.

[coordenador], *aí nunca mais eu precisei internar, nunca mais internei* (Sujeito 21).

Percebo sim, melhorou as vendas, melhorou minha convivência, melhorou minha depressão, senti bem melhor da minha depressão do que eu sentia (Sujeito 22).

4.6.3.2 Aspectos positivos da participação na iniciativa

4.6.3.2.1 Possibilidade de novos aprendizados

Um ponto importante apresentado pelos entrevistados como aspecto positivo foi a solidariedade entre os participantes, principalmente no que se refere ao compartilhamento de técnicas e informações entre eles.

Porque a gente vai aprendendo coisa nova (Sujeito 3).

Eu acho legal porque o que eu não sei as pessoas me ensinam, o que eu sei, eu ensino para as pessoas (Sujeito 6).

Tem, porque a gente tem que saber fazer alguma coisa, tem que aprender a fazer alguma coisa, porque a gente ficar sem fazer nada também a cabeça morre, né, não morre só o corpo, a mente, a cabeça também some. Aprendendo, ensinando como eu, o que eu aprendo, eu ensino, então eu gosto (Sujeito 7).

Acho ótimo, eu “tô” aprendendo a fazer tapete (Sujeito 9).

É bom que a gente vai aprendendo, né, coisas novas, é bem, vai aprendendo, ah, eu não sei explicar. A bijuteria também, aprender uma técnica nova, cada dia que você passa vai aprendendo uma coisa diferente, aí é bom pra gente, pra mente da gente, pra distrair a gente, pra gente não ficar só pensando coisa ruim (Sujeito 14).

Uma boa proposta que eles fazem, né, pra gente, porque você ganha atenção, o professor é bacana também, que “tá” aqui pra ajudar a gente, sempre se “tá” errado, ele fala, corrige, eu acho bom (Sujeito 15).

Conhecimento, novos conhecimentos, né (Sujeito 18).

4.6.3.2.2 Possibilidade de inserção social

Outro aspecto positivo mencionado foi a possibilidade que a iniciativa traz em relação à inserção social. O Sujeito 19, que participa da Iniciativa 4, fala da possibilidade de realizar atividades externas com o dinheiro conquistado com as vendas dos produtos.

O lugar que a gente pode ter, o lugar pra passear, ter um lucrozinho que é pra gente poder passear (Sujeito 1).

Ah, de melhor eu acho tudo, às vezes a gente vai em shopping, a gente vai no Gorilão [parque de diversões], às vezes a gente vai pra outra cidade (Sujeito 19).

4.6.3.2.3 Momento de distração e lazer

Alguns participantes mencionaram a importância das iniciativas como forma de atividade de lazer e distração; como muitos não possuem outras atividades – além da inserção social reduzida –, destacam as iniciativas como atividades *-prazerosas.

Ah, é bom, né, é bom pra gente fazer aquilo lá, distrai a mente, né, distrai, conversa (Sujeito 4).

O paciente vai começar a interagir, né, a se movimentar, porque a gente precisa movimentar a mente, ocupar o tempo, buscar autoestima que não tem mais, é a tristeza, você saber lidar com ela, achar uma válvula de escape (Sujeito 8).

É gostoso você participar, porque esse serviço é um serviço que ajuda você a tirar um pouco a memória das coisa ruim, porque você fica pensando as coisa do passado, fica triste, a gente fica até chorando, então é melhor fazer alguma coisa com o, alguma coisinha de “mosalho” [mosaico], alguma coisinha, do que ficar pensando em bobeira (Sujeito 16).

Ah, tudo, ocupar a mente, os tapete, ocupar a mente, não pensa em besteira, todo mundo é unido, conversa, a gente ri, a gente brinca, eu acho muito bom (Sujeito 20).

[...] a liberação do espaço que a Secretaria liberou para vender nosso produto é uma maneira de ocupar a mente, né (Sujeito 22).

4.6.3.2.4 Pertencer a um novo lugar

Os participantes apontam a importância de um novo papel, o fato de perceberem que conseguem ser produtivos, eles passam a se perceber como fazendo parte do mundo do trabalho e esse passa ser um lugar conquistado.

Ah, que a gente dá conta de fazer algumas coisas, né, se sente importante de novo (Sujeito 5).

Ah, é uma conquista da gente, né, porque como disse minha mãe, eu nunca esperava nada de mim, que eu não sou capaz de fazer nada, isso pra mim foi uma vitória, porque eu sou capaz (Sujeito 11).

4.6.3.2.5 Local de trocas sociais e socialização

Os sujeitos 12, 13, 17, 19 e 21 colocam que as iniciativas propiciam um espaço de socialização e convivência.

Mais ligado no serviço e podendo conversar com as pessoas do lado que “tá” com o mesmo problema que o seu, tentando ajudar (Sujeito 12).

Então, das melhores que eu acho, uma delas é que eu “tô” participando, fazendo o que eu gosto e no mesmo instante a minha amiga, que é tudo pra mim, eu amo elas, então ali eu chego fazendo tapete com a mão e conversando com a boca (Sujeito 13).

Eu venho para socializar, né, eu cumprimento os pessoal que passa no bazar, ofereço produtos, fico mais socializado, um motivo deu conversar com as pessoas, já que sou muito reservado (Sujeito 17).

Não precisa ficar mais forte, já “tá” muito mais bom desde o começo, tem me ajudado na saúde e na parte social, muito bom (Sujeito 19).

Eu gosto muito, porque tem amizade dos meus colega, L. [coordenador] (Sujeito 21).

4.6.3.2.6 Percepção de mudanças no comportamento

O Sujeito 10 aponta como aspecto positivo a mudança de comportamento como consequência da participação nas iniciativas.

O comportamento, né, eu fico mais tranquilo (Sujeito 10).

4.6.3.3 Sentimentos emergentes a partir da participação

Todos os sujeitos entrevistados colocaram como positivos os sentimentos emergentes da participação nas iniciativas. Foi possível notar, ao longo da observação participante, que os participantes constroem um ambiente de convivência e coletividade agradável, em que conseguem estabelecer laços de amizade e solidariedade uns com os outros.

Feliz, com o dinheiro a gente sai para passear (Sujeito 1).

Me sinto bem (Sujeito 2).

Me sinto bem (Sujeito 3).

Ah, eu acho gostoso, bom, né, porque eu não conversava com ninguém mais, é, em casa também (Sujeito 4).

Bem, me sinto à vontade (Sujeito 5).

Muito bom, eu não falto, dificilmente eu falto (Sujeito 6).

Pra vim é um sacrifício, mas quando eu chego aí, eu me distraio muito, é bem liberal, a gente, né, todo mundo se dá bem, a gente gosta de participar (Sujeito 7).

Eu me sinto especial, assim, sabe, eu me resgatei, né, eu “tava” uma morta-viva, então agora eu não sou uma morta-viva mais, [...] mas eu não me sinto inútil, isso faz com que eu chegue na minha casa, eu penso, falo assim: “poxa, tem um bordado pra mim fazer no pano de prato, eu tenho um biquinho naquela toalha” (Sujeito 8).

Contente, porque eu saio de casa, eu só fico presa dentro de casa, todo dia (Sujeito 9).

Me sinto bem, me sinto bem (Sujeito 10).

Ah, eu me senti muito melhor, parei assim de chorar um pouco, porque quando eu “tô” muito triste, estressada, às vezes quando tem a linha eu pego e vou fazer tapete (Sujeito 11).

Bem. Diminuiu um pouco as minhas vozes e eu me perco, então eu não fico escutando ela (Sujeito 12).

Ah, eu me sinto ótima, quando eu “tô” no grupo aí eu esqueço, pensamentos, né, que a gente “tá” aqui, é pra “tá” mesmo cuidando da mente da gente pra ficar assim mais com a estima mais alta, né, então eu me sinto ótima quando nesses dias eu estou nessas oficinas (Sujeito 13).

Ah, eu me sinto bem, eu me sinto bem quando eu venho pra cá, [...] eu acho que ajuda a gente conversar, assim, fazendo os tapete e conversar, desabafar, a gente já se sente melhor, principalmente a gente que tem assim a depressão, a gente fica muito triste com alguma coisa, a gente vai conversando, vai desabafando e aí parece que vai aliviando mais (Sujeito 14).

Eu me sinto bem, melhorou bastante pra mim, tirou um pouco da ansiedade, do nervoso e me ajuda muito, eu acho muito legal. Faz amizades, né, com as pessoas, interage, eu acho bom (Sujeito 15).

Me sinto gostoso, legal porque você faz um tipo de um serviço, serviço que você “tá” distraindo a sua mente, não “tá” pensando em bobeira, hoje eu “tô” bebendo pouco, não “tô” bebendo exagerado (Sujeito 16).

Bem, “tô” satisfeito, faço os bazares, só não tenho disposição pra fazer a feira por causa dos ônibus e também não tenho disposição para as assembleias por causa do meu entendimento que é limitado e quanto usuário eu “tô” gostando, “tá” indo bem, pretendo ficar (Sujeito 17).

Muito bem, me sinto útil, né, e o necessário pra poder “tá” fazendo parte do grupo (Sujeito 18).

Me sinto bem, viu, eu tenho uma ajuda mensal, apesar de eu já ter o meu auxílio-doença, mas sempre me ajuda para um gás, comprar uma comida, com o dinheiro da Economia Solidária, “tá” me ajudando bastante esse dinheiro que eu consigo (Sujeito 19).

Eu me sinto bem, em casa eu passo mal, mas eu venho pra cá eu me sinto bem, não dá vontade de ir embora, porque aqui eu tenho o que fazer, todo mundo conversa comigo, entende os meus problema, não me critica, então eu sou muito dedicada (Sujeito 20).

Ah, eu me sinto bem, as coisas que a gente faz, põe ali na feirinha pra vender, dá pra, assim, nós ganhar um dinheirinho, né, pra comprar alguma coisinha (Sujeito 21).

Me sinto muito feliz, passei a conhecer bastante gente, bastante pessoas da arte, ganhei muito conhecimento, graças a Deus, e continuo ganhando (Sujeito 22).

4.7 Resultados dos dados complementares obtidos através da observação participante

Será apresentada a caracterização das iniciativas de inclusão social pelo trabalho através da observação participante, realizada pela pesquisadora. Tal observação teve a duração de três meses nos encontros de cada iniciativa apresentada na segunda etapa da coleta de dados, ou seja, reconhecida como iniciativa de inclusão social pelo trabalho pautada pela Economia Solidária, através da ótica do gerente do serviço.

Quadro 4 – Caracterização das iniciativas de inclusão social através do trabalho obtida por meio da observação participante

Caracterização das iniciativas de inclusão social através do trabalho	Vão das Artes Iniciativa 1	Oficina de tapete Iniciativa 2	Oficina de <i>patchwork</i> Iniciativa 3	Oficina de bijuteria Iniciativa 4	Oficina Lótus Iniciativa 5
Local	CAPS Adulto II	CAPS Adulto III	CAPS Adulto III	CAPS Adulto III	CAPS AD II
Tipo de iniciativa	Cooperativa	Geração de renda	Geração de renda	Geração de renda	Geração de renda
Baseado na Economia Solidária	Sim	Não	Sim	Não	Sim
Média de participantes	6 participantes	10 participantes	6 participantes	15 participantes	4 participantes
Iniciativa aberta	Sim	Sim	Não	Sim	Não

Fonte: elaborado pela autora (2020).

A Iniciativa 1, nomeada Vão das Artes, localizada no CAPS Adulto II, teve início como uma oficina terapêutica através da utilização dos recursos materiais dispostos no serviço, cada participante, por estímulo próprio, vendia os produtos confeccionados. Porém, *a priori* essa não era a proposta do grupo e apenas posteriormente o foco incidiu na geração de renda, atualmente nomeada Vão das Artes.

Os participantes são inseridos na oficina a partir da disponibilidade e desejo de cada um em relação à inserção na esfera do trabalho; a estratégia da geração de renda compõe o PTS do sujeito inserido no CAPS Adulto II e a participação na oficina é baseada no PTS definido com o profissional de referência do caso. Por exemplo, se é acordado com o sujeito um PTS que consiste na permanência no serviço duas vezes semanais, incluindo a participação no Vão das

Artes – que expõe os produtos confeccionados três vezes semanalmente –, o sujeito deve participar de acordo com a quantidade de dias estipulados pelo técnico de referência, no caso, somente duas vezes.

A produção confeccionada varia de acordo com a familiaridade da técnica do sujeito e é realizada de forma individual, ou seja, um participante se identifica com a técnica da confecção de tapete, outro com pintura em vasos de cerâmica, ou com marcenaria; ao exporem, todos juntam o artesanato produzido e vendem no mesmo local, situado na Secretaria Municipal de Saúde, que fica ao lado do CAPS Adulto II.

Há uma organização nos papéis dos participantes, todos confeccionam seus produtos e expõem no local, mas somente uma pessoa, definida pelo coordenador da oficina, fica responsável pela parte financeira do grupo, é quem recebe o valor pago dos produtos e repassa ao produtor. O valor repassado é de 90%, sendo os 10% restantes destinados à “caixinha” do Vão das Artes, esse valor é utilizado para a compra de materiais para as confecções e também para as embalagens.

Nessa iniciativa é possível notar uma boa relação entre os participantes e, principalmente, entre esses e o coordenador da oficina – é nítida a necessidade de solicitação de sugestões ao coordenador em especial no que diz respeito à escolha de cores e combinações na pintura de peças, é esse profissional quem faz o desenho e retoques finais, ou seja, ainda há uma dependência importante do técnico que coordena o grupo.

Durante as vendas, os participantes que estão presentes possuem habilidades sociais para abordar o cliente, mostrar as peças, fazer encomendas quando necessário. Os clientes geralmente são pessoas que buscam e frequentam a Secretaria Municipal de Saúde e, por isso, passam pelo local em que estão expostos os artesanatos, visto que fica localizado na rampa de acesso à Secretaria. É possível perceber baixa procura pelos produtos, muitas pessoas passam curiosas, olham para o que está exposto, porém, poucos compram. As peças mais procuradas eram as de madeira, todas feitas sob encomenda.

Através da fala dos participantes e conversas durante a observação participante, observou-se que o valor recebido pelos produtos é muito baixo, não sendo suficiente para viver dessa renda. Muitos recebem auxílios do governo, como o Benefício de Prestação Continuada, auxílio-doença ou aposentadoria por invalidez, devido à incapacidade para o trabalho; sendo assim, os participantes demonstram a preocupação de perder esses benefícios por estarem exercendo uma atividade de trabalho, mesmo essa tendo um formato e dinâmica completamente diferentes de uma atividade laboral segundo a lógica capitalista.

A oficina de tapeçaria, nomeada Iniciativa 2, é realizada no CAPS Adulto III de Ribeirão Preto. Possui um formato e dinâmica diferentes da Iniciativa 1, pois surgiu a partir de um usuário do serviço que viu um tear no local, começou a fazer os tapetes e, inclusive, a ensinar a técnica para os funcionários do local. Desde então, foi formada a oficina de tapeçaria. O grupo se encontra quatro vezes por semana, os participantes são fixos, mas variam de acordo com o dia e o PTS de cada um. A produção e compra de materiais é totalmente individual, isto é, cada um traz de sua casa o barbante e utiliza o tear do CAPS. A venda também é individual. Quem vender o tapete que fez fica com 100% do valor da venda. A relação entre os participantes é boa, mantendo-se um ambiente de boa convivência, mas o trabalho é totalmente individualizado. Os participantes estão bastante integrados com o espaço e o local em que os materiais são guardados. A sala é pequena, o que por vezes dificulta a circulação dos participantes e disposição deles na mesa.

O coordenador relata que houve algumas tentativas no CAPS III para implantação da Economia Solidária, aponta que um estudante da USP foi ao CAPS e acompanhou de perto as iniciativas de geração de renda (oficina de tapete, bijuteria e costura) para transformá-la em grupos de Economia Solidária, deu algumas aulas aos profissionais, montou planilhas, auxiliou na precificação; porém, logo depois esse estudante deixou de prestar assistência ao serviço e oficinas sem avisar previamente os profissionais que coordenavam os grupos – segundo o relato do Coordenador 2 da Iniciativa 2 –, o que dificultou a continuidade do projeto. Logo após, ele relata que uma docente da USP fez uma palestra no CAPS. O serviço tentou implementar a Economia Solidária nas oficinas, mas o coordenador relata que isso originou alguns problemas, pois houve junção de todas as oficinas de geração de renda do CAPS Adulto III e a divisão das sobras não favoreceu a oficina de tapete. Devido a esses conflitos, após discussão com o gerente da época, decidiu-se que a oficina funcionaria de maneira que os interessados em participar levassem sua própria linha, enquanto o CAPS emprestaria o tear, dinâmica essa que constitui o grupo até hoje. O coordenador relata que, para implementar a Economia Solidária seria necessário alguém de perto, mas que auxiliasse no processo do começo ao fim e não o abandonasse no meio, sem continuidade.

Alguns participantes não optaram por vender seus tapetes ou não conseguem pensar em locais para que possam expô-los; no último mês da observação participante dessa oficina, discutiu-se em reunião de equipe que os tapetes seriam expostos para venda na entrada do CAPS Adulto III, junto com os produtos confeccionados com a oficina de bijuteria e a de *patchwork*. Ainda assim, o valor revertido das vendas não é suficiente para que os usuários consigam viver dessa atividade.

A Iniciativa 3 é a oficina de *patchwork*, localizada no CAPS Adulto III e os encontros ocorrem uma vez por semana. A oficina surgiu através da familiaridade do coordenador com a técnica e a disponibilidade dos usuários do serviço. O grupo é fechado e com poucos participantes; para a inserção de um novo usuário é necessário comunicar o coordenador do grupo e as demais participantes, condição para que isso seja possível. Ao longo da observação participante não foi presenciada a inserção de novos participantes.

O grupo funciona sem a presença do coordenador, que quando está de férias não é suspenso. Coube a uma das participantes a organização do grupo na ausência do coordenador, definição feita pela própria coordenadora. Há uma boa relação entre as participantes, o ambiente é alegre e divertido, existe a ajuda mútua no ensino de técnicas ou melhorias na produção. Essa, por sua vez, é individual, cada uma escolhe o que irá fazer, o valor das vendas é individual e é necessário o repasse de 15% do valor para a “caixinha” da oficina, que é utilizada para a compra dos materiais (panos de prato, linhas etc.). Através da fala da coordenadora e das participantes nota-se grande interferência do profissional técnico na escolha da estética do produto, ou seja, na combinação das cores de linhas e do desenho escolhido. A oficina expõe os produtos em conjunto com a oficina de bijuteria e tapete, na entrada do CAPS Adulto III, e uma das participantes, escolhida pelo grupo, permanece no local gerenciando as vendas e o valor recebido. Esse grupo também conta com baixo valor recebido através das vendas.

Também localizada no CAPS Adulto III, a oficina de bijuteria, Iniciativa 4, conta com uma coordenadora e uma residente de terapia ocupacional. Ambas tentaram inserir a oficina na geração de renda com o viés da Economia Solidária, porém há uma dificuldade do grupo em compreender e, também, aparentemente não é uma demanda dos participantes. Talvez uma das dificuldades encontradas seja a rotatividade de usuários, não é um grupo fechado e é visto pela equipe como um grupo de atividades (atividade de confecção de bijuterias), iniciado devido à grande quantidade de materiais disponíveis no local. Geralmente essa oficina é inserida na grade de atividades dos usuários do serviço que estão na modalidade de acolhimento diurno, em que permanecem no CAPS todos os dias, e para aqueles que estão em acolhimento noturno, que ficam 24 horas no local; quando essa proposta é alterada, logo o sujeito deixa de participar do grupo, o que dificulta a continuidade dos coordenadores em replicar a proposta da Economia Solidária.

É perceptível que a demanda da Economia Solidária parte dos coordenadores que sempre iniciam o grupo contextualizando o tema, mas aparentemente ainda não é do interesse dos participantes. A gerente da unidade coloca esse grupo como um grupo de geração de renda pautado na Economia Solidária, mas através da observação participante isso não fica claro.

A oficina se reúne para produção uma vez por semana no refeitório do CAPS Adulto III e as vendas ocorrem uma vez por semana na entrada do CAPS, no local são expostos os produtos da oficina de bijuteria, tapete e *patchwork*. As produções são individuais, cada sujeito é livre para criar as suas peças de bijuterias e os coordenadores orientam em relação à técnica. Quanto a questões como precificação e definição de qual participante ficará no local de venda, essas são definidas de forma democrática com o grupo. O valor arrecadado com as vendas é revertido para o próprio grupo, geralmente para passeios com os participantes. Os coordenadores definiram esse formato devido ao baixo valor arrecadado com as peças. Os passeios ocorrem duas vezes ao ano, aproximadamente.

A Iniciativa 5, oficina Lótus, é realizada no CAPS AD II, sendo a única oficina analisada nesta pesquisa que conta com o suporte da incubadora Co-labora desde seu início. O grupo começou através da proposta de uma técnica do serviço, que deveria propor um grupo para o local, sendo assim, houve a junção do desejo da profissional em criar uma oficina de geração de renda e a possibilidade de contato e assistência da USP com a incubadora Co-labora. Houve encontros entre membros da incubadora, a coordenadora e participantes para auxiliar na implementação do grupo. Nota-se que a oficina opera a partir dos ensinamentos aprendidos, pois é a única que utiliza a ata como documento nos encontros; foi estabelecido um processo seletivo para novos integrantes, assim como a elaboração de um contrato que os participantes assinam. Todos os membros da oficina são relevantes para a tomada de decisões, definições de papéis e escolha dos novos integrantes através do processo seletivo.

A coordenadora desta oficina é membro fundadora da Associação Pólvora de Economia Solidária, criada com o intuito de atender usuários de saúde mental e em vulnerabilidade social, é composta por coordenadores e impulsionadores de projetos de geração de renda em Economia Solidária, a fim de validar esses projetos para os usuários dos serviços de saúde mental e também da assistência social. A criação da Associação Pólvora trouxe o respaldo jurídico necessário para que os participantes das oficinas de geração de renda não tivessem seus benefícios sociais interrompidos; com isso, os membros definiram estratégias para contornar a situação, como a elaboração de um termo de trabalho voluntário, na Iniciativa 5, sendo assim, não configura trabalho formal.

O grupo se reúne uma vez por semana devido à disponibilidade do serviço e da coordenadora, que não consegue permanecer no grupo com mais frequência. Nota-se que os participantes ainda dependem muito da coordenadora, que é a figura responsável por conduzir o grupo a todo o momento, mesmo tentando incentivar que outros participantes assumam esse papel. As vendas ocorrem uma vez por semana na entrada do CAPS AD e a cada 15 dias na

Feira de Economia Solidária. Os participantes foram definidos em assembleia e tornaram-se fixos devido ao desinteresse de outros membros em frequentar esses locais.

As dificuldades do grupo permeiam a questão da iniciativa própria dos sujeitos, que ainda delegam as decisões à coordenadora, além das dificuldades acerca da dinâmica da clínica de álcool e outras drogas, em que muitos abandonam o serviço ou ficam um tempo sem retornar. É perceptível a importância da oficina para os participantes terem um local em que suas decisões e opiniões são relevantes, poderem expor os produtos confeccionados, terem a possibilidade de auxílio na renda que já possuem com os benefícios.

A observação participante proporcionou a vivência de três meses nas oficinas que compuseram esta pesquisa. Com isso foi possível perceber as diferenças de histórico, dinâmica e funcionamento entre elas, inclusive no contexto daquelas que estão inseridas no mesmo serviço de saúde mental. Todas estão muito vinculadas ao serviço de saúde e aparentemente a questão da geração de renda ainda é muito solitária para os coordenadores desses grupos, pois nota-se pouco apoio por parte da equipe. Somente a Iniciativa 5, oficina Lótus, traz um modelo mais fundamentado na Economia Solidária devido ao apoio da universidade. A instituição de ensino superior, por sua vez, deveria estar mais próxima de todas as oficinas de geração de renda dos CAPS do município de Ribeirão Preto para assistência e acompanhamento longitudinal, a fim de que esses grupos possam caminhar sozinhos, desvinculados dos serviços de saúde do viés terapêutico.

Foi possível concluir, por meio da observação participante das iniciativas de inclusão social pelo trabalho, que a capacitação dos coordenadores (coordenadores 1 e 6) das oficinas sobre Economia Solidária realizadas através do apoio da Co-labora foi essencial para que os grupos operassem segundo os princípios da Economia Solidária (autogestão, solidariedade, autonomia e democracia). Além disso, alguns participantes das iniciativas 1 e 5 também estiveram presentes em espaços importantes para o fomento e incentivo à Economia Solidária, como membros do Fórum Municipal de Economia Solidária. Assim, as duas oficinas mencionadas se diferenciam das outras observadas nesta pesquisa, pois objetivam o trabalho como fim para a inserção social do sujeito, e não com a finalidade terapêutica.

Ainda sobre os princípios da Economia Solidária observados nas iniciativas 1 e 5, foi possível notar o princípio da democracia, uma vez que todos os participantes se sentem como parte integrante do grupo e possuem voz ativa na tomada de decisões referentes à escolha do que será produzido e confeccionado, o valor dos produtos, a função de cada participante (o representante no Fórum Municipal de Economia Solidária, o vendedor, o responsável pelo gerenciamento do dinheiro e quem faz as compras dos produtos); além disso, todos os

participantes possuem autonomia na tomada de decisões. A autogestão não foi observada nas oficinas, a Iniciativa 3 seguiu realizando os encontros no período das férias da Coordenadora 3, mas essa profissional ainda assim é figura central para o funcionamento e organização do grupo. O princípio da solidariedade foi presenciado em todas as iniciativas observadas, pois os participantes mostraram-se bastante solidários uns com os outros, emprestando materiais quando necessário (na Iniciativa 2 esse aspecto mostrava-se sempre presente), no ensino da técnica e no acolhimento entre eles, quando um dos participantes não se sentia muito bem, por exemplo.

As iniciativas de inclusão social pelo trabalho observadas e acompanhadas ainda não se tornaram de inclusão no trabalho propriamente dita, exceto a Iniciativa 5, que demonstra estar em um processo mais avançado para o olhar do trabalho enquanto direito e meio de inclusão social. Infelizmente essas iniciativas estão muito vinculadas ao olhar do trabalho ou ao fazer atividades enquanto meio terapêutico, e não como fim. A Coordenadora 6 aponta essa consciência pelo fato de ser membro da Associação Pólvora, ter o suporte da USP e da Colabora para capacitações e acompanhamento próximo no processo de criação da Iniciativa 5, ou seja, ela valoriza o espaço enquanto local em que se objetiva o trabalho e a inserção social através dele.

Os outros coordenadores participantes desta pesquisa, sempre quando questionados acerca do trabalho ou dos objetivos da oficina, enumeravam principalmente os benefícios terapêuticos para os usuários do serviço, fato demonstrado quando a participação nessas iniciativas fazia parte do PTS do sujeito – muitos, inclusive, que estavam iniciando o tratamento, já eram indicados para as oficinas como forma de preencher a grade de atividades do usuário no serviço, e não com o olhar de uma demanda do sujeito sobre a necessidade de inserção na esfera do trabalho.

Com isso é nítida a confusão por parte dos coordenadores (coordenadores 2, 3, 4 e 5) sobre os objetivos da oficina realizada, o que se encontra refletido na compreensão dos usuários. Foi possível observar, principalmente nas iniciativas 2, 3 e 4, que a geração de renda era uma consequência feliz da atividade terapêutica proposta pelo espaço.

5 DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo geral analisar as iniciativas de inclusão social através do trabalho, na perspectiva da Economia Solidária, que integram a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município de Ribeirão Preto. Para alcançar esse objetivo geral foram utilizados como objetivos específicos a busca de dados para descrever e analisar como está organizada a RAPS no município de Ribeirão Preto e identificar os seus componentes; identificar as iniciativas de inclusão social pelo trabalho desenvolvidas nos serviços que compõem a RAPS do município e, dentre essas, aquelas com base na Economia Solidária; analisar como as estratégias de inclusão social pelo trabalho com base na Economia Solidária auxiliam no processo de Reabilitação Psicossocial dos usuários dos serviços componentes da RAPS de Ribeirão Preto e analisar como as estratégias de inclusão social pelo trabalho auxiliam no enfrentamento das iniquidades sociais vividas pelos usuários com base nos princípios da Economia Solidária nos serviços componentes da RAPS do município de Ribeirão Preto.

Com base no questionário eletrônico enviado a todas as unidades de saúde que compõem a RAPS do município de Ribeirão Preto e através das respostas recebidas nota-se que, dentre os serviços da RAPS, as unidades de saúde que compreendem a Economia Solidária como estratégia de inclusão social pelo trabalho para os usuários dos serviços são aquelas da atenção especializada em Saúde Mental, ou seja, CAPS Adulto II, CAPS Adulto III e o CAPS AD. Existem algumas propostas no âmbito da atenção básica, como nas Unidades Saúde da Família em que as agentes comunitárias de saúde coordenam encontros para a produção de artesanato, porém sem o objetivo inicial da venda ou inclusão social através do trabalho; essas são percebidas pela ótica do gestor do serviço como grupos com objetivo de espaço de convivência entre os residentes do território.

Com isso, é possível observar certa fragmentação na RAPS do município de Ribeirão Preto, pois quando o assunto em questão é a inserção social pelo trabalho de pessoas com transtornos mentais e/ou prejuízos decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, automaticamente esse cuidado é centralizado e direcionado aos CAPS, ou seja, aos serviços especializados em saúde mental. Porém, de acordo com a Portaria n. 3.088 de 2011, quando mencionado o eixo Reabilitação Psicossocial – que contempla as estratégias de inclusão social pelo trabalho desenvolvidas através da Economia Solidária, colaborando com a autonomia, reinserção social e estímulo à contratualidade do sujeito –, esse não está direcionado especificamente aos serviços especializados de saúde mental, indicando uma estratégia possível a qualquer outro serviço de saúde que compõe a RAPS (BRASIL, 2011). No estudo de Nóbrega et al. (2020) identificaram-se resultados semelhantes, pois, ao mapearem os serviços e diretrizes da RAPS, notaram que ações e projetos relacionados à inclusão social pelo trabalho são frágeis

na atenção básica e são predominantemente realizados pelos CAPS, assim como encontrado neste estudo (NÓBREGA et al., 2020).

Considerando a proposta da RP, este resultado vai ao encontro da base do funcionamento dos CAPS apontado pelo Ministério da Saúde através das Portarias n. 10.216/2001 e da Lei n. 9867/1999 – com a articulação entre a Saúde Mental e o Ministério do Trabalho regulamentada em 2005, por meio da Portaria Interministerial n. 353/2005 –; com isso houve estímulo às iniciativas de inclusão social através do trabalho. Além disso, a articulação da saúde mental com a Economia Solidária possibilita a mudança do olhar sobre a loucura, é uma oportunidade para o estabelecimento de atividades de trabalho que podem ser canais para a construção de contratualidades sociais, isto é, atividades em que são disponibilizados recursos materiais e imateriais para trocas sociais e, por conseguinte, para a cidadania social plena de sujeitos trabalhadores, que podem assim exercer o papel de protagonistas de seu próprio fazer e de sua própria história (SANTIAGO; YASUI, 2015).

Entretanto, percebe-se alterações importantes no cenário da Política Nacional de Saúde Mental desde 2016 até os dias de hoje, vem enfraquecendo a lógica da RAPS e do cuidado e elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) voltados às pessoas com sofrimento psíquico e/ou problemas decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas; incentivando e financiando mais leitos em hospitais psiquiátricos e parcerias com Comunidades Terapêuticas (CT) para as pessoas com uso abusivo de Substâncias Psicoativas (SPA), prevendo também o aumento de internações compulsórias. Além disso, destaca-se a redução do repasse financeiro ao SUS e aos CAPS existentes, medidas essas que caminham totalmente contra as diretrizes do atendimento em CAPS previsto pela Portaria n. 3.088 de 2011 (CRUZ et al., 2020).

É importante obter espaços de discussão e reflexão sobre a Reabilitação Psicossocial na rede de saúde mental brasileira, em que a Economia Solidária se constitui como ferramenta importante a fim de prevenir o retrocesso não somente em relação à exclusão de pessoas com transtornos mentais e uso prejudicial de álcool e outras drogas, mas também em cortes de incentivo a práticas de inclusão social através do trabalho dessa população (ANDRADE; COSTA-ROSA, 2014). Pode-se notar esse retrocesso em algumas mudanças que ocorreram na legislação brasileira, a exemplo do que houve com a Portaria n. 3.088, de 2011, em que o componente VII correspondente à Reabilitação Psicossocial foi retirado em 2017, o que configura retrocesso em relação a essa estratégia de cuidado e incentivo às iniciativas de geração de renda e trabalho e cooperativas sociais – iniciativas essas que, em articulação com o Ministério do Trabalho, promovem uma importante forma de inserir socialmente esses sujeitos. Porém, agora, sem esse componente de forma explícita na Portaria, essa estratégia

deixará de ter incentivos financeiros e facilitadores para a criação de novos empreendimentos em espaços de saúde mental e na RAPS pautados na perspectiva de Economia Solidária.

Esta pesquisa tem como um de seus objetivos específicos analisar como as estratégias de inclusão social pelo trabalho com base na Economia Solidária auxiliam no processo de Reabilitação Psicossocial dos usuários dos serviços componentes da RAPS do município de Ribeirão Preto. Sendo assim, é relevante destacar alguns aspectos importantes sobre o valor do trabalho e a exclusão social dessas pessoas.

Para Castel (1997), as pessoas que estão fora dos circuitos de trocas sociais podem ser definidas como excluídas socialmente. Esse processo de exclusão social se deve à crise social decorrente da globalização da economia e à política econômica neoliberal em que a questão social se impõe através do desemprego em massa. A redução dos recursos financeiros faz com que o sujeito rompa com sua inserção social, antes fixado na estrutura trabalho e inserção social. Castel apresenta alguns conceitos importantes na relação do sujeito com o trabalho, a saber: a condição do sujeito empregado e que está inserido socialmente denomina-se integração; o sujeito desempregado ou em situação de emprego com condições precárias de trabalho, mas ainda inserido socialmente na família, assistência, saúde, é denominado como em situação de vulnerabilidade; a situação de assistência remete ao enfraquecimento dos laços sociais, mas, mesmo assim, com alguma relação na sociedade e aqueles que estão desempregados e com seus laços sociais rompidos é denominada desfiliação. Nessa perspectiva, a exclusão social não pode ser considerada apenas como falta de trabalho, mas também a não existência de laços sociais e familiares, ou seja, o que o autor chama de desfiliação é a ruptura completa com os laços econômicos via trabalho e os laços sociais provenientes de sua inserção social e comunitária nas redes pessoais e associativas a partir do próprio trabalho (CASTEL, 1997).

As pessoas em sofrimento psíquico e/ou com prejuízos decorrentes do uso de substâncias psicoativas vivenciam, na maioria das vezes, o processo de enfraquecimento e ruptura dos laços sociais, refletido pela exclusão da esfera do trabalho, família, cultura e política, o que reprime o papel social do sujeito e até mesmo o anula de sua singularidade (VIANNA; BARROS, 2002). Dessa maneira, pode-se considerar que os usuários participantes das iniciativas de inclusão social pelo trabalho dos CAPS entrevistados apresentam-se na zona de vulnerabilidade social – denominada por Castel –, por estarem excluídos do mercado de trabalho, mas ainda possuírem vínculos familiares e com o campo da saúde e assistência. Contudo, também se pode considerar que se encontram na zona da assistência, uma vez que estão vinculados ao serviço de saúde e muitos deles receberem benefícios da assistência social (CASTEL, 1997).

A Constituição Federativa do Brasil de 1988 prevê, em seu Capítulo II, dos direitos sociais, artigo 6º, que são o direito a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (BRASIL, 1988).

Além disso, o artigo 23 da Declaração dos Direitos Humanos, de 1948, declara que toda pessoa, sem distinção de classe, cor, etnia e gênero possui o direito ao trabalho em condições justas e também à proteção contra o desemprego. O trabalho como direito proporciona mudança de paradigma, uma vez que é entendido como um direito humano e de cidadania (DECLARAÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS, 1948; SARACENO, 2001).

Segundo Osório Silva e Ramminger (2014), o trabalho pode proporcionar saúde, quando no trabalho é exercida a capacidade criativa, podendo ser fonte de vida, local para fortalecimento de vínculos, ampliação das possibilidades de relações e trocas materiais e simbólicas no mundo.

O direito ao trabalho foi impossibilitado às pessoas com sofrimento psíquico há muito tempo, antes do movimento de Reforma Psiquiátrica, principalmente pelas internações nas instituições asilares que não previam a alta dessas pessoas, garantindo o controle dos processos de inclusão e provocando a exclusão do mercado de trabalho devido à inabilidade e cronicidade dos transtornos mentais criados a partir da exclusão permanente dessas pessoas da convivência social (BASAGLIA, 1924).

O trabalho, antes alienante, realizado dentro dos hospitais psiquiátricos como forma de passar o tempo, para conseguir alguns privilégios em relação a outros internos – como acesso ao cigarro, realizar o trabalho de funcionários, acesso a áreas externas aos pavilhões e direito às chaves – ou como forma de impor disciplina, na reabilitação psicossocial é entendido como direito. Assim, se na perspectiva manicomial o trabalho era entendido como disciplina, entretenimento, punição, passa a ser entendido como um direito, remunerado, quebrando essa relação entre loucura e trabalho alienante, como se observava no modelo de atenção anterior; possibilita-se, por meio dessa nova configuração, a moeda de troca no mundo do trabalho, propiciando relações sociais e trocas subjetivas (SARACENO, 2001; MARTINS, 2008).

Observa-se nesta pesquisa, através dos depoimentos dos participantes das iniciativas de inclusão social através do trabalho, a importância que o trabalho possui no contexto da Saúde Mental, como um local de trocas sociais, socialização, possibilidade de renda, além de possibilitar a sensação de pertencimento a um lugar e melhora da autoestima ao perceber que é possível realizar uma atividade ou confeccionar um produto. O estudo de Lussi e Morato (2012) corrobora este achado, pois também se observa que o trabalho possui múltiplos sentidos para

os indivíduos, como promotor de novas possibilidades; parte do processo terapêutico e de tratamento; como ocupação que faz parte do cotidiano; gerador de renda que possibilita a independência e, também, como potencializador e facilitador das relações sociais. Filizola et al. (2011), a partir do relato de familiares de usuários de um CAPS que compunham um grupo de geração de renda, explicitam como resultados obtidos a importância do trabalho enquanto espaço de criação de sentidos, trocas e relações interpessoais e o estímulo à construção de novos projetos de vida.

O sentido do trabalho relacionado com os princípios da Economia Solidária corrobora a potencialização da inserção social dos sujeitos envolvidos (MORAES; CASTRO-SILVA, 2016). Estudos apontam que a participação nessas iniciativas promove vivências ricas, a mudança da experiência do trabalho – a exemplo da atuação baseada na Economia Solidária –, destacando-se o trabalho autogestionário, a solidariedade e o trabalho coletivo (LUSSI; MORATO, 2012).

Sendo assim, como alternativa ao processo de inclusão social das pessoas com sofrimento psíquico e/ou prejuízos decorrentes do uso de substâncias psicoativas, dentro dos pressupostos da Reabilitação Psicossocial, as iniciativas de geração de trabalho e renda que contemplam os princípios da Economia Solidária favorecem pessoas com diferentes níveis de autonomia e diferentes tipos de habilidades a desempenhar atividades de trabalho remuneradas; isso porque, na perspectiva da Economia Solidária, as relações de trabalho não se dão pela competitividade e sim pela complementariedade, ajuda mútua e fortalecimento do grupo produtor (ANCÂNTARA, 2007).

Embora as iniciativas de inclusão social pelo trabalho tenham como foco o trabalho remunerado, nota-se, através dos resultados obtidos com as entrevistas dos gerentes das unidades de saúde e coordenadores das iniciativas, que essas têm como principal objetivo o processo terapêutico e não a inserção no mercado de trabalho. Além disso podem ser entendidas como um laboratório social, com a possibilidade de aprender habilidades sociais que futuramente possam ser reproduzidas extramuros do CAPS e também como possibilidade do uso das sobras para atividades externas coletivas e culturais. No estudo de Pedroza et al. (2012) compartilha-se esse objetivo com as iniciativas, em que o olhar não está voltado totalmente à geração de renda, mas sim à toda análise terapêutica.

O estudo de Pedroza et al. (2012) corrobora os resultados desta pesquisa, uma vez que, das cinco iniciativas de inclusão social pelo trabalho, quatro não tinham como foco inicial a geração de renda e sim como uma consequência do processo terapêutico realizado, ou seja, o trabalho é realizado como meio terapêutico, não como um direito do sujeito. Existe ainda uma

difficuldade em desvincular as oficinas de trabalho dos serviços de saúde, o que atrapalha esse processo de reconhecimento do trabalho enquanto direito e não na capacidade terapêutica para o serviço ou como parte do PTS, cronograma de atividades do local.

Apenas uma das iniciativas se diz como tendo objetivo não terapêutico e sim de inserção no trabalho. No entanto, a coordenadora dessa iniciativa participou de cursos de formação em Economia Solidária fornecidos por uma incubadora universitária local, da USP, assim como alguns dos usuários do serviço de saúde mental, frequentadores da iniciativa em questão, também participaram de cursos de formação em Economia Solidária. O que mostra a importância da formação em Economia Solidária ocorrer de maneira sistemática e vivencial. Nessa iniciativa (5) foi possível perceber, diferentemente das outras iniciativas de inclusão social pelo trabalho observadas, que alguns princípios da Economia Solidária são vivenciados pelos participantes do grupo, quais sejam: autogestão, geração de renda, solidariedade, sentido de cooperativa, sentimento de pertencer àquele espaço e a democracia. Essa iniciativa se diferencia das demais devido à assistência da incubadora Co-labora, assim como à participação e compreensão sobre Economia Solidária por parte da coordenadora e de alguns representantes da oficina inseridos em espaços de formação e discussão.

Também é importante uma política municipal e regional de Economia Solidária, é preciso ter um Conselho de Economia Solidária e é necessário que o poder municipal disponibilize espaços de produção e comercialização externos aos serviços de saúde. Esses espaços devem ser geridos pelas associações de Economia Solidária cujas finalidades sejam a Reabilitação Psicossocial; ao participarem desses espaços específicos de produção e comercialização fora dos serviços de saúde, os integrantes e associados às iniciativas poderão compreender melhor o trabalho não como meio terapêutico, mas sim como fim de inclusão social e como direito do ser humano.

A maioria dos usuários participantes das iniciativas de inclusão social pelo trabalho colocam como importantes os momentos de distração e ocupação do tempo como potência do grupo, além de proporcionar espaço acolhedor, coletivo e de convivência, acarretando mudanças no comportamento e nos sintomas ocasionados pela doença mental. O estudo realizado por Tolfo e Piccinini (2007) reiterou que o significado do trabalho vai além da questão financeira, é também uma forma de se relacionar com outras pessoas, sentir-se pertencente a um determinado grupo ou sociedade, ter uma ocupação e um objetivo de vida, além de emergirem sentimentos de autorrealização, satisfação, liberdade e autonomia na realização das tarefas (TOLFO; PICCININI, 2007).

Aranha e Silva (2012), em seu estudo, apontam que os usuários dos serviços de saúde mental desejam trabalhar, entendendo o trabalho com valor social, e não aquele usado para fins terapêuticos ou como passatempo.

Mas é importante também entender que quando os participantes desta pesquisa falam em passar o tempo, referem-se mais a um sentimento de bem-estar do que a uma subvalorização da oficina da qual participam ou de uma participação não significativa. Segundo Tolfo e Piccinni (2007), em uma enquete realizada em várias regiões do mundo os trabalhadores foram solicitados a responder sobre os sentidos e significados do trabalho e em todas as partes alguns apontam que o grande sentido do trabalho é a ocupação do tempo. Nesse caso, as autoras apontam uma importante concepção pragmática do trabalho como ocupação de um tempo que, ao contrário disso, seria um tempo vazio, entediante e sem valor. A ocupação do tempo aqui é entendida como tempo com valor social, socialmente útil.

O Gerente 2 coloca que a participação nessas oficinas de inclusão no trabalho possibilita a redução das barreiras e estigma das pessoas com sofrimento psíquico e/ou prejuízos decorrentes do uso de substâncias psicoativas. Goffman (1978) define estigma como uma marca pejorativa concedida a uma pessoa e que interfere nas relações sociais, baseada no comportamento de rejeição, sendo uma barreira às possibilidades de trocas sociais, inclusive na inserção no trabalho devido à periculosidade, improdutividade e incapacidade – estigmas atribuídos às pessoas com transtornos mentais, presentes no imaginário social.

Entende-se a inclusão social como necessidade coletiva pautada na igualdade de direitos e oportunidades, sem discriminação; isso não significa não haver diferenças e sim defender a igualdade de direitos, reconhecendo as diferenças como naturais da vida. Sendo assim, significa mudança de paradigma (MASCARENHAS; MORAES, 2016, p. 136).

A partir da análise dos dados em relação à comercialização dos produtos confeccionados, observa-se que todos realizam atividade econômica de produção ou produção e comercialização, no campo do artesanato. Estudos concluíram que as iniciativas de inclusão social pelo trabalho são majoritariamente a produção de artesanatos e de alimentação (LUSSI et al., 2010; MORATO; LUSSI, 2015).

No tocante à comercialização dos produtos, a observação participante e os dados coletados através das entrevistas mostraram que ocorre sempre vinculada aos espaços dos próprios CAPS e somente uma das iniciativas utiliza o espaço da Feira de Economia Solidária existente em Ribeirão Preto para a divulgação e venda dos produtos confeccionados. Os resultados obtidos no estudo de Mazaro (2017), em que se realizou o mapeamento dos empreendimentos econômicos solidários no campo da saúde mental no Brasil, corroboram os

dados desta pesquisa, em que as experiências de geração de trabalho e renda não contam com espaços próprios, utilizando o espaço dos serviços especializados de saúde mental.

A dificuldade na comercialização dos produtos devido à falta de espaços disponibilizados está relacionada também à falta de recursos destinados às iniciativas de inclusão social através do trabalho, não contando com a articulação necessária entre as políticas e secretarias envolvidas, faltando recursos para o incentivo a tais iniciativas (MORATO, 2014; LUSSI et al., 2010). Esse fato vai ao encontro das alterações atuais na política de saúde mental, que deixam de investir na RP para priorizar os recursos financeiros nas internações psiquiátricas e/ou em comunidades terapêuticas, retomando a lógica manicomial e desinvestindo nas diretrizes propostas pelos CAPS.

Alguns entrevistados referem dificuldade em relação à competitividade com o mercado formal devido à dificuldade na confecção dos artesanatos, valor acima dos produtos semelhantes vendidos em grandes lojas ou redes, problemas em divulgar os materiais produzidos e até mesmo na melhoria e atualização das técnicas utilizadas na produção para melhor competir com o mercado. Pedroza et al. (2012) também encontraram resultados semelhantes na dificuldade de comercialização dos produtos, além de notarem uma barreira que impede a comunidade de conhecer o CAPS, as iniciativas e o valor social do artesanato produzido. Navarro e Padilha (2007) apontam que o sentido do trabalho, na lógica capitalista, coloca que a aparência da mercadoria é mais relevante do que a essência, o objeto exclui o humano e as relações sociais entre os trabalhos individuais dos produtores. Isso pode explicar a dificuldade na competitividade de uma produção em que o valor da relação entre sujeito e produto confeccionado é a essência daquela mercadoria, ou seja, não se vende somente um objeto, uma bijuteria ou um artesanato, vende-se também a subjetividade do sujeito que o produziu.

Mesmo assim, os coordenadores colocaram como relevante a participação dos usuários na comercialização dos produtos, mesmo que vinculados aos serviços de saúde, pois proporciona um espaço de trocas com outras pessoas, autonomia, empoderamento e participação social, elementos importantes da Economia Solidária e da Reabilitação Psicossocial.

Das iniciativas observadas, somente uma participou de um processo de formação e supervisão da Incubadora Tecnológica de Empreendimentos Econômicos Solidários Co-labora (ITES). Com isso ficam evidentes algumas diferenças relevantes como, por exemplo, a formalização da iniciativa através da Associação Pólvora de Economia Solidária, além de apresentar a grande maioria dos participantes que possuíam certo conhecimento em relação ao

significado de Economia Solidária e ser a iniciativa participante da Feira Municipal de Economia Solidária. Salienta-se a relevância da parceria das iniciativas com as universidades, proporcionando o olhar próximo através das incubadoras, principalmente no que se refere ao ensino da teoria e no acompanhamento das questões burocráticas enfrentadas pelas iniciativas. Rojo et al. (2012) apresentam uma análise do processo de incubação de um empreendimento solidário, do acompanhamento e assessoria realizados lado a lado, permitindo reflexões críticas e questionamentos em relação à tutela dos participantes desse empreendimento, porém, compreendendo como algo positivo, como tutela de direito à saúde. Sendo assim, há a necessidade dessa aproximação, visto que é uma demanda indicada pelos profissionais que coordenam as iniciativas de geração de renda nos serviços da rede de saúde mental; além de demandar a necessidade de conhecimentos que extrapolam a formação profissional, como a apropriação dos princípios da Economia Solidária e a vivência deles nos grupos (MORATO; LUSI, 2015). Outra iniciativa também havia sido formalizada enquanto associação. A incubação representa a assessoria para a formação e consolidação de empreendimentos solidários, desenvolvendo métodos de incubação que incluem ações educativas, jurídicas e técnico-científicas, auxiliando na gestão e controle das cooperativas sociais ou empreendimentos solidários econômicos (DAGNINO, 2007).

Muitos participantes das iniciativas de inclusão social pelo trabalho não souberam ou nunca ouviram sobre Economia Solidária e seus conceitos, fato esse que dificulta o fortalecimento dessas iniciativas. Um estudo aponta que a minoria dos empreendimentos econômicos solidários é formalizada no Brasil (MAZARO, 2017) devido a dificuldades encontradas na formalização como cooperativas sociais e à necessidade de políticas públicas adequadas à realidade, o que também se demonstrou com o resultado desta pesquisa. Entretanto, aponta-se que a iniciativa amparada pela incubadora universitária apresentou mais aproximação com os conceitos e elementos ligados à Economia Solidária. Há necessidade de se criar metodologias que se distanciem dos métodos acadêmicos de aprendizagem para se explorar metodologias ativas e vivenciais de aprendizagem de conceitos.

Além dessa, foram apontadas outras dificuldades que impedem o fortalecimento das iniciativas de inclusão social através do trabalho, como a dificuldade do reconhecimento do objetivo do grupo, em que a Gerente 2 do serviço define a Iniciativa 4 como de inclusão social pelo trabalho na perspectiva da Economia Solidária; porém há um equívoco na percepção das coordenadoras, que consideram esse grupo como tendo finalidade terapêutica, embora haja a comercialização dos produtos.

Nota-se, portanto, que alguns coordenadores e gerentes participantes desta pesquisa apresentam dificuldade em relação à compreensão do que é a Economia Solidária, confundindo a Reabilitação Psicossocial como estratégia terapêutica e clínica com o objetivo de remissão de sintomas e não como, entre outros, a inserção no trabalho com valor social. Sobre isso, Saraceno aponta que o objetivo dessas oficinas entendidas como iniciativas de inclusão social através do trabalho não é somente produzir artesanato (bijuterias, tapetes) e sim ter a perspectiva de incluir o sujeito no trabalho com valor social, possibilitando o exercício da cidadania e trocas com o meio social.

Através dos relatos obtidos na observação participante durante as iniciativas de inclusão social através do trabalho, quando questionados sobre o que os motivou a participar da iniciativa, muitos responderam que foram direcionados logo no acolhimento inicial, ou seja, participar da oficina foi colocado como um grupo que fazia parte do Projeto Terapêutico Singular (PTS) do CAPS, com a finalidade terapêutica, e para integrar algumas modalidades de cuidado como atividades para compor a Hospitalidade Diurna e/ou Hospitalidade Noturna, não partindo da necessidade apresentada pelo sujeito.

Acrescenta-se a rotatividade, dificuldade de adesão e diferentes perfis e momentos em relação ao tratamento nos serviços de saúde, falta de recursos humanos, financeiros (necessidade do repasse de verba pela Prefeitura), falta de capacitação dos coordenadores e participantes em relação à Economia Solidária, materiais e espaço adequado para as atividades, a exemplo dos achados no estudo de Tagliaferro (2011) que, ao estudar a criação de um grupo solidário em parceria com um CAPS, encontrou resultados semelhantes, principalmente no que se refere à inadequação do espaço e falta de materiais para a produção. Cabe ressaltar que essas questões são sempre mediadas pelos coordenadores com o intuito de amenizar as dificuldades encontradas.

Um ponto importante apresentado pelos entrevistados, também vivenciado através da observação participante e que vai ao encontro dos princípios da Economia Solidária, é o da solidariedade, em que há o compartilhamento de saberes e técnicas entre os participantes, excluindo a lógica da competição, além disso há a consideração das particularidades de cada um envolvido.

Outro fato importante destacado nas entrevistas dos gerentes e coordenadores é o quanto as iniciativas proporcionam a promoção de cidadania dos participantes através da mudança de papel do sujeito – que deixa de ser doente mental e passa a se considerar como um sujeito potente. Com isso é proporcionada melhora da autoestima e sentimento de valorização pessoal, além de os sujeitos vivenciarem o resgate de habilidades e o sentimento de serem capazes.

Sentimentos de incapacidade e desvalorização são comuns em usuários dos serviços de saúde mental devido ao processo de rompimento das relações sociais, estigma e falta de credibilidade (LUSSI; PEREIRA, 2013). Essa estratégia auxilia na construção da subjetividade e facilita a construção de possibilidades para a cidadania (NÓBREGA et al., 2018), que vai ao encontro das diretrizes da RP que viabiliza a restituição da subjetividade, recuperação da contratualidade e recursos para as trocas sociais, favorecendo a cidadania (SARACENO, 1990).

Estudos encontrados apresentaram evidências que mostram a relação da Economia Solidária como forma de inclusão social de usuários da rede de saúde mental. Esses estudos apresentam aspectos relevantes em relação à potencialidade na inclusão social dessa população através de iniciativas de geração de renda pautadas na Economia Solidária. Dentre os aspectos positivos, Volz et al. (2015) discutem em seu estudo o quanto a inclusão social exerce papel importante na redução do estigma social na saúde mental, proporciona espaço de convívio, além da valorização do trabalho de maneira mais integral, corroborando a discussão proposta por Santiago e Yasui (2015).

Com esta pesquisa foi possível verificar as potencialidades das iniciativas de inclusão social através do trabalho nos CAPS do município de Ribeirão Preto, como a possibilidade de um espaço para socialização, sentir-se pertencente a um lugar ou grupo, a melhora da autoestima quando o sujeito percebe ser capaz de fazer uma atividade ou sentir-se útil; proporciona o desenvolvimento de habilidades sociais para a inclusão social dessa pessoa – principalmente nos momentos da venda dos produtos em que se faz necessário o contato com outras pessoas –, fortalece a identidade do sujeito e reduz barreiras e estigma na saúde mental, além de favorecer o complemento na renda das pessoas, aumentando as possibilidades de trocas e compras de produtos. Percebe-se, então, que o trabalho é fator essencial e positivo tanto no sentido existencial, ao notar-se a melhora da autoestima, o fortalecimento de identidade, sentir-se pertencente a um grupo, quanto no sentido da vulnerabilidade social ao poder promover maior renda e possibilidade de comprar produtos essenciais à sobrevivência, o que vai ao encontro dos pressupostos da RP no exercício da cidadania plena.

Verifica-se ainda a necessidade de aprofundamento teórico por parte dos gerentes e coordenadores acerca da temática RP e Economia Solidária, a fim de que fortaleçam os espaços já existentes de iniciativas de inclusão social através do trabalho para cada vez mais serem replicadores e que possam propor e criar objetivos mais consolidados para os grupos de geração de renda dos CAPS; auxiliando, com isso, o fortalecimento e garantia de que os pressupostos da RP estão sendo empregados de forma fiel ao que é definido tanto por Saraceno quanto na própria política de Saúde Mental, fomentada pela Economia Solidária.

Atualmente, nota-se um desprestígio no fortalecimento dessas políticas de apoio e endossamento das iniciativas de inclusão social através do trabalho no campo da saúde mental, com alterações importantes na Portaria n. 3.088, como a retirada do componente Reabilitação Psicossocial, impedindo investimentos para incentivar as iniciativas de inclusão social através do trabalho já existentes nos serviços de saúde mental e facilitar a criação de novas iniciativas. Também fica impossibilitado o direcionamento de recursos pessoais e financeiros no sentido de formação em Economia Solidária dos atores das iniciativas e assistência através de parceiros, a exemplo do papel exercido pelas incubadoras tecnológicas, e a falta de espaços apropriados destinados às iniciativas e locais de divulgação dos produtos.

Assim, verifica-se a necessidade de os grupos, do movimento da Economia Solidária, profissionais da saúde e saúde mental, usuários e sociedade investirem em iniciativas de resistência ao desmonte do SUS e das leis promulgadas a partir da Reforma Psiquiátrica brasileira.

6 CONCLUSÃO

O presente estudo teve como objetivo analisar as iniciativas de inclusão social através do trabalho, na perspectiva da Economia Solidária, que integram a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município de Ribeirão Preto.

Observou-se que, embora a RAPS seja composta por diferentes componentes de atenção e serviços de saúde para o cuidado da pessoa com transtornos mentais e/ou prejuízos decorrentes do uso de substâncias psicoativas, os CAPS são os locais que possuem como referencial a Reabilitação Psicossocial e a possibilidade de espaços que visam a inclusão social pelo trabalho na perspectiva da Economia Solidária.

Os resultados obtidos mostraram que a caracterização e métodos de consolidação das iniciativas são divergentes e variaram de acordo com o serviço de saúde em que aconteciam. Todos os produtos confeccionados foram classificados como artesanato nas suas mais variáveis formas (tapete, bijuterias, vasos de cerâmica, sabonete, pintura e bordado em tecido) e coordenados de forma multiprofissional, ou seja, não existe somente uma categoria profissional destinada a esse tipo de iniciativa.

Os objetivos das iniciativas assemelharam-se no que se refere à geração de renda, mas essa como sendo uma consequência do processo, pois, de acordo com o que foi apontado, prioriza-se o espaço terapêutico oferecido, efeitos na redução de sintomas e ensino de habilidades sociais necessárias. Exceto a oficina Lótus (Iniciativa 5) que, desde o início, tinha como objetivo a geração de renda e pautando-se na Economia Solidária, pois nasceu por iniciativa da incubadora Co-labora e não do serviço, contando com a parceria do CAPS AD; essa iniciativa nunca funcionou com objetivos terapêuticos, embora os usuários confundam e tenham dificuldade em ver a Lótus como oficina de trabalho, e não terapêutica, porque a falta de recursos e infraestrutura não permitem que o empreendimento seja transferido do serviço de saúde.

Foi possível verificar que as iniciativas de inclusão social pelo trabalho são uma importante ferramenta utilizada na Reabilitação Psicossocial dos usuários dos serviços de saúde mental, com vistas à promoção da cidadania, ou seja, na contratualidade do eixo trabalho e valor social. Porém compreende-se que ainda há alguns desafios na consolidação dessa estratégia, como a formalização das iniciativas, a compreensão por parte dos atores sobre os princípios e fundamentos da Economia Solidária; além disso, há a dificuldade para obtenção dos recursos financeiros, materiais e pessoais, a competitividade com o mercado formal e comercialização dos produtos e a dificuldade na qualificação das técnicas utilizadas na confecção dos produtos.

Conclui-se que o perfil dos usuários dos serviços de saúde que participam das iniciativas de inclusão social através do trabalho consiste, em sua maioria, em mulheres, entre 41 e 60

anos, com renda de um a dois salários mínimos e que não recebem benefício do governo. Esse perfil aponta a situação de vulnerabilidade vivida pelos sujeitos, com rupturas de laços familiares, sociais e desemprego, porém com vínculos fortalecidos nos serviços de saúde e de assistência social, caracterizando a zona de assistência.

A inserção dos participantes nas iniciativas de inclusão social pelo trabalho se deu, na maior parte dos entrevistados, como indicação do profissional de referência ou de quem fez o acolhimento do sujeito no serviço de saúde mental, sem considerar a demanda do indivíduo na inserção na esfera do trabalho e considerando somente o viés terapêutico do grupo, o que justifica a falta de compreensão pelos participantes acerca do tema Economia Solidária e, também, dos próprios coordenadores e gerentes das unidades de saúde.

Há uma diferença entre os empreendimentos apresentados nesta pesquisa, inclusive na compreensão sobre a definição de Economia Solidária, nas oficinas que nasceram com o intuito da geração de renda, como a oficina Lótus, iniciativa que partiu da incubadora Co-labora com suporte da universidade e o Vão das Artes, que conta com a participação de alguns de seus membros no Fórum de Economia Solidária do município: nessas oficinas nota-se melhor compreensão sobre Economia Solidária, tanto pelos coordenadores quanto pelos participantes. Mesmo assim, existe a dificuldade da universidade em conseguir replicar o conhecimento sobre os princípios e fundamentos da Economia Solidária atingindo de maneira clara e simples os participantes, considerando seu universo cultural.

Os efeitos decorrentes da participação nas iniciativas de inclusão social pelo trabalho relatados foram a possibilidade de novos aprendizados, inserção social, momento de distração e lazer, sentimento de pertencimento a um novo lugar, ter um local de trocas e socialização e percepção de mudanças no comportamento. Como potencialidades, observou-se a boa adesão e o espaço humanizado e de acolhimento encontrado nas iniciativas.

Foi possível verificar, porém, algumas dificuldades em nível individual, como a de se sentir incapaz de realizar algo, e em nível coletivo, como a falta de recursos financeiros para a compra de materiais, local adequado e recursos humanos que possam estar disponíveis e dedicados por mais tempo nessas iniciativas; a falta de apoio e suporte técnico sobre Economia Solidária, a falta de capacitação de novas técnicas para a confecção de novos produtos e a dificuldade na competitividade com o mercado. O impacto dessas dificuldades poderia ser minimizado com espaços de discussão, elaboração, criação e implementação de políticas públicas eficientes para o estímulo à continuidade dos avanços da Reforma Psiquiátrica no Brasil e à Reabilitação Psicossocial, além de fomento às iniciativas de inclusão social pelo trabalho. Nota-se, porém, o retrocesso político na saúde mental.

Nesta pesquisa apontou-se o papel potente do trabalho no empoderamento das pessoas, que ultrapassa os limites da fonte de renda e se configura relevante nas relações interpessoais e sociais, aumentando o poder contratual dos indivíduos e possibilitando o exercício de cidadania, aspectos que vão ao encontro dos pressupostos da Reabilitação Psicossocial e da Economia Solidária. Percebe-se que a articulação entre Saúde Mental e Economia Solidária é relevante para a inserção social através do trabalho de pessoas com sofrimento psíquico, usuários da Rede de Atenção Psicossocial, apontando a estreita relação entre a Economia Solidária e a Reabilitação Psicossocial no que se refere ao trabalho com valor social, com a desconstrução da lógica alienista de produção e da competitividade de mercado, valorizando o trabalho subjetivo.

O momento político atual não favorece o fomento e fortalecimento da relação entre a Reabilitação Psicossocial e a Economia Solidária, devido à retirada do componente da Reabilitação Psicossocial da Portaria n. 3.088, de 2011 – e, consequentemente, o ponto da inserção social através do trabalho. Atualmente, o governo valoriza e investe muito mais no retrocesso da lógica manicomial com maior repasse financeiro para os leitos em Hospital Geral/Psiquiátrico e comunidades terapêuticas para o tratamento de pessoas com transtornos mentais e/ou prejuízos decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, ao invés de manter investimentos no tratamento em serviços de saúde de base comunitária, como os CAPS, que claramente têm um efeito positivo no tratamento desses sujeitos e nas possibilidades do resgate de cidadania, inserção e trocas sociais com o trabalho, pressupostos importantes da RP e Economia Solidária.

Algumas alternativas importantes para superar ou minimizar os impactos causados pelo retrocesso apresentado acima seriam o investimento pessoal dos principais atores envolvidos de forma articulada, como o uso de educação continuada a respeito do tema RP e Economia Solidária em conjunto com as universidades, visto que a iniciativa incubada foi a que apresentou maior consolidação e conhecimento sobre Economia Solidária; espera-se com isso que gerentes e coordenadores possam ser replicadores e mediadores do assunto, fortalecendo os espaços já existentes nos serviços de saúde. Em nível coletivo, é importante a participação em fóruns e feiras de Economia Solidária do município, a participação em espaços de discussão sobre o tema e cada vez mais estudos acerca das propostas de candidatos municipais, estaduais e nacional sobre trabalho voltado aos usuários dos serviços de saúde mental, para garantir que seus direitos sejam sustentados.

Recomenda-se a criação de um Conselho de Economia Solidária e que o poder público municipal disponibilize espaços de produção e comercialização para facilitar a apreensão dessas

iniciativas pelos participantes (usuários dos serviços, coordenadores e gerentes), possibilitando a eles compreender o trabalho como direito e fim e não com o objetivo terapêutico. As associações são importantes atores na gestão desses espaços e na garantia de que a finalidade seja a Reabilitação Psicossocial.

Os limites do estudo consistiram no fato de a pesquisa ser concentrada em apenas uma cidade, o que dificulta a comparabilidade dos dados, a generalização e a comprovação dos resultados para outras cidades. Esse dado sugere a necessidade de estudos multicêntricos comparativos para a construção de parâmetros concretos para a formulação de políticas públicas em diversos contextos.

Com a pesquisa desenvolvida, no entanto, foi possível alcançar o objetivo geral proposto, o de mapear a RAPS do município de Ribeirão Preto, que apresenta uma amplitude considerável. Da mesma forma, pôde-se entender em qual contexto a Economia Solidária é inserida e, nesse caso, observou-se que está totalmente inserida nos serviços de saúde mental (CAPS).

No geral, esta pesquisa se fez necessária para a melhor compreensão sobre a RAPS do município de Ribeirão Preto, como a Economia Solidária está inserida e é utilizada enquanto potente estratégia para a inclusão social de usuários dos serviços de saúde mental. Ainda há poucos estudos neste campo, tornando-se relevantes outras pesquisas na área para o fortalecimento da Economia Solidária na rede de saúde mental e, também, como forma de contribuir para a elaboração de políticas públicas.

REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, L. C. Economia solidária e oficinas de trabalho na saúde mental. In: MERHY, E. E.; AMARAL, H. (Org.). **A reforma psiquiátrica no cotidiano II**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2007. p. 151-181.

AMARANTE, P. (Org.). **Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995. 143p.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AMARANTE, P.; BELLONI, F. Ampliando o direito e produzindo cidadania. In: PINHO, K. L. R. et al. (Org.). **Relatos de experiências em inclusão social pelo trabalho na saúde**. São Carlos: Compacta, 2014. p. 268.

ANDRADE, L. H. et al. Mental disorders in megacities: findings from the São Paulo megacity mental health survey, Brazil. **PLoS One**, v. 7, n. 2, 2012.

ANDRADE, M. C. et al. Loucura e trabalho no encontro entre Saúde Mental e Economia Solidária. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 33, n. 1, p. 174-191, 2013.

ANDRADE, M. C.; COSTA-ROSA, A. O encontro da loucura com o trabalho: concepções e práticas no transcurso da história. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 7, n. 1, p. 27-41, jan./jun., 2014.

BARBOSA, R. N. C. **A Economia Solidária como política pública: uma tendência de geração de renda e ressignificação do trabalho no Brasil**. 2005. 306 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2005.

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

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011. 229 p. Resenha de: SANTOS, F. M. **Análise de conteúdo: a visão de Laurence Bardin**. **Revista Eletrônica de Educação**, São Carlos, SP: UFSCar, v. 6, n. 1, p. 383-387, maio 2012. Disponível em: <<http://www.reveduc.ufscar.br/index.php/reveduc/article/view/291/156>>. Acesso em: 11 maio 2017.

BARRETO, R. O.; LOPES, F. T.; PAULA, A. P. P. A economia solidária na inclusão social de usuários de álcool e outras drogas: reflexões a partir da análise de experiências em MG e SP. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 16, n. 1, p. 41-56, 2013.

BASAGLIA, F. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garmond, 2010.

BERTOLETE, J. M. Em busca de uma identidade para a Reabilitação Psicossocial. In: PITTA, A. (Org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 155-158.

BONADIO, A. N.; SILVEIRA, C. Economia Solidária e reabilitação vocacional no campo da drogadição: possibilidades e limites das práticas atuais. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 99-108, 2013.

BONI, V.; QUARESMA, J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Revista eletrônica dos pós-graduandos em sociologia política da UFSC**, v. 2, n. 1, p. 68-80, jan./jul. 2005.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 15 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 26 dez. 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 3 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados (Informativo Eletrônico) – 12**, Brasília, v. 10, n. 12, out. 2015. Disponível em: <https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas e estratégicas. Coordenação de Saúde Mental. Ministério do trabalho e emprego. Secretaria nacional de Economia Solidária. **Saúde mental e economia solidária**, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Diretrizes metodológicas: elaboração de revisão sistemática e metanálise de ensaios clínicos randomizados**/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 92 p. (Série A: Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Legislação em saúde mental 1990-2002**. 3. ed. revista e atualizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Secretaria Nacional de Economia Solidária**. Brasília, 2010. Disponível em: <<http://portal.mte.gov.br/ecosolidaria/secretaria-nacional-de-economia-solidaria>>. Acesso em: nov. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n. 9.867, de 10 de novembro de 1999. Dispõe sobre a criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais, visando à integração social dos cidadãos, conforme especifica. **Diário Oficial da União**, Brasília, 11 nov. 1999.

BUSS, P. M.; FILHO, A. P. A saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CAMPOS, I. O. et al. Saúde mental e economia solidária: a experiência de usuários e trabalhadores de um CAPS II. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 23, n. 2, p. 411-415, 2015.

CASTEL, R. Da indigência à exclusão, a desfiliação: precariedade do trabalho e vulnerabilidade relacional. In: LANCETTI, A. et al. (Orgs.). **Saúde e loucura: grupos e coletivos**. São Paulo: Hucitec, 1989. p. 21-48.

COSTA, L. G.; DELL'AGLIO, D. D. A rede de apoio social de jovens em situação de vulnerabilidade social. In: LIBÓRIO, R. M. C.; KOLLER, S. H. (Eds.). **Adolescência e juventude: risco e proteção na realidade brasileira**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2009. p. 219-263.

CRUZ, N. F. O.; GONÇALVES, R. W.; DELGADO, Pedro G. G. Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, 2020, e00285117. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00285.

DAGNINO, R.; FONSECA, R. Economia Solidária, incubadoras universitárias, cooperativas e tecnologia: uma definição de papéis. **Revista Trimestral de Debate da FASE Pará**, v. 31, n. 112, maio/jul. 2007. Disponível em: <<https://fase.org.br/wp-content/uploads/2014/08/proposta-112-final.pdf>>. Acesso em: dez. 2020.

FERNÁNDEZ, M. M. E.; GAVIGLIO, G. A.; ADUR, S. G. Un análisis sobre la participación en emprendimientos productivos en salud mental en el marco de la economía social en ciudad de buenos aires, argentina. **Revista Chilena de Terapia Ocupacional**, v. 12, n. 2, dez. 2012.

FERRO, L. F.; MACEDO, M.; LOUREIRO, M. B. Economia Solidária, Saúde Mental e a prática do terapeuta ocupacional: relatos de participantes de um grupo de geração de trabalho e renda. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 23, n. 1, p. 101-116, 2015.

FILIZOLA, C. L. A. et al. Saúde mental e economia solidária: a família na inclusão pelo trabalho. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 418-425, 2011.

FIORATI, R. C.; SAEKI, T. A inserção da reabilitação psicossocial nos serviços extra-hospitalares de saúde mental: o conflito entre racionalidade instrumental e racionalidade prática. **Revista de Terapia Ocupacional**, Universidade de São Paulo, v. 22, n. 1, p. 76-84, 2011.

GOEIJ, M. C. M. et al. How economic crises affect alcohol consumption and alcohol-related health problems: A realist systematic review. **Social Science & Medicine**, p. 131-146, 2015. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25771482/>>. Acesso em: 22 maio 2017.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

GONTIJO, D. T.; MEDEIROS, M. Crianças e adolescentes em situação de rua: contribuições para a compreensão dos processos de vulnerabilidade e desfiliação social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, p. 467-475, 2009.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Estimativas da população residente com data de referência 1º de julho de 2019.** IBGE, 2020. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sp/ribeirao-preto.html>>. Acesso em: 10 ago. 2020.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil.** 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p.19-26.

KINOSHITA, R. T. Reforma psiquiátrica, economia solidária e cooperativismo social. In: PINHO, K. L. R. et al. (Org.). **Relatos de experiências em inclusão social pelo trabalho na saúde.** São Carlos: Compacta, 2014. p. 268.

LEAL, K. S.; ROGRIGUES, M. S. Economia solidária: conceitos e princípios norteadores. **Revista Humanidades & Inovação**, v. 5, n. 11, 2018.

LINDE, K.; WILLICH, S. N. How objective are systematic reviews? Differences between reviews on complementary medicine. **J. R. Soc. Med.**, v. 96, p. 17-22, 2003.

LUSSI, I. A. O.; MATSUKURA, T. S.; HAHN, M. S. Reabilitação psicossocial: oficinas de geração de renda no contexto da saúde mental. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 185-192, 2011.

LUSSI, I. A. O.; MORATO, G. G. O significado do trabalho para usuários de serviços de saúde mental inseridos em projetos de geração de renda vinculados ou não ao movimento da economia solidária. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 20, n. 3, p. 369-380, 2012.

LUSSI, I. A. O.; PEREIRA, M. A. O. Concepções sobre trabalho elaboradas por usuários. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**. São Paulo, v. 24 n. 3, p. 208-215, set./dez. 2013.

LUSSI, I. A. O.; PEREIRA, M. A. O. Empresa social e economia solidária: perspectivas no campo da inserção laboral de portadores de transtorno mental. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 2, p. 515-521, 2011.

LUSSI, I. A. O.; SHIRAMIZO, C. S. Oficina integrada de geração de trabalho e renda: estratégia para formação de empreendimento econômico solidário. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 28-37, jan./abr. 2013.

LUSSI, I. A. O.; TESSARINI, L. A.; MORATO, G. G. Incubadoras tecnológicas de cooperativas populares: realidade da incubação de empreendimentos econômicos solidários com participação de usuários de serviços de saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 26, n. 3, p. 345-354, 2015.

MARTINS, R. C. A. Saúde mental e economia solidária: construção democrática e participativa de políticas públicas de inclusão e econômica. In: CORTEGOSO, A. L.; LUCAS, M. G. (Org.). **Psicologia e economia solidária: interfaces e perspectivas.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008. p. 245-262.

MARTINS, R. C. A. **Saúde mental, economia solidária e cooperativismo social: políticas públicas de reconhecimento e acesso ao trabalho (2004-2013).** 2014. 308 f. Tese (Doutorado em Sociologia) – Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

MASCARENHAS, L. T.; MORAES, M. Desafios da inclusão de pessoas com deficiência nas escolas regulares: um estudo brasileiro. In: MARTINS, B. S.; FONTES, F. (Org.). **Deficiência e emancipação social**: para uma crise da normalidade. Coimbra: Almedina, 2016. p. 119-140.

MAZARO, L. M. **Economia solidária e inclusão social pelo trabalho no campo da saúde mental**: identificando potencialidades e fragilidades. 2017. 224 f. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2017.

MAZARO, L. M.; MATSUKURA, T. S.; LUSSI, I. A. O. Economia solidária como estratégia de inclusão social pelo trabalho no campo da saúde mental: panorama nacional. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, São Carlos, v. 28, n. 1, p. 127-146, mar. 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2526-89102020000100127&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 out. 2020.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portal da Saúde. **Rede Brasileira de Saúde Mental e Economia Solidária**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/ar_ea.cfm?id_area=925>. Acesso em: 21 fev. 2020.

MOLINA, R. C. M. et al. A percepção da família sobre sua presença em uma unidade de terapia intensiva pediátrica e neonatal. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 3, p. 627-34, 2009.

MORAES, R. C. P.; CASTRO-SILVA, C. R. Sentidos e processos psicossociais envolvidos na inclusão pelo trabalho na saúde mental. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 36, n. 3, p. 748-762, jul./set. 2016.

MORATO, G. G.; LUSSI, I. A. O. Iniciativas de geração de trabalho e renda, economia solidária e terapia ocupacional: aproximações possíveis e construções necessárias. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 23, n. 4, p. 733-745, 2015.

MOZZATO, A. R.; GRZYBOVSKI, D. Documentos e debates: análise de conteúdo. **RAC**, Curitiba, v. 15, n. 4, pp. 731-747, jul./ago. 2011. Disponível em: <http://dgi.unifesp.br/sites/comunicacao/pdf/entreteses/guia_biblio.pdf> Acesso em: 14 maio 2017.

MUNOZ SANCHEZ, A. I.; BERTOLOZZI, M. R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 319-324, abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 maio 2017.

NAÇÕES UNIDAS BRASIL. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Nações Unidas, 1948. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/direitoshumanos/>>. Acesso em: 15 out. 2020.

NAVARRO, V. L.; PADILHA, V. Dilemas do trabalho no capitalismo contemporâneo. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v. 19, n. spe., p. 14-20, 2007.

NOBREGA, M. P. S. S.; MANTOVANI, G. S.; DOMINGOS, A. M. Recursos, objetivos e diretrizes na estrutura de uma Rede de Atenção Psicossocial. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 73, n. 1, e20170864, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020000100157&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 out. 2020.

NÓBREGA, M. P. S. S.; SILVA, G. B. F.; SENA, A. C. R. Psychosocial rehabilitation in the west network of the municipality of São Paulo: potentialities and challenges. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 39, e2017-0231, 2018. DOI: 10.1590/1983-1447.2018.2017-0231.

PARDAL, L.; LOPES, E. S. **Métodos e técnicas de investigação social**. Porto: Areal, 2011.

PEDROZA, A. P. et al. Articulação saúde mental e economia solidária: relato de projeto de inclusão social. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 13, n. 2, p. 454-462, 2012.

PITTA, A. O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In: PITTA, A. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 19-26.

PREFEITURA DA CIDADE DE RIBEIRÃO PRETO. **Rede Municipal de Saúde**. Disponível em: <<https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/rede/i16apresentacao.php>>. Acesso em: 10 ago. 2020.

PREFEITURA DA CIDADE RIBEIRÃO PRETO. Secretaria da Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**. Ribeirão Preto, 2017. Disponível em: <<https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/pdf/pms-rp-2018-2021.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Ribeirão Preto. Disponível em: <<https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/pdf/pms-rp-2014-2017.pdf>>. Acesso em: 17 maio 2017.

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO. Secretaria de Saúde. **Organograma unidade de saúde**. Ribeirão Preto, 2017. Disponível em: <<https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/organizacao/i16ubs.php>>. Acesso em: 10 maio 2017.

REBEHY, P. et al. Co-Labora Incubadora de Empreendimentos Solidários: experiência de Economia Solidária em projetos de extensão universitária em Ribeirão Preto. **Revista de Cultura e Extensão USP**, n. 12, supl, p. 37-55, mar. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2316-9060.v12isupl.p37-55>.

REDE REGIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE (RRAS 13) DRS XIII – RIBEIRÃO PRETO. **Plano Regional de Atenção Psicossocial Aquífero Guarani**. Ribeirão Preto, 2013. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/homepage/grupo-tecnico-de-aco-es-strategicas-gtae/saude-mental-alcool-e-drogas/planos-de-acao-das-raps-aprovadas-em-cib/plano-de-acao-ribeirao-preto/raps_aquifero_guarani.pdf> Acesso em: 18 maio 2017.

ROJO, P. T. et al. A experiência de incubar um empreendimento solidário formado por usuários de saúde mental. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 5, n. 2, p. 107-116, jul./dez. 2012.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização: uma outra via. In: NICÁCIO, F. (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 17-60.

SANDELOWSI, M.; DOCHERTY, S.; EMDEN, C. Focus on qualitative methods. Qualitative metasynthesis: issues and techniques. **Res. Nurs. Health**, v. 20, n. 4, p. 365-371, 1997.

SANTIAGO, E.; YASUI, S. Saúde mental e economia solidária: cartografias do seu discurso político. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v. 27, n. 3, p. 700-711, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v27n3/1807-0310-psoc-27-03-00700.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2016.

SARACENO, B. **Libertando identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Instituto Franco Basaglia. Belo Horizonte/Rio de Janeiro: Te Corá, 2001.

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A. (Org.). **O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje?** 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 19-26.

SARACENO, B. A cidadania como forma de tolerância. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 22, n. 2, p. 93-101, 2011.

SCHRAMM, J. A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004.

SILVA, C. O.; RAMMINGER, T. O trabalho como operador de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, p. 4751-4758, dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001204751&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: dez. 2020.

SINGER, P. Economia Solidária: um modo de produção e distribuição. In: SINGER, P.; SOUZA, A. R. (Org.). **A Economia Solidária no Brasil**: a autogestão como resposta ao desemprego. São Paulo: Contexto, 2000. p. 11-30.

SINGER, P. **Ensaio sobre a economia solidária**. Coimbra: Almedina, 2018.

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

SINGER, P.; SCHIOCHET, V. Economia solidária e saúde mental: a construção da política nacional de cooperativismo social. In: PINHO, K. L. R. et al. **Relatos de experiências em inclusão social pelo trabalho na saúde**. São Carlos: Compacta, 2014.

SLUZKI, C. E. **A rede social na prática sistêmica**: alternativas terapêuticas. 3. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. 145p.

TAGLIAFERRO, P. **Enfrentando desafios e construindo possibilidades**: a experiência da equipe no processo de incubação de um empreendimento solidário formado por usuários de um CAPS. 2011. 165 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de São

Carlos, São Carlos, 2011. Disponível em:
<https://repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/3230/3522.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 11 dez. 2020.

TOLFO, S. R.; PICCININI, V. Sentidos e significados do trabalho: explorando conceitos, variáveis e estudos empíricos brasileiros. **Psicologia & Sociedade**, v. 19, n. spe. 1, p. 38-46, 2007.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1992.

VIANNA, P. C. M.; BARROS, S. A análise do discurso: uma revisão teórica. **REME Rev. Mineira Enferm.**, v. 7, n. 1, p. 56-60, 2003.

VICTORIA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. Técnicas em pesquisa. In: VICTORIA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde**: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000. p. 61-78.

VOLZ, P. M. et al. A inclusão social pelo trabalho no processo de minimização do estigma social pela doença. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 877-886, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Integrating mental health into primary health care a global perspective**. Geneva: World Health Organization, 2008.

ZACCARELLI, L. M.; GODOY, A. S. Perspectivas do uso de diários nas pesquisas em organizações. **Cad. EBAPE. BR**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 550-563, set. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-39512010000300011. Acesso em: 26 ago. 2016.

ZANIM, G. **Álcool, drogas e inclusão social pelo trabalho**: potencialidades e dificuldades de uma prática baseada na Economia Solidária. 2019. 194 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019. Disponível em:
<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-07072020-150003/publico/GABRIELAZANIM.pdf>. Acesso em: 15 out. 2020.

APÉNDICES

APÊNDICE A

1- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Gerentes/Coordenadores ou responsáveis dos serviços de saúde que possuam iniciativas de economia solidária)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Gerentes dos serviços de saúde

Título da Pesquisa: “A inclusão social pelo trabalho na filosofia da economia solidária e sua inserção na Rede de Atenção Psicossocial do município de Ribeirão Preto” Pesquisa, nível Mestrado, vinculada ao programa de Pós Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) da Universidade de São Paulo (USP).

Pesquisadora Responsável: Mariana Pantoni Santana

Orientadora: Profa.Dra Regina Célia Fiorati

Convidamos o Sr (Sra) para participar desta pesquisa que tem como objetivo analisar como os empreendimentos de inclusão através do trabalho, com base na filosofia da economia solidária, vêm integrando as estratégias e ações dos serviços de saúde que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município de Ribeirão Preto- SP.

A coleta de dados será realizada através de entrevista semi- estruturada com os gerentes dos serviços de saúde que compõe a RAPS e que possuam iniciativas de economia solidária; entrevistas com os coordenadores e usuários destas iniciativas, além da observação das iniciativas de economia solidária. O Sr (a) responderá algumas perguntas sobre a consolidação deste grupo do serviço, seu histórico, potencialidades e dificuldades destes grupos. A entrevista será aplicada de acordo com a sua disponibilidade, em horário e local onde se sinta confortável para responder as perguntas, podendo durar até uma hora.

Essa pesquisa é importante pois poderá gerar conhecimentos e informações para as ciências da saúde, para a análise e construção de mais iniciativas de inclusão social através do trabalho e isso se reverterá em benefícios para os usuários e serviços de saúde.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são possíveis sentimentos de desconforto e/ou constrangimento com relação à observação e às questões abordadas durante a entrevista. Contudo, informo que neste caso, você poderá comunicar seu desconforto e/ou constrangimento

à pesquisadora, que lhe explicará melhor o objetivo da pesquisa e o sigilo dela, poderá modificar a questão abordada, ou o Sr (Sra) poderá não

responder a questão solicitada. O (a) Sr (a) pode também solicitar a interrupção da mesma.

Seu envolvimento na pesquisa será somente durante a entrevista, porém caso necessário, poderemos entrar em contato novamente para complementar os dados. Todas as informações coletadas durante o processo serão usadas apenas para fins de pesquisa e construção de conhecimento, mantendo a confidencialidade e anonimato durante todo o processo. A sua participação na pesquisa pode ser retirada a qualquer momento, caso julgue necessário, e isso não lhe trará nenhum prejuízo.

Os participantes da pesquisa que vierem a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, não previsto no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, têm direito à indenização, por parte do pesquisador, do patrocinador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa. Os resultados obtidos na pesquisa serão publicados em eventos e revistas científicas, sem a identificação dos participantes.

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), que tem a função de proteger eticamente o participante de pesquisa. Com Horário de funcionamento de segunda à sexta feira, em dias úteis, das 10 às 12 horas e das 14 às 16 horas, e telefone para contato: 016 33159197, no respectivo endereço: Av. Bandeirantes 3900, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Sala 38- Ribeirão Preto-SP. Em caso de dúvidas, procurar a pesquisadora Mariana Pantoni Santana (mariana.pantoni.santana@usp.br ou 16 98153- 1578). Uma via assinada deste documento lhe será entregue caso aceite participar da pesquisa.

Eu, _____, declaro ter clareza sobre as informações recebidas e estar de acordo em participar da pesquisa e das condições informadas. **Li e compreendi o que consta neste documento e após assiná-lo em duas vias, ficarei com uma via assinada pela pesquisadora.**

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 2019.

PESQUISADORA RESPONSÁVEL PARTICIPANTE DA PESQUISA

2- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Coordenadores das iniciativas de economia solidária)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Coordenadores

Título da Pesquisa: “A inclusão social pelo trabalho na filosofia da economia solidária e sua inserção na Rede de Atenção Psicossocial do município de Ribeirão Preto” Pesquisa, nível Mestrado, vinculada ao programa de Pós Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) da Universidade de São Paulo (USP).

Pesquisadora Responsável: Mariana Pantoni Santana

Orientadora: Profa.Dra Regina Célia Fiorati

Convidamos o Sr (Sra) para participar desta pesquisa que tem como objetivo analisar como os empreendimentos de inclusão através do trabalho, com base na filosofia da economia solidária, vêm integrando as estratégias e ações dos serviços de saúde que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município de Ribeirão Preto- SP.

A coleta de dados será realizada através de entrevista semi- estruturada com os gerentes dos serviços de saúde que compõe a RAPS e que possuam iniciativas de economia solidária; entrevistas com os coordenadores e usuários destas iniciativas, além da observação destes grupos. O Sr (a) responderá algumas perguntas sobre a consolidação deste grupo do serviço, seu histórico, potencialidades e dificuldades das iniciativas de economia solidária. A entrevista será aplicada de acordo com a sua disponibilidade, em horário e local onde se sinta confortável para responder as perguntas, podendo durar até uma hora.

Essa pesquisa é importante pois poderá gerar conhecimentos e informações para as ciências da saúde, para a análise e construção de mais iniciativas de inclusão social através do trabalho e isso se reverterá em benefícios para os usuários e serviços de saúde.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são possíveis sentimentos de desconforto e/ou constrangimento com relação à observação e às questões abordadas durante a entrevista. Contudo, informo que neste caso, você poderá comunicar seu desconforto e/ou constrangimento à pesquisadora, que lhe explicará melhor o objetivo da pesquisa e o sigilo dela, poderá modificar a questão abordada, ou o Sr (Sra) poderá não

responder a questão solicitada. O (a) Sr (a) pode também solicitar a interrupção da mesma.

Seu envolvimento na pesquisa será somente durante a observação e a entrevista, porém caso necessário, poderemos entrar em contato novamente para complementar os dados. Todas as informações coletadas durante o processo serão usadas apenas para fins de pesquisa e construção de conhecimento, mantendo a confidencialidade e anonimato durante todo o processo. A sua participação na pesquisa pode ser retirada a qualquer momento, caso julgue necessário, e isso não lhe trará nenhum prejuízo.

Os participantes da pesquisa que vierem a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, não previsto no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, têm direito à indenização, por parte do pesquisador, do patrocinador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa. Os resultados obtidos na pesquisa serão publicados em eventos e revistas científicas, sem a identificação dos participantes.

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), que tem a função de proteger eticamente o participante de pesquisa. Com Horário de funcionamento de segunda à sexta feira, em dias úteis, das 10 às 12 horas e das 14 às 16 horas, e telefone para contato: 016 33159197, no respectivo endereço: Av. Bandeirantes 3900, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Sala 38- Ribeirão Preto-SP. Em caso de dúvidas, procurar a pesquisadora Mariana Pantoni Santana (mariana.pantoni.santana@usp.br ou 16 98153- 1578). Uma via assinada deste documento lhe será entregue caso aceite participar da pesquisa.

Eu, _____, declaro ter clareza sobre as informações recebidas e estar de acordo em participar da pesquisa e das condições informadas. **Li e compreendi o que consta neste documento e após assiná-lo em duas vias, ficarei com uma via assinada pela pesquisadora.**

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 2019.

PESQUISADORA RESPONSÁVEL PARTICIPANTE DA PESQUISA

3- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Participantes das iniciativas de economia solidária)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Participantes

Título da Pesquisa: “A inclusão social pelo trabalho na filosofia da economia solidária e sua inserção na Rede de Atenção Psicossocial do município de Ribeirão Preto” Pesquisa, nível Mestrado, vinculada ao programa de Pós Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) da Universidade de São Paulo (USP).

Pesquisadora Responsável: Mariana Pantoni Santana

Orientadora: Profa.Dra Regina Célia Fiorati

Convidamos o Sr (Sra) para participar desta pesquisa que tem como objetivo analisar como os empreendimentos de inclusão através do trabalho, com base na filosofia da economia solidária, vêm integrando as estratégias e ações dos serviços de saúde que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município de Ribeirão Preto- SP.

O Sr (a) responderá um questionaria com algumas perguntas sobre sua vida, sua participação nestes grupos de economia solidária, quais são as suas dificuldades e facilidades neste espaço, se você identifica alguma mudança em sua vida após começar a participar deste grupo e quais sugestões você daria para melhorar o grupo. A entrevista será aplicada de acordo com a sua disponibilidade, em horário e local onde se sinta confortável para responder as perguntas, podendo durar até uma hora.

Essa pesquisa é importante, pois poderá gerar conhecimentos e informações para as ciências da saúde, para a análise e construção de mais iniciativas de inclusão social através do trabalho e isso se reverterá em benefícios para os usuários e os serviços de saúde.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são possíveis sentimentos de desconforto e/ou constrangimento com relação à observação e às questões abordadas durante a entrevista. Contudo, informo que neste caso, você poderá comunicar seu desconforto e/ou constrangimento à pesquisadora, que lhe explicará melhor o objetivo da pesquisa e o sigilo dela, poderá modificar a questão abordada, ou o Sr (Sra) poderá não

responder a questão solicitada. O (a) Sr (a) pode também solicitar a interrupção da mesma.

Seu envolvimento na pesquisa será somente durante a observação e a entrevista, porém caso necessário, poderemos entrar em contato novamente para complementar os dados. Todas as informações coletadas durante o processo serão usadas apenas para fins de pesquisa e construção de conhecimento, mantendo a confidencialidade e anonimato durante todo o processo. A sua participação na pesquisa pode ser retirada a qualquer momento, caso julgue necessário, e isso não lhe trará nenhum prejuízo.

Os participantes da pesquisa que vierem a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, não previsto no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, têm direito à indenização, por parte do pesquisador, do patrocinador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa. Os resultados obtidos na pesquisa serão publicados em eventos e revistas científicas, sem a identificação dos participantes.

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), que tem a função de proteger eticamente o participante de pesquisa. Com Horário de funcionamento de segunda à sexta feira, em dias úteis, das 10 às 12 horas e das 14 às 16 horas, e telefone para contato: 016 33159197, no respectivo endereço: Av. Bandeirantes 3900, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Sala 38- Ribeirão Preto-SP. Em caso de dúvidas, procurar a pesquisadora Mariana Pantoni Santana (mariana.pantoni.santana@usp.br ou 16 98153- 1578). Uma via assinada deste documento lhe será entregue caso aceite participar da pesquisa.

Eu, _____, declaro ter clareza sobre as informações recebidas e estar de acordo em participar da pesquisa e das condições informadas. **Li e compreendi o que consta neste documento e após assiná-lo em duas vias, ficarei com uma via assinada pela pesquisadora.**

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 2019.

PESQUISADORA RESPONSÁVEL PARTICIPANTE DA PESQUISA

APÊNDICE B

Primeira etapa da coleta de dados: *Formulário Google*

A inclusão social pelo trabalho na filosofia da economia solidária e sua inserção na Rede de Atenção Psicossocial do município de Ribeirão Preto

O Sr (a) está sendo convidado a participar como voluntário da pesquisa intitulada "A inclusão social pelo trabalho na filosofia da economia solidária e sua inserção na Rede de Atenção Psicossocial do município de Ribeirão Preto".

A sua participação nesta pesquisa é extremamente importante, pois contribuirá para o fortalecimento da Economia Solidária na Rede de Atenção Psicossocial.

Ao final basta clicar em "Enviar este formulário" que sua participação estará encerrada.

O tempo varia de 05 a 10 minutos!

Obrigada pela sua colaboração!

***Obrigatório**

Endereço de e-mail *

Seu e-mail

PRÓXIMA

Página 1 de 6

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da Pesquisa: "A inclusão social pelo trabalho na filosofia da economia solidária e sua inserção na Rede de Atenção Psicossocial do município de Ribeirão Preto"

Pesquisa, nível Mestrado, vinculada ao programa de Pós Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) da Universidade de São Paulo (USP).

Pesquisadora Responsável: Mariana Pantoni Santana

Orientadora: Prof^a.Dr^a Regina Célia Fiorati

Convidamos o Sr (Sra) para participar desta pesquisa que tem como objetivo analisar como os empreendimentos de inclusão através do trabalho, com base na filosofia da economia solidária, vêm integrando as estratégias e ações dos serviços de saúde que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município de Ribeirão Preto- SP.

A coleta de dados será realizada através de entrevista semi- estruturada com os gerentes dos serviços de saúde que compõe a RAPS e que possuam iniciativas de economia solidária; entrevistas com os coordenadores e usuários destas iniciativas, além da observação das iniciativas de economia solidária. O Sr (a) responderá algumas perguntas sobre a consolidação deste grupo do serviço, seu histórico, potencialidades e dificuldades destes grupos. A entrevista será aplicada de acordo com a sua disponibilidade, em horário e local onde se sinta confortável para responder as perguntas, podendo durar até uma hora. Essa pesquisa é importante pois poderá gerar conhecimentos e informações para as ciências da saúde, para a análise e construção de mais iniciativas de inclusão social através do trabalho e isso se reverterá em benefícios para os usuários e serviços de saúde.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são possíveis sentimentos de desconforto e/ou constrangimento com relação à observação e às questões abordadas durante a entrevista. Contudo, informo que neste caso, você poderá comunicar seu desconforto e/ou constrangimento à pesquisadora, que lhe explicará melhor o objetivo da pesquisa e o sigilo dela, poderá modificar a questão abordada, ou o Sr (Sra) poderá não responder a questão solicitada. O (a) Sr (a) pode também solicitar a interrupção da mesma.

Seu envolvimento na pesquisa será somente durante a entrevista, porém caso necessário, poderemos entrar em contato novamente para complementar os dados. Todas as informações coletadas durante o processo serão usadas apenas para fins de pesquisa e construção de conhecimento, mantendo a confidencialidade e anonimato durante todo o processo. A sua participação na pesquisa pode ser retirada a qualquer momento, caso julgue necessário, e isso não lhe trará nenhum prejuízo.

Os participantes da pesquisa que vierem a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, não previsto no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, têm direito à indenização, por parte do pesquisador, do patrocinador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa. Os resultados obtidos na pesquisa serão publicados em eventos e revistas científicas, sem a identificação dos participantes.

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), que tem a função de proteger eticamente o participante de pesquisa. Com Horário de funcionamento de segunda à sexta feira, em dias úteis, das 10 às 12 horas e das 14 às 16 horas, e telefone para contato: 016 33159197, no respectivo endereço: Av. Bandeirantes 3900, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Sala 38- Ribeirão Preto-SP.

Em caso de dúvidas, procurar a pesquisadora Mariana Pantoni Santana (mariana.pantoni.santana@usp.br ou 16 98153-1578). Uma via assinada deste documento lhe será entregue caso aceite participar da pesquisa.

Eu declaro ter clareza sobre as informações recebidas e estar de acordo em participar da pesquisa e das condições informadas. Li e compreendi o que consta neste documento e após assiná-lo em duas vias, ficarei com uma via assinada pela pesquisadora.

★

- ☐ Concordo
- ☐ Não Concordo

VOLTAR

PRÓXIMA

Página 2 de 6

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

*Obrigatório

Questionário

Endereço de e-mail *

Sua resposta

Nome *

Sua resposta

Unidade de saúde que gerencia/coordena *

Sua resposta

VOLTAR

PRÓXIMA

Página 3 de 6

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Economia Solidária- breve definição

A Economia Solidária é uma forma de trabalho e geração de renda que visa a inclusão social de pessoas e grupos em desvantagem social. As formas de empreendimentos de economia solidária geralmente são associações, cooperativas ou simples oficinas de geração de renda.

Esses empreendimentos funcionam democraticamente, onde todos compartilham as decisões referentes ao funcionamento do mesmo.

Na Saúde Mental no Brasil existe um número significativo de oficinas de geração e renda que pautam-se pela economia solidária, principalmente nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), mas também temos identificado iniciativas de geração de renda na Estratégia Saúde da Família (ESF) desenvolvido por alguns Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

A articulação da Economia Solidária com a Saúde Mental, no Brasil, se deu a partir da parceria que o governo realizou em 2005 entre a Secretaria Nacional de Economia Solidária (Ministério do Trabalho e Emprego) e o Ministério da Saúde, constituindo a Rede Brasileira de Saúde Mental e Economia Solidária (BARRETO et al, 2013). E tem-se criado, a partir da implantação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com base em um dos seus princípios, a Reabilitação Psicossocial.

Segundo Amarante e Belloni, 2014, a inclusão social pelo trabalho é capaz de promover a ampliação da autonomia da pessoa em sofrimento mental.

[VOLTAR](#)[PRÓXIMA](#) Página 4 de 6

Questionário

A partir da descrição sobre Economia Solidária, apresentada na seção anterior, a unidade de saúde que o Sr (a) é gerente/coordenador , possui algum empreendimento/oficina/grupo de geração de renda? *

- ☐ SIM
- ☐ NÃO
- ☐ NÃO TENHO CONHECIMENTO

[VOLTAR](#)[PRÓXIMA](#) Página 5 de 6

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Informações sobre o empreendimento/oficina/grupo de geração de renda

Após o envio deste formulário, entrarei em contato telefônico para agendar uma entrevista com os gerentes/coordenadores que afirmam a existência de empreendimento/oficina/grupo de geração de renda na unidade de saúde em que é responsável, a fim de coletar mais informações referente ao empreendimento/oficina/grupo de geração de renda.

Em caso positivo, este empreendimento/oficina/grupo de geração de renda é desenvolvido por quem?

Sua resposta

O que é produzido nesse empreendimento/oficina/grupo de geração de renda?

Sua resposta

Este empreendimento/oficina/grupo de geração de renda pauta-se pela Economia Solidária?

- ☐ SIM
- ☐ NÃO

VOLTAR

ENVIAR

Página 6 de 6

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

APÊNDICE C

Segunda etapa da coleta de dados: Entrevista semi-estruturada com os gerentes

Nome:

Período no cargo:

1. História do empreendimento
2. Qual a natureza deste empreendimento (geração de renda, cooperativa, associação, troca, de consumo, outros);
3. Qual o tipo de produção (artesanato, arte, alimentos, horta, outros)
4. Quantas pessoas participam?
5. Qual(quais) profissional (profissionais) coordena o empreendimento;
6. Com que regularidade o empreendimento se reúne para a produção;
7. O empreendimento realiza atividade de comercialização? Onde e com que frequência.
8. Qual a importância deste empreendimento na RP das pessoas que participam e na sua inclusão no mundo do trabalho.

APÊNDICE D

Terceira etapa da coleta de dados: Entrevista semi-estruturada com os coordenadores das iniciativas

Nome:

Profissão:

Período que coordena o grupo:

1. História do empreendimento;
2. Quais as dificuldades que esse empreendimento apresenta na sua consolidação e para atingir os objetivos;
3. As potencialidades que apresenta na inclusão social dos participantes e no enfrentamento a condição de vulnerabilidade social desses sujeitos;
4. O que é necessário para melhorar o funcionamento do empreendimento que coordena.
5. Qual a importância deste empreendimento na RP das pessoas que participam e na sua inclusão no mundo do trabalho.

APÊNDICE E

Terceira etapa da coleta de dados: Questionário sócio-demográfico e Entrevista semi-estruturada com os participantes das iniciativas

Formulário Sócio-demográfico

Nome:

Nome Social*:

Idade:

Estado Civil:

☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Separado ☐ Viúvo ☐ Amasiado

Cor/etnia:

☐ Branco ☐ Pardo ☐ Preto ☐ Amarelo (oriental) ☐ Vermelho (indígena) ☐ Prefiro não declarar

Naturalidade

☐ Brasileiro(a)

☐ Estrangeiro

Estado de origem: _____ **e Município de origem** _____

Questões referente à moradia

1. Em que localidade da cidade seu domicílio se encontra?

- ☐ Bairro na periferia da cidade
- ☐ Bairro na região central da cidade
- ☐ Bairro no centro expandido da cidade
- ☐ Condomínio residencial fechado
- ☐ Conjunto habitacional
- ☐ Favela / Cortiço
- ☐ Região rural (chácara, sítio, fazenda, aldeia, etc.)
- ☐ Serviço Assistencial/ Saúde
- ☐ Situação de rua
- ☐ Outro: _____

2. Quantas pessoas moram com você? (incluindo filhos, irmãos, parentes e amigos

☐ Moro sozinho ☐ Uma a três ☐ Quatro a sete ☐ Oito a dez ☐ Mais de dez

3. A casa onde você mora é:

☐ Própria ☐ Alugada ☐ Cedida

3. Como é a sua casa:

☐ Alvenaria

Questões referente a renda mensal

1. Qual a sua renda individual mensal?

- ☐ Menos de 1 salário mínimo (até R\$788)
- ☐ De um a menos de dois salários mínimos (entre R\$788 e R\$1575)
- ☐ De dois a menos de três salários mínimos (entre R\$ 1576 e R\$ 2363)
- ☐ De três a menos de quatro salários mínimos (entre R\$ 2364 e R\$ 3151)
- ☐ De quatro a menos de cinco salários mínimos (entre R\$ 3152 e R\$ 3939)
- ☐ De cinco a menos de seis salários mínimos (entre R\$ 3940 e R\$4727)
- ☐ De seis a menos de sete salários mínimos (entre R\$ 4728 e R\$ 5515)
- ☐ De sete a menos de oito salários mínimos (entre R\$ 5516 e R\$ 6303)
- ☐ De oito a menos de nove mínimos (entre R\$ 6304 e R\$ 7091)
- ☐ De nove a dez salários mínimos (entre R\$ 7092 e R\$7880)
- ☐ Acima de dez salários mínimos

2. Você possui algum benefício da assistência social?

- ☐ Bolsa Família
- ☐ Benefício de prestação continuada (BPC)
- ☐ Auxílio doença
- ☐ Aposentadoria por invalidez
- ☐ Outros

Entrevista semi-estruturada

1. História de vida do participante. Conte um pouco sobre sua trajetória até chegar neste serviço de saúde.
2. Como você teve contato com a proposta de economia solidaria que participa?
3. Como você se sente participando desta iniciativa?
4. Você percebeu ou percebe mudanças em sua vida após participar dessa iniciativa?
5. Quais os aspectos positivos de participar dessa iniciativa?
6. Quais as dificuldades essa iniciativa apresenta na sua consolidação e para atingir os objetivos;
7. Quais as suas sugestões para melhorar a iniciativa

APÊNDICE F

Roteiro da Observação Participante

Itens que serão observados durante os encontros:

- Identificar o relacionamento do grupo no momento em que a oficina está sendo realizada: relacionamento entre os participantes e o relacionamento entre os participantes e coordenadores.
- Observar como cada um desenvolve suas tarefas na confecção do produto
- Como se dá a tomada de decisões e a gestão do grupo
- Grau de autonomia de cada membro
- Emoções aparentes durante o grupo

ANEXO

ANEXO A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo

Centro Colaborador da OPAS/OMS para o
Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315 3382 / 55 16 3315 3381 - Fax: 55 16 3315 0518
www.eerp.usp.br - eerp@usp.br

Ofício CEP-EERP/USP nº 189/2018, de 13/08/2018

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa abaixo especificado foi analisado e considerado **aprovado** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP) em sua 246ª Reunião Ordinária, realizada em 08 de agosto de 2018.

Protocolo CAAE: 90594718.1.0000.5393

Projeto: A inclusão social pelo trabalho na filosofia da economia solidária e sua inserção na Rede de Atenção Psicossocial do município de Ribeirão Preto

Pesquisadores: Mariana Pantoni Santana

Regina Célia Fiorati (orientadora)

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof.ª Dra. Angelita Maria Stabile

Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Prof.ª Dra. Regina Célia Fiorati

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP