

Ressignificação do trabalho na Saúde Mental

Interações e diálogos com a Economia Solidária¹

Rita de Cássia Andrade Martins²

Resumo O artigo apresenta as contribuições do cooperativismo social, do cooperativismo popular e da economia solidária no processo de resignificação do trabalho das pessoas com transtornos mentais. Para tanto, são resgatados aspectos históricos e políticos deste percurso no âmbito das políticas públicas e da trajetória dos movimentos sociais de luta antimanicomial.

Palavras-chave Cooperativismo social; Cooperativismo popular; Economia solidária; Saúde mental; Políticas públicas.

Abstract The article presents the contributions of the popular and social cooperativism, and solidarity economy in the reframing process of the people with mental disorders work. Therefore, this article rescued historical and political aspects of this journey in the scope of the public policy and the path of the anti-asylum struggle social movements.

Keywords Social cooperativism; Popular cooperativism; Solidarity economy; Mental health; Public policy.

Resumén El artículo presenta las contribuciones del cooperativismo social, del cooperativismo popular y de la economía solidaria en el proceso de dar otro significado al trabajo de las personas con transtornos mentales. Por lo tanto, son rescatados los aspectos históricos y políticos en este recorrido en el ámbito de las políticas públicas y de la trayectoria de los movimientos sociales en la lucha contra los manicomios.

Palabras clave Cooperativismo Social; Cooperativismo popular; Economía solidaria; Salud mental; Políticas públicas.

Apresentação

Este artigo discute o processo de resignificação do trabalho da pessoa com transtorno mental, tendo como pano de fundo a Reforma Psiquiátrica Antimanicomial. Para tanto, o texto dialoga com a experiência tries-

1 Este artigo atualiza parte da discussão desenvolvida em minha Tese de doutorado (MARTINS, 2014).

2 Psicóloga, Doutora em Sociologia, Professora do Curso de Psicologia da Universidade Federal de Goiás/Regional Jataí. Endereço eletrônico: rita.andrade.martins@gmail.com.

tina de cooperativismo social, iniciativas de cooperativismo popular e diferentes agentes da economia solidária, buscando aproximações e impasses na interação entre esses diferentes campos e saberes.

Trabalho e Saúde Mental

A relação entre *trabalho* e saúde mental não está restrita ao sofrimento, nem mesmo ao prazer. Sua parcela de sofrimento é atribuída à ausência ou ao excesso de *trabalho*, a outra parcela, que se refere ao prazer, refere-se ao reconhecimento e à identidade. Os debates sobre o sentido e a centralidade do *trabalho* suscitam tensões e diferentes leituras. No que se refere à saúde mental e sua relação com trabalho, tanto a centralidade quanto o sentido ganham significado peculiar em relação à vivência da loucura.

Dentro do campo da saúde mental, delineado pelo tema da luta antimanicomial, há diferentes leituras da categoria trabalho. Essas leituras têm produzido práticas e conceitos que oferecem ferramentas para uma discussão fundamental que diz respeito ao lugar social da loucura e, conseqüentemente, do indivíduo que a vivencia.

Registros dos primeiros hospitais psiquiátricos do Brasil trazem pistas sobre como o trabalho era importante tanto para a terapêutica da loucura, quanto para a própria manutenção da lógica manicomial (MARTINS, 2009). Nas colônias agrícolas, os internos trabalhavam para sustentar o funcionamento do manicômio, com base na crença de que o trabalho afastava o ócio e permitia que a racionalidade e a normalidade fossem reasumidas.

Apesar da dimensão terapêutica atribuída ao trabalho permanecer forte no campo da saúde mental, a luta antimanicomial tem acumulado reflexões e experiências que pontuam novos olhares sobre a relação da loucura com o *trabalho*. Esse processo de resignificação do trabalho que vem sendo tecido no campo da saúde mental é próprio à dinâmica de um campo em reinvenção, impulsionado tanto por movimentos internos, que envolvem reflexões sobre a sua própria prática e concepções; quanto externos, caracterizados, em especial, pelo diálogo/confronto com outros campos. Exemplos disso são os diálogos estabelecidos entre o campo da saúde mental e o cooperativismo social italiano, o cooperativismo popular e a economia solidária. No Brasil, esses diálogos emergiram em experiências cotidianas e ganharam fôlego e institucionalidade por meio de parcerias com o poder público.

O cooperativismo social surge como um modelo emancipatório trazido pelo intercâmbio de militantes brasileiros da reforma psiquiátrica anti-manicomial com a experiência de desinstitucionalização ocorrida na província italiana de Trieste. Nessa província, as cooperativas sociais foram determinantes para o fechamento do manicômio local e para a desconstrução da lógica manicomial que dirigia a relação com as pessoas internadas no manicômio e entre elas mesmas. Passados 40 anos da fundação da primeira cooperativa social triestina, o cenário é outro, sendo que essas cooperativas não estão mais necessariamente atreladas ao campo da saúde, interagindo com outras empresas no mercado em toda sua amplitude.

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

O projeto original da lei 9867/1999 é uma tradução literal da lei italiana, com recorte na experiência das cooperativas de inserção laboral³. Seu texto final está distante do original, pois sofreu incontáveis vetos que o tornaram uma lei de difícil aplicação. Apesar disso, a lei de cooperativas sociais tem servido de inspiração para inúmeras iniciativas de geração de trabalho e renda na saúde mental, além de afirmar o direito ao trabalho de pessoas com transtorno mental. Muitos foram os debates em torno dessa lei, mas nenhum avanço significativo ocorreu até meados de 2004, quando esses debates se tornaram sistemáticos por causa da aproximação dos campos da saúde mental e da economia solidária na esfera federal.

Essas primeiras experiências de geração de renda da saúde mental, surgidas durante a década de 1990, estabeleceram diálogo e parcerias com iniciativas de cooperativismo popular. Entre o final dos anos 1990 e iní-

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

cio dos anos 2000 apareceram experiências pontuais de articulação com a economia solidária. A maior parte dessas primeiras iniciativas entrou em contato com a economia solidária por meio das incubadoras de cooperativas populares ou de gestões de governos locais (incubadoras públicas, secretarias ou núcleos de economia solidária). Para citar alguns exemplos: GerAção-POA, que teve apoio da Secretaria Municipal de Indústria e Comércio de Porto Alegre, que na época tinha forte articulação com a economia solidária; e a TRABALHARTE, criada no ano 2000, em Juiz de Fora/MG, que buscou apoio da INTECOOP/UFJF em 1999 e passou, a partir daí, a frequentar os fóruns de economia solidária e, mais tarde, a compor o GT de Saúde Mental e Economia Solidária do governo federal (PT nº353/2005).

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

Cooperativismo Social

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

As cooperativas sociais em Trieste surgiram dentro do processo de desconstrução do Hospital Psiquiátrico San Giovanni, com forte crítica às relações de opressão por meio do trabalho estabelecidas entre os internos e

os profissionais do hospital. Basaglia chegou a Trieste em 1971, quando o hospital tinha 1.101 pessoas internadas. O San Giovanni era o local onde qualquer pessoa que fosse considerada uma ameaça à ordem era confinada e, indiscriminadamente, privada de seus direitos civis (BARROS, 1994).

Segundo Cláudia Rolando⁴, presidenta da Cooperativa Lavoratori Uniti Franco Basaglia, a maior preocupação de Basaglia e de sua equipe era a questão da identidade das pessoas internadas e de como reconstruir os direitos que lhes foram cerceados. O processo de reconstrução dessas identidades envolveu uma série de dimensões da vida das pessoas ali internadas, desde a busca por familiares e por histórias perdidas, até por moradia e trabalho. Para aqueles que já tinham perdido seus vínculos e não puderam retornar à convivência familiar, foram criados alguns apartamentos e, a partir disso, famílias foram se formando.

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

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

Em visita à Cooperativa, em abril de 2013, a CLU, como é chamada por seus trabalhadores, completava 40 anos. As ideias de Basaglia ainda sus-

4 Em entrevista concedida em abril de 2013.

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

A União Europeia oferece incentivos à participação de cooperativas sociais em chamadas públicas, e estas, por sua vez, podem atuar em igualdade de condições com as demais empresas que disputam o mercado. Outro elemento que deve ser considerado é a crise do Estado de Bem-Estar Social, que deixou espaço para que a cooperação social se desenvolvesse a ponto de, em províncias da Itália, como Pesaro⁵, por exemplo, toda a assistência social estar reservada à cooperação social. Essa situação gera críticas contundentes ao olhar referenciado na experiência brasileira, que interpreta a parceria público-privada como uma prática indiscriminalizada de terceirização dos serviços públicos. Os italianos justificam a opção pela parceria com o privado social⁶, responsabilizando o poder público pelo enfrentamento da situação de desvantagem vivida por alguns segmentos sociais. Dessa forma, no contexto italiano, o poder público, além de oferecer condições operativas e normativas, disponibiliza apoio à auto-organização dos grupos em situação de desvantagem, por meio da parceria público-privada, permitindo que o privado se torne também espaço de cooperação e promoção de autonomia (ROTELLI apud GALLIO, 1991 apud BARROS, 1994, p. 105).

Cláudia Rolando, presidente da CLU, afirma que o papel do poder público é a chave para o acesso ao mercado, pois, ao contratar os serviços de uma cooperativa social, confere credibilidade àqueles sujeitos, convertendo recursos públicos que seriam destinados à internação em apoio

5 Experiência visitada em outubro de 2008.

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

à concretização de projetos de vida. Dito de outra forma, o poder público oferece seu poder de contratualidade às cooperativas sociais.

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

Até 2003, o papel das cooperativas sociais italianas era suprir a obrigatoriedade das empresas públicas e privadas de contratar certo número de pessoas em situação de desvantagem⁷, respondendo à obrigatoriedade imposta pela lei daquele país (nº 68/1999) que estabelece cotas para pessoas com deficiência. A experiência do Café Verdi mostra essa reversão no lugar ocupado pelas cooperativas sociais no cenário italiano. A exemplo da CLU, as cooperativas sociais triestinas têm condições de acessar recursos disponíveis no mercado como qualquer outra empresa, preservando sua cláusula social, mantendo seu poder de acolhimento e responsabilidade sobre cada um de seus sócios.

Rolando coloca que utilizar os serviços de uma cooperativa social é uma questão de posicionamento político, já que exige consciência cidadã de quem opta por esse tipo de serviço.

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

7 Com o decreto nº 276/2003, as cooperativas sociais deixam de ser um meio de inserção para se tornarem o próprio espaço de inserimento.

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

O cooperativismo social aqui apresenta peculiaridades que revelam que esse tipo de organização vem traçando um percurso particular no cenário brasileiro. Uma dessas peculiaridades é o protagonismo da saúde mental no tema. Diferente da cooperação social na Itália, onde há participação efetiva de diferentes segmentos sociais considerados em situação de vulnerabilidade, no Brasil o tema ficou restrito ao campo da saúde mental⁸. Essa realidade tem gerado pouca ou nenhuma articulação com outros segmentos sociais nas discussões sobre políticas públicas de apoio ao cooperativismo social.

Outro elemento é o percurso de mais de 10 anos de diálogo com o cooperativismo popular travado por experiências pioneiras do campo da saúde mental, que precedeu a parceria com a economia solidária. A articulação com o cooperativismo popular, que ficou restrita a experiências pontuais, adquiriu escala quando saúde mental e economia solidária uniram esforços na esfera federal para a elaboração de ações públicas de apoio às iniciativas de inserção laboral e geração de renda dos usuários.

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

Uma das consequências disso foi a migração dos debates em torno da lei de cooperativismo social para a pauta de discussões sobre o marco jurídico e regulatório da economia solidária. Esse é um ponto importante, pois coloca o debate em torno da lei em outro plano que agrega um conjunto diferenciado de forças políticas, mas também herda adversários políticos e impasses próprios ao campo da economia solidária.

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

Os relatórios das Conferências Nacionais de Economia Solidária e de suas plenárias nacionais também servem de registro das contribuições de pessoas que militam na luta antimanicomial, com destaque para os usuários da rede de saúde mental organizados em grupos de geração de renda articulados à economia solidária⁹. De outro lado, a economia solidária é pauta nos encontros nacionais das redes do Movimento Antimanicomial e de debates dentro dos serviços e tornou-se também tema de cursos voltados à formação ou à atualização em saúde mental. Todo esse movimento tem conferido ao cooperativismo social, no Brasil, novas cores, tornando-se um espaço de diálogo e prática cada vez mais permeado pela relação com a economia solidária.

Cooperativismo Popular

Conforme apresentado, durante a década de 1990, surgem as primeiras experiências da saúde mental de inserção no trabalho nos moldes cooperativistas. Motivadas pelos relatos vindos de Trieste, essas experiências

⁹ Ver documentos finais da I CONAES (BRASIL/MTE/SENAES, 2006); da II CONAES (BRASIL/MTE/SENAES, 2010) e da V Plenária Nacional de Ecosol (FBES, 2012).

buscaram cooperativas já formadas, órgãos ligados às prefeituras locais e incubadoras universitárias para apoio à organização do trabalho com base no cooperativismo. É por meio dessas parcerias que a saúde mental entra em contato com o cooperativismo popular.

Nesse mesmo período, surgem também as primeiras incubadoras tecnológicas de cooperativas populares, cenário inaugurado pela Incubadora Tecnológica de Cooperativas Populares da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ITCP/COPPE/UFRJ). A prática conjunta, a troca cotidiana com outras cooperativas e a participação em cursos oferecidos por incubadoras ou outras entidades cooperativistas ofereceram subsídios importantes à saúde mental enquanto campo. Por meio desse intercâmbio foi possível repensar o próprio conceito de Reabilitação Psicossocial, sua relação com a categoria *trabalho* e sua articulação com o processo de desinstitucionalização e construção de autonomia dos usuários dos serviços de saúde mental.

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

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

Com a publicação da lei 5.764/1971, lei geral do cooperativismo, o Regime Militar estabeleceu o sistema cooperativo nacional, que passou a reger o cooperativismo sob uma única batuta. Com a constituição de 1988, que garante a liberdade de organização e impede a intervenção do Estado nas cooperativas, iniciou-se uma diversificação do cooperativismo brasileiro, tornando-se opção ao desemprego e à exclusão social. Durante a década

de 1990, surgiram experiências de empresas recuperadas por antigos empregados, cooperativas de assentados da reforma agrária e cooperativas de prestadores de serviço formadas por trabalhadores oriundos das periferias de grandes cidades.

A lei Geral do Cooperativismo em vigor traz compilados os princípios estabelecidos pelos pioneiros dessa prática ainda no século XIX, reafirmados, mais recentemente, pela Aliança Cooperativa Internacional (ACI). São eles: 1. *Adesão voluntária e livre à cooperativa*; 2. *Gestão democrática pelos membros*; 3. *Participação econômica dos membros*; 4. *Autonomia e independência*; 5. *Educação, formação e informação*; 6. *Intercooperação*; 7. *Interesse pela comunidade*; 8. *Neutralidade política e religiosa*. (BORGES, 2001, p. 132-133).

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

As experiências da Cooperativa da Praia Vermelha, da Trabalharte e da COOPCAPS mostram o quanto as incubadoras têm exercido um papel fundamental no processo de organização dos grupos e na ressignificação do trabalho dos usuários no campo da saúde mental. A assistência e suporte aos grupos oferecidos com base em uma perspectiva diferenciada, envolvendo profissionais de diferentes formações, têm permitido a emergência de um espaço de múltiplos olhares sobre o que antes era restrito à saúde mental.

Nessas experiências, os técnicos das incubadoras contribuem com uma série de novos conceitos e formas de compreender e organizar o trabalho, permitindo que usuários, familiares e profissionais da saúde mental reflitam coletivamente sobre suas práticas e concepções sobre a ativida-

de produtiva. Além disso, oferecem aos grupos da saúde mental conhecimentos sobre sua produção, agregando valor comercial ao que antes estava praticamente restrito à espontaneidade das oficinas realizadas dentro dos CAPS. A própria identidade de trabalhador/empreendedor contribui para a problematização do lugar dos usuários, de seus familiares e dos próprios profissionais da saúde mental no dia-a-dia dos empreendimentos (MARTINS, 2009, p. 155).

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

Economia Solidária

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

mesmo uma institucionalidade da política de economia solidária no governo federal, representada hoje pela SENAES.

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

Em abril de 2004, aconteceu o I Congresso Brasileiro dos Centros de Atenção Psicossocial, evento de expressão nacional, que reuniu mais de 2.000 participantes. Este congresso contou com a presença do prof. Paul Singer, como dirigente da SENAES/MTE. Nessa ocasião, Singer falou sobre a economia solidária e suas raízes e sublinhou o potencial de aproximação entre os dois campos, já que, segundo ele, a economia solidária é uma proposta construída por aqueles que, no sistema capitalista, vivem às margens, integrados ao sistema por meio da exclusão (BRASIL/MS, 2005, p. 11-12). Segundo o professor, o sistema capitalista prevê derrotados e perdedores e, por sua força ideológica, faz com que as pessoas acreditem que aqueles que foram postos nessa situação são incapazes. Para Singer, esse recorte é feito pelo mercado a partir de uma série de parâmetros, tais como: nível de escolaridade, faixa etária, estigma atribuído a um grupo por sua condição social, como ter passado pelo sistema prisional e, até mesmo, pelas condições física, mental ou psíquica de determinados grupos sociais. No final do mesmo ano, a parceria entre saúde mental e economia solidária foi selada oficialmente no governo federal durante a I Oficina Nacional de Geração de Renda e Trabalho de Usuários de Serviços de Saúde Mental.

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

Esse processo de resignificação que envolveu o cooperativismo social triestino e o cooperativismo popular foi impulsionado de forma significativa pela convivência e pelas trocas com diferentes atores do campo da

economia solidária que se dão, em especial, no cotidiano dos grupos de geração de renda da saúde mental. Cabe lembrar que na economia solidária transitam atores de diferentes origens e militâncias políticas, já que é um campo que agrega movimentos sociais diversos, como os movimentos de Luta Antimanicomial.

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

Outra entidade do campo da economia solidária que vem apoiando técnica e politicamente os debates sobre o cooperativismo social na esfera federal e em âmbito local é a Central de Cooperativas e Empreendimentos Solidários – UNISOL/Brasil. Essa entidade conta com uma setorial específica sobre cooperativismo social e com apoio a empreendimentos solidários da saúde mental, em especial àqueles do estado de São Paulo. A Unisol oferece apoio também à organização desses empreendimentos em rede, como é o caso da Rede de Saúde Mental e Economia Solidária de São Paulo, a qual reúne por volta de 80 empreendimentos solidários formados por usuários dos serviços de saúde mental. Além da UNISOL/Brasil, a Rede de Saúde Mental e Economia Solidária de São Paulo tem apoio do Núcleo de Assistência Técnica de Economia Solidária, órgão criado por iniciativa da SENAES/MTE¹⁰.

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

10 Para informações sobre a Rede de Saúde Mental e Economia Solidária de São Paulo, ver www.saude-ecosol.wordpress.com.

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

Toda essa mobilização, além de contribuir para o processo de ressignificação do trabalho em saúde mental, vai tecendo aos poucos uma base social para reivindicação e discussão da pauta política sobre trabalho e inserção social e econômica de pessoas em situação de desvantagem. Exemplo concreto disso foi a Marcha dos Usuários pela Reforma Antimanicomial¹¹, em 2009, que reuniu cerca de 2.300 pessoas, reivindicando avanços na assistência, com completa substituição dos leitos em hospitais psiquiátricos por uma rede comunitária de serviços. A Marcha afirmou a importância da intersetorialidade para uma reforma psiquiátrica antimanicomial, trazendo entre suas reivindicações pautas com diferentes ministérios, entre eles o Ministério do Trabalho e Emprego, por meio da Secretaria Nacional de Economia Solidária. Representantes da Marcha foram recebidos pelo prof. Paul Singer, naquela época secretário da SENAES, sendo destacadas entre as reivindicações do grupo: o apoio à organização de feiras e atividades de capacitação, a criação de linhas de financiamento para os projetos e empreendimentos da saúde mental e o fortalecimento do cooperativismo social.

Considerações finais

O diálogo entre as iniciativas de geração de renda dos usuários dos serviços de saúde mental e o cooperativismo popular trouxe à letra da lei

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

brasileira de cooperativas sociais, tradução da lei italiana, elementos da realidade local, vivida no cenário brasileiro. Nessa troca, com base no cooperativismo popular, algumas dessas iniciativas pioneiras tiveram contato com princípios do cooperativismo e com os desafios impostos por esse campo. A lei permaneceu como símbolo, mas a vivência concreta fez com que essas experiências buscassem criativamente respostas que a lei não alcançou. Foi por intermédio do cooperativismo popular que iniciativas de geração de renda da saúde mental tiveram acesso à proposta da economia solidária de forjar uma nova economia, alternativa ao capitalismo e às práticas assentadas em relações de subordinação, exploração e produção incessante de desigualdade.

O encontro com o cooperativismo popular e com a economia solidária permitiu às iniciativas de geração de renda da saúde mental acessar elementos concretos para definir e compreender a experiência que estavam colocando em curso. Apesar de o cooperativismo social triestino ter oferecido bases críticas à problematização do papel conferido ao trabalho atribuído aos usuários de saúde mental, a aplicação da lei italiana no contexto brasileiro perdeu parte significativa de sua potencialidade de ação, não só pelos vetos sofridos pelo texto da lei, mas também pelo descompasso entre a realidade vivida no cenário nacional e aquela onde foi elaborada a lei italiana.

O diálogo com o cooperativismo popular e com a economia solidária, estabelecido pelas experiências brasileiras, permitiu que a potencialidade de ação da lei e do que ela expressa da história triestina fosse resgatada por meio de uma leitura definida pelas especificidades do contexto nacional. Além disso, esse diálogo tem contribuído para que as experiências de geração de renda dos usuários de saúde mental tornem-se cada vez mais espaços importantes para mobilização dos usuários no enfrentamento a injustiças e na luta por seus direitos. Todas essas mobilizações em torno da inserção laboral de usuários de saúde mental entraram para a agenda do poder público em diálogo com a economia solidária.

O percurso apresentado constituiu bases para que nos últimos anos pudesse emergir um cooperativismo social à moda brasileira, que preservasse suas origens junto à experiência triestina, em diálogo com o cooperativismo popular, mas integrado à economia solidária e às peculiaridades do cenário nacional.

Como desdobramento da parceria entre saúde mental e economia solidária no governo federal, a partir de 2010, o cooperativismo social ad-

quiriu centralidade nos debates em torno da inserção laboral de usuários da saúde mental na articulação entre as duas políticas. Nesse período, intensificou-se também a participação de outros setores do governo federal e da sociedade civil em torno dessa agenda política.

Como resultado dessas mobilizações foi criado no final de 2013 o Programa Nacional de Apoio às Cooperativas Sociais e Associações, sob coordenação da SENAES, que propõe articular diferentes órgãos do poder executivo para o desenvolvimento dessas iniciativas. A criação do Programa instituiu um mecanismo institucional de apoio às iniciativas de geração de renda da saúde mental, resguardando o significado simbólico da lei 9867/1999 para o campo da saúde mental. Se por um lado o programa representa a promessa de driblar os impasses referentes ao marco jurídico, por outro é uma política pública referenciada numa lei com problemas estruturais e voltada para segmentos populacionais muito específicos, que demandam ações articuladas com outras políticas públicas. Apesar disso, o PRONACOOP SOCIAL reacende o debate sobre inserção laboral a partir de novos parâmetros construídos por uma base social que vem se adensando de forma significativa na última década, principalmente após o diálogo sistemático com a economia solidária. A intersectorialidade proposta pelo Programa potencializa a participação de novos agentes, o que contribui para a conjunção de diferentes segmentos sociais em situação de desvantagem sob a chancela do cooperativismo social.

O PRONACOOP SOCIAL nasce em um cenário onde a ênfase na valorização das diferenças, defendida nos primeiros anos do Partido dos Trabalhadores na presidência da república, deixou de ser prioridade ainda na gestão de Dilma Rousseff. No governo da presidenta, o lema *Brasil um país de todos* foi substituído por *País rico é país sem pobreza*, numa mudança evidente de estratégia no enfrentamento às injustiças sociais. O modelo de desenvolvimento adotado aposta na redistribuição econômica como forma de amenizar a desigualdade de classe e reduzir as contradições sociais. Cresceu o investimento público na exportação de matéria prima (petróleo, minério), no agronegócio, nas grandes obras (Belo Monte), nos grandes espetáculos (Copa e Olimpíadas), na privatização (portos, aeroportos, ferrovias, estradas) e em grandes programas de habitação e de transferência de renda.

Por outro lado, perderam espaço as questões ligadas à identidade e ao reconhecimento, que demandam políticas específicas e tomam a diversidade como irredutível na democracia contemporânea. Esse impacto foi sentido

nas políticas indígenas, de combate ao racismo, de álcool e outras drogas, de combate à homofobia, de enfrentamento da AIDS, de combate à intolerância religiosa, de diversidade cultural, de Direitos Humanos, entre outras. Situação que vem se agravando com a posse do presidente Michel Temer.

Ainda na gestão Dilma Rousseff, tanto a PNSMAD/MS quanto a SENAES passaram por readequações. A questão do crack serve de exemplo, quando por influência direta da presidenta, a política de saúde mental teve de incluir as comunidades terapêuticas como parte da rede SUS para atender a demanda imposta pela mídia de internação dos usuários dessa substância. Já para a SENAES, foi proposta a transferência do Ministério do Trabalho e Emprego a uma nova secretaria voltada a micro e pequenas empresas (PL 865/2011), numa mesma tentativa da presidenta de evitar possíveis perdas na base política do governo. Situações como essas indicavam já no governo Rousseff a necessidade de enfrentar o crescente risco de desvirtuamento das políticas de saúde mental e economia solidária e, conseqüentemente, do PRONACOOP SOCIAL. Com o golpe que beneficiou o vice-presidente Michel Temer, o cenário passou de desfavorável a insustentável. Com o lema “Ordem e Progresso”, a SENAES está nas mãos de um gestor que pouco ou nada conhece sobre a pasta, a Política Nacional de Saúde Mental foi entregue a um ex-dono de hospital psiquiátrico, destituído pelo movimento antimanicomial poucos dias após sua posse. Após meses sem condução definida, assume um gestor que dirige a Política na contramão da reforma psiquiátrica antimanicomial.

Se, no âmbito da gestão, ambas as políticas encontram-se em situação de desmonte, no cotidiano dos empreendimentos a articulação entre saúde mental e economia solidária insiste e confirma a parceria entre os dois campos.

Referências bibliográficas

- BARROS, D. D. **Jardins de Abel**: desconstrução do manicômio de Trieste. São Paulo: EdUSP; Lemos Editorial, 1994.
- BORGES, G. R. Os princípios cooperativistas na lei e no estatuto. In GEDIEL, J. A. P. (Org). **Os caminhos do cooperativismo**. Curitiba: Editora da UFPR, 2001.
- BRASIL. Decreto nº 8.163, de 20 de dezembro de 2013. Institui o Programa Nacional de Apoio ao Associativismo e Cooperativismo Social – Pronacoop Social, e dá

outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 dez. 2013. Seção 1 - Edição Extra, p. 1.

_____. Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971. Define a Política Nacional de Cooperativismo, institui o regime jurídico das sociedades cooperativas, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 16 dez. 1971. Seção 1 - Edição Extra, p. 1034.

_____. Lei nº 9.867, 10 de novembro de 1999. Dispõe sobre a criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais, visando à integração social dos cidadãos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 11 nov. 1999, p. 1.

_____. Portaria Interministerial nº 383, de 7 de março de 2005. Institui o Grupo de Trabalho de Saúde Mental e Economia Solidária e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Disponível em: <http://www.fenix.org.br/PORTARIAINTERMINISTERIAL353-marco-2005.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2017.

_____. Portaria Interministerial nº 1.169, de 7 de julho de 2005. Destina incentivo financeiro para municípios que desenvolvam projetos de Inclusão Social pelo Trabalho destinados a pessoas portadoras de transtornos mentais e/ou de transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 8 jul. 2005, Seção 1, p. 37.

_____. Projeto de Lei nº 865, de 31 de março de 2011. Altera a Lei nº 10.683, de 28 de maio de 2003, que dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, cria a Secretaria da Micro e Pequena Empresa, cria cargo de Ministro de Estado e cargos em comissão, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=496725>. Acesso em 17 jun. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002.2002:16.

_____. **Saúde mental e economia solidária: inclusão social pelo Trabalho**. Brasília: MS, 2005.

GIRARD, C. Integração e capital social a partir de uma reflexão sobre políticas de trabalho no campo da economia solidária. In: FRANÇA, G. C.; et al (Orgs.). **Ação**

pública e economia solidária: uma perspectiva internacional. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2006.

ITÁLIA. **Lei nº 180/1978** - Lei Basaglia – Lei de Reforma Psiquiátrica Italiana.

_____. **Lei nº 381**, de 8 de novembro de 1990. Dispõe sobre as cooperativas sociais.

_____. **Lei nº 68**, de 12 de março de 1999 – Lei de cotas - estabelece que empresas com mais de 15 empregados deve contratar pessoas com deficiência.

MARTINS, R.C. A. **Cooperativas sociais no Brasil: debates e práticas na tecitura de um campo em construção.** 2009. 193 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Programa de Pós-graduação em Sociologia. Brasília: Universidade de Brasília, 2009.

_____. **Saúde mental, economia solidária e cooperativismo social: políticas públicas de reconhecimento e acesso ao trabalho (2004-2013).** 2014. 311 f. Tese (Doutorado em Sociologia) – Programa de Pós-graduação em Sociologia. Brasília: Universidade de Brasília, 2014.

ROLANDO, C. Depoimento [18 de abril, 2013]. Trieste, Itália. Entrevista concedida a Rita de Cássia Andrade Martins et al. Material sonoro transcrito. Tabatinga-AM: Pesquisa de doutorado de Rita de Cássia Andrade Martins (PPG/SOLUnB), 2013.

ROTELLI, F; LEONARDIS, O. & MAURI, D. **La Empresa Social.** Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión, 1994.

_____. **Empresas sociales en Italia: Balances y perspectivas.** In: CENTRO DE DOCUMENTACIÓN EN POLÍTICAS SOCIALES DOCUMENTO 3º. Foro Intermunicipal Buenos Aires Sin Fronteras. Organizado por la Secretaría de Promoción Social. Buenos Aires: 27-29 de abril de 1998.

SANCHEZ, F. J. B. A luta pelo direito ao trabalho associado: apontamentos sobre o marco jurídico da Economia Solidária. In: BENINI, E. et al (Orgs). **Gestão Pública e sociedade: fundamentos e políticas públicas de economia solidária.** São Paulo: Outras Expressões, 2012.

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

ZAMBRONI-DE-SOUZA, P. C. Trabalho, organização e pessoas com transtornos mentais graves. **Cadernos de Psicologia Social e Trabalho**, 2006, v. 9, n. 1, p-p. 91-105. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/cpst/article/view/25885/27617> . Acesso em: 08 de maio 2008.